

2

2e trimestre

2005

47e année

2

2e trimestre

2005

47e année

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

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

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

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

' Informeren ' en ' aanleren ' zijn meer dan ooit twee sleutelwoorden van onze tijd. Het Belgisch Tijdschrift voor Sociale Zekerheid wil daartoe bijdragen door kwaliteitsvolle artikelen te publiceren over juridische, economische, sociologische, ... aspecten van de sociale bescherming, die de lezer enig inzicht bijbrengen en hem tevens tot nadenken kunnen aanzetten.

Deze lijn wordt ook doorgetrokken naar het domein van de Europese Unie : elk nummer bevat een vaste Europese rubriek.

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

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

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

ISSN : 0035-0834

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

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

.be

ISSN 0035-0834

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

SOMMAIRE

SOINS DE SANTE

L'ÉVOLUTION A LONG TERME DES DEPENSES DE SOINS DE SANTE 177

MICHEL ENGLERT, MARIE-JEANNE FESTJENS et MARITZA LOPEZ-NOVELLA

L'ARRET KELLER DE LA COUR DE JUSTICE : UN NOUVEAU PAS VERS LA SUPPRESSION DES FRONTIERES POUR LES PATIENTS EN EUROPE ? 205

ANNE-CLAIRE SIMON

LIMITES ET FONDEMENTS DE LA MOBILITE DES PATIENTS DANS L'UNION EUROPEENNE 225

HANS VOLLAARD

INCLUSION SOCIALE

LES INDICATEURS COMMUNS DANS LE PLAN D'ACTION NATIONAL POUR L'INCLUSION SOCIALE : EVALUATION INTERMEDIAIRE 257

RUDI VAN DAM

DROIT PENAL SOCIAL

DE QUELQUES ASPECTS DE DROIT PENAL SOCIAL ET DE PROCEDURE PENALE SUSCEPTIBLES D'ÊTRE RENCONTRES PAR LE JUGE SOCIAL OU LE JUGE REPRESSIF 287

SYLVIE DERRE et OLIVIER MICHIELS

LES DEVELOPPEMENTS DE L'EUROPE SOCIALE

RESEAUX EUROPEENS RELATIFS AUX PENSIONS : LA PARTICIPATION D'INTERETS ORGANISES AU PROCESSUS DECISIONNEL DE L'UE 307

PHILIPPE POCHET et DAVID NATALI

VIE DANS NOS INSTITUTIONS

STATISTIQUE DE CERTAINES CATEGORIES D'ATTRIBUTAIRES D'ALLOCATIONS FAMILIALES DANS LE REGIME DES TRAVAILLEURS SALARIES - RECENSEMENT 2004 339

OFFICE NATIONAL D'ALLOCATIONS FAMILIALES POUR TRAVAILLEURS

ENFANTS ELEVES HORS DU ROYAUME - RECENSEMENT 2004 359

OFFICE NATIONAL D'ALLOCATIONS FAMILIALES POUR TRAVAILLEURS SALARIES

ABSTRACTS

SOINS DE SANTE

L'EVOLUTION A LONG TERME DES DEPENSES DE SOINS DE SANTE 177 |

**L'ARRET KELLER DE LA COUR DE JUSTICE : UN NOUVEAU PAS VERS LA
SUPPRESSION DES FRONTIERES POUR LES PATIENTS EN EUROPE ?** 205 |

**LIMITES ET FONDEMENTS DE LA MOBILITE DES PATIENTS DANS
L'UNION EUROPEENNE** 225 |

L'ÉVOLUTION A LONG TERME DES DEPENSES DE SOINS DE SANTE

PAR MICHEL ENGLERT, MARIE-JEANNE FESTJENS et MARITZA LOPEZ-NOVELLA

Bureau fédéral du Plan (avec la contribution du groupe de travail "Soins de santé" du BIP)

1. INTRODUCTION

La présente analyse porte sur l'évolution à long terme des dépenses de soins de santé en Belgique envisagée dans un cadre méthodologique précis. Ce cadre est celui dans lequel sont effectuées en Belgique et à l'étranger les évaluations relatives aux conséquences budgétaires du vieillissement [1][2][3][4]. Plus précisément, l'exercice prospectif présenté ci-après a été réalisé par le BfP début 2005 à l'intention du Comité d'Etude sur le Vieillissement et publié dans l'édition 2005 du rapport du Comité.

Ces évaluations concernent donc au premier chef les finances publiques et ont pour objectif de déterminer, sinon de mesurer l'impact des évolutions démographiques sur les perspectives budgétaires; elles sont donc centrées sur les postes de recettes et de dépenses (surtout de dépenses bien entendu) dites « liées à l'âge ». Les dépenses publiques de pensions ou d'allocations familiales constituent des exemples assez évidents de postes budgétaires sensibles aux évolutions démographiques. C'est dans le même ordre d'idée que ces études reprennent également les dépenses publiques de soins de santé. Nous évoquerons bien entendu dans quelle mesure les dépenses de soins de santé doivent effectivement être considérées comme « liées à l'âge ».

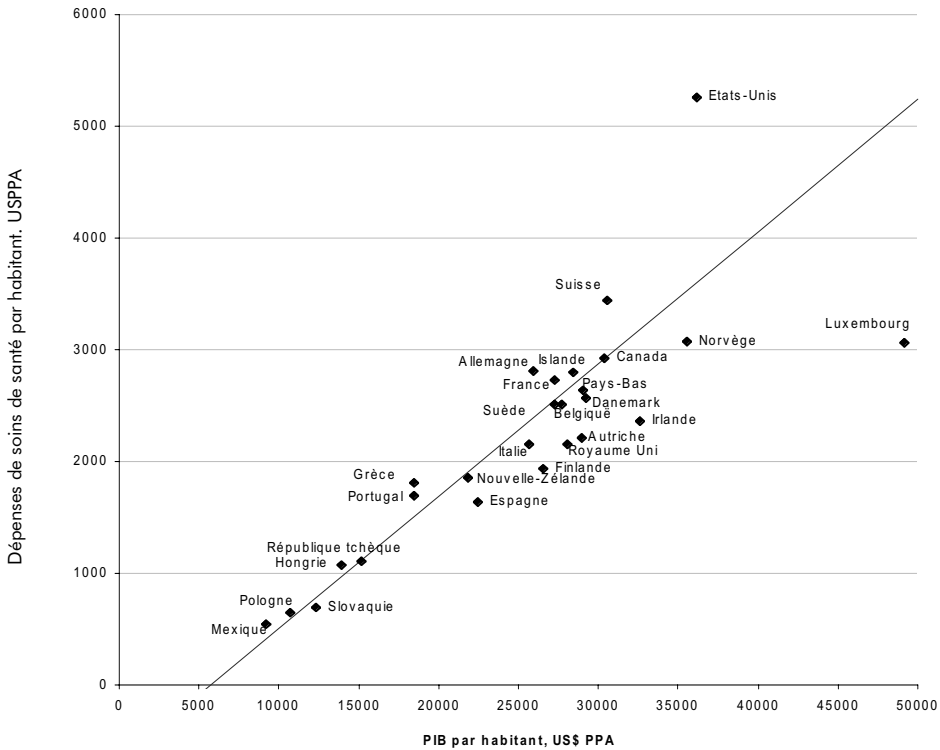
Ces études, qu'elles soient réalisées dans la sphère académique ou administrative, ont notamment ou essentiellement pour objectif d'apprécier la soutenabilité des finances publiques à long terme compte tenu de la législation et des politiques en place. C'est pourquoi ces évaluations relatives aux conséquences budgétaires du vieillissement se font « à législation inchangée » ou « à politique constante ». Pour les deux motifs susmentionnés - à savoir la focalisation sur l'impact des évolutions démographiques et le fait d'asseoir les évaluations sur des scénarios « à législation/politique inchangée » - les perspectives budgétaires en question ne peuvent pas être considérées comme des prévisions. En effet, d'autres facteurs que la démographie ne manqueront pas d'influencer l'évolution à long terme des finances publiques, comme par exemple l'évolution en matière de concurrence ou d'harmonisation fiscale au niveau international. D'autre part, aucun observateur n'imagine un seul instant que la législation ou les politiques pourraient rester inchangées pendant plusieurs décennies.

En tout état de cause, un véritable exercice prévisionnel en matière d'évolution à long terme des dépenses de soins de santé n'aurait qu'une valeur limitée : tant les pathologies que les techniques médicales peuvent subir des bouleversements imprévisibles et infléchir les tendances à l'œuvre.

Par ailleurs, les conséquences budgétaires du vieillissement ne sont pas indifférentes au contexte économique général. D'une part, le défi qu'un surcroît de dépenses représente ne peut s'apprécier qu'au regard de la valeur totale de la production d'une économie - le PIB ; d'autre part, ce même contexte économique influence l'évolution des postes de dépenses « liées à l'âge », singulièrement au travers des droits qui découlent de l'emploi et des salaires et des évolutions du coût de certaines prestations. C'est pourquoi les perspectives budgétaires sont établies dans des scénarios macroéconomiques précis, voire dans plusieurs scénarios.

2. DEPENSES DE SOINS DE SANTE ET NIVEAU DE VIE

De nombreuses études mettent en évidence une corrélation positive forte entre les dépenses totales (publiques et privées) de soins de santé par habitant et le niveau de vie, mesuré par exemple au moyen d'un indicateur tel que le PIB par tête. Cette corrélation positive apparaît d'une part lorsque l'on procède à une analyse historique de l'évolution des dépenses de soins de santé dans la plupart des pays - une telle analyse sera présentée ci-après en ce qui concerne la Belgique (cf. notamment l'Annexe B) -, d'autre part lorsque les dépenses de soins de santé de différents pays sont comparées entre elles (cf. figure 1).

FIGURE 1 : PIB ET DÉPENSES DE SOINS DE SANTÉ PAR HABITANT, \$PPA (1)

Source: OECD Health Data (1st edition), OECD National Accounts 2003 Volume 1

Plusieurs auteurs se sont efforcés de quantifier le poids du facteur « niveau de vie », à côté d'autres facteurs. En effet, les différences internationales de niveau de vie n'expliquent pas complètement les écarts de dépenses de soins de santé entre différents Etats, comme l'illustre par exemple la position excentrique des Etats-Unis dans le graphique. Un bref survol de ces évaluations a été réalisé par Jönsson et Eckerlund, qui ont également réestimé un modèle très simple sur base de données cross-section pour 1998 [6]. Les résultats confirment le poids prépondérant du PIB par tête et l'effet modéré mais non négligeable de la structure d'âge de la population. Il convient de marquer la corrélation négative avec le pourcentage des dépenses publiques de soins de santé dans le total des dépenses des soins de santé, en partie à cause du cas américain (cf. tableau 1).

(1) A noter que le Luxembourg ne doit pas être pris en considération, vu la contribution exceptionnellement élevée de non-résidents à la formation du PIB.

TABLEAU 1 : DETERMINANTS DE LA DEPENSE MOYENNE DE SOINS DE SANTE PAR TETE
(EN % DU PIB PAR TETE)

Variable dépendante : la dépense de santé par tête		
Variable (log-linéaire)	Modèle réduit	
	Coefficient	Statistique de t
Constante	- 3.750 ¹	- 4.074
PIB par tête	1.222 ²	15.069
PHE (taux de financement public)	- 0.448 ²	- 2.596
Age 65 (% pop. de plus de 65 ans)	0.356 ¹	3.051
Degrés de liberté	25	
R ² (R ² ajusté)	0.947 (0.940)	

1 et 2 : coefficients significatifs à 1% et 5% respectivement.

Source : B. Jönsson and I. Eckerlund , Why do Different Countries Spend Different Amounts on Health Care? In OECD - A Disease-based Comparison of Health Systems (d'après OECD (2001) and Gerdtham and Jönsson (2000)).

La comparaison internationale (cf. tableau 1) confirme que l'élasticité des dépenses de soins de santé (par habitant) au PIB (par habitant) est globalement supérieure à l'unité ; autrement dit, on discerne même une corrélation positive entre le PIB et le poids des dépenses de soins de santé dans ce même PIB. L'analyse historique présentée dans le cas de la Belgique met en évidence une élasticité des dépenses totales de soins de santé (par habitant) au PIB (par habitant) nettement supérieure à l'unité (cf. tableau 5).

La hausse des dépenses de soins de santé dans la foulée de l'augmentation du niveau de vie recouvre une dynamique tant de demande (généralisation du recours à l'acte médical, exigences croissantes en matière de soins) que d'offre (progrès technologique, utilisation croissante des techniques de pointe). Cette hausse s'exprime dans la comptabilité nationale tant en volume qu'en prix : la croissance du déflateur de la consommation de soins de santé tend en effet à dépasser l'inflation générale.

Cependant, les hausses de prix des services de soins de santé stricto sensu (2) – plus encore que pour d'autres catégories de services – recouvrent souvent de tels progrès de qualité que ceux-ci auraient sans doute pu être interprétés comme une extension de la consommation vers de nouveaux services, donc comme une extension de la consommation en volume.

Cette dernière considération constitue un argument pour renoncer à toute tentative de distinguer à long terme l'impact de l'offre de celui de la demande : la dynamique de celle-ci correspond en grande partie au recours systématique aux nouveaux types de traitements, réputés plus efficaces et très intensifs en progrès technique. Le recours aux techniques de pointe apparaît ainsi comme l'expression d'une extension de la demande vers de nouveaux services qui, compte tenu des conventions statistiques, seront souvent interprétés comme une version plus onéreuse de services préexistants.

Le lien entre activité économique globale et dépenses totales de soins de santé n'est guère surprenant. Ces dépenses correspondent en effet pour l'essentiel à une activité productive – à noter que cette propriété singularise les dépenses publiques de soins de santé par rapport à d'autres dépenses sociales telles que les dépenses de pension ou de chômage qui représentent principalement des transferts. De plus, dans la mesure où, les produits pharmaceutiques mis à part, la branche d'activité concernée (dénommée « santé et action sociale » dans les statistiques de comptabilité nationale), est relativement peu touchée par le commerce extérieur, il s'agira en très grande partie d'activité productive intérieure au pays considéré.

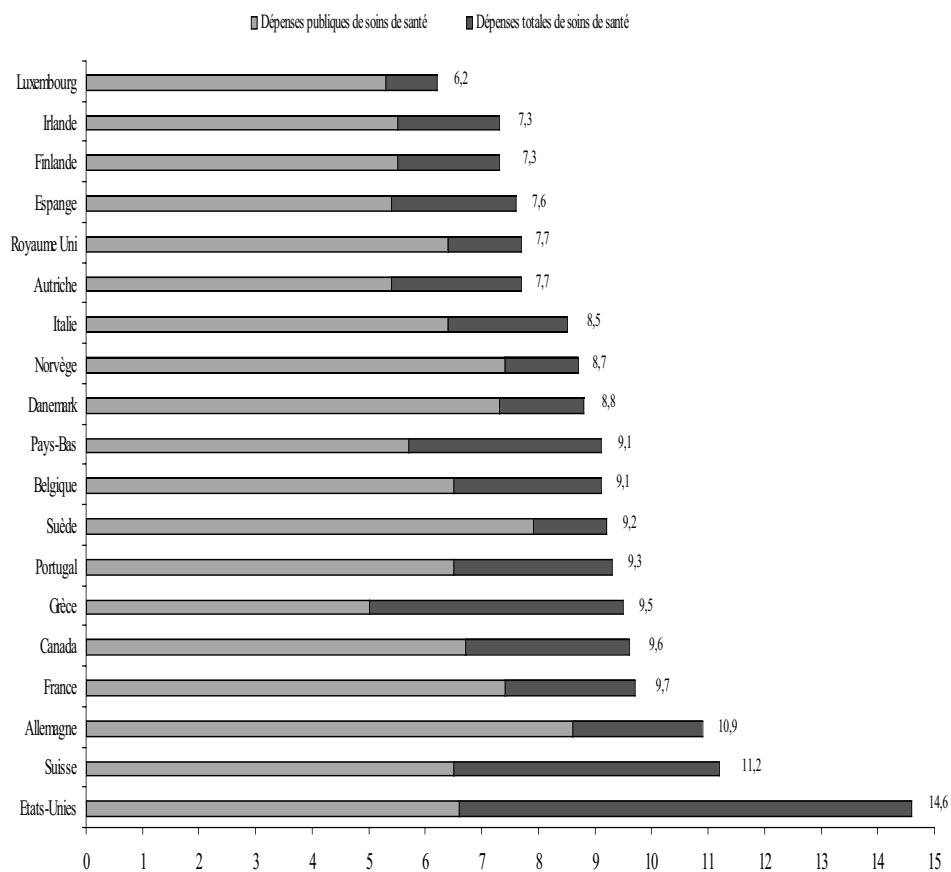
La progression de la consommation de soins de santé et de la valeur ajoutée correspondante apparaissent ainsi comme une composante de la croissance économique et participent au processus de tertiarisation, à l'instar de la consommation et de la production d'autres types de services.

Une telle interprétation serait peu contestable s'il ne s'agissait que de dépenses privées de soins de santé. Le lien entre le PIB et les dépenses publiques – dont l'évolution est en principe pilotée par les décisions des pouvoirs publics – est moins direct : il s'exprime d'une part via les fluctuations des disponibilités budgétaires, d'autre part via une demande sociale qui s'accroît avec le bien-être général.

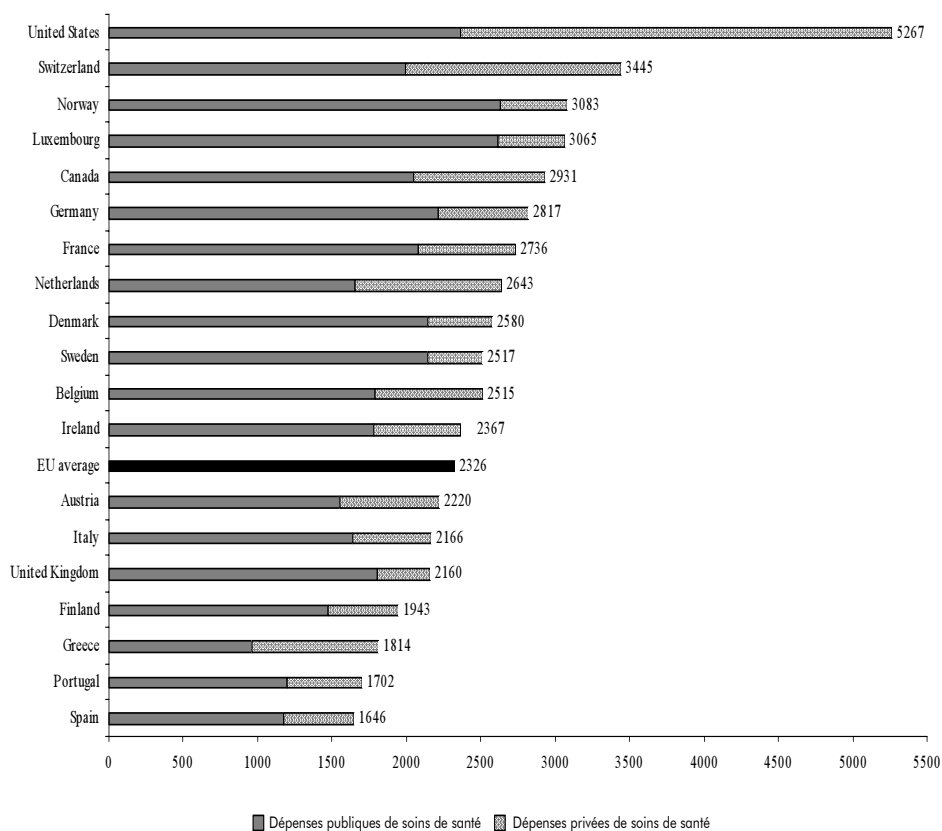
Une comparaison internationale portant sur la répartition des dépenses de soins de santé par habitant entre dépenses publiques et dépenses privées (cf. figure 2) et sur le poids de ces dépenses en % du PIB (cf. figure 3) montre cependant que les choix en la matière sont liés à des spécificités nationales. Les États-Unis et la Suisse, champions au niveau des dépenses totales, laissent la place à l'Allemagne, la Suède, la France, la Norvège et le Danemark, en tête en ce qui concerne les dépenses publiques de soins de santé en % du PIB. Remarquons la position proche de la moyenne occupée par la Belgique.

(2) Cette considération ne s'applique pas aux soins aux personnes âgées dépendantes, où le rythme de hausse des prix est en grande partie attribuable à la faiblesse des gains de productivité.

FIGURE 2 : DEPENSES PUBLIQUES ET PRIVEES DE SOINS DE SANTE (EN % DU PIB)



Source : OECD Health Data 2004 (1st edition).

FIGURE 3 : DÉPENSES PUBLIQUES ET PRIVÉES DE SOINS DE SANTÉ PAR HABITANT, \$PPA, 2002

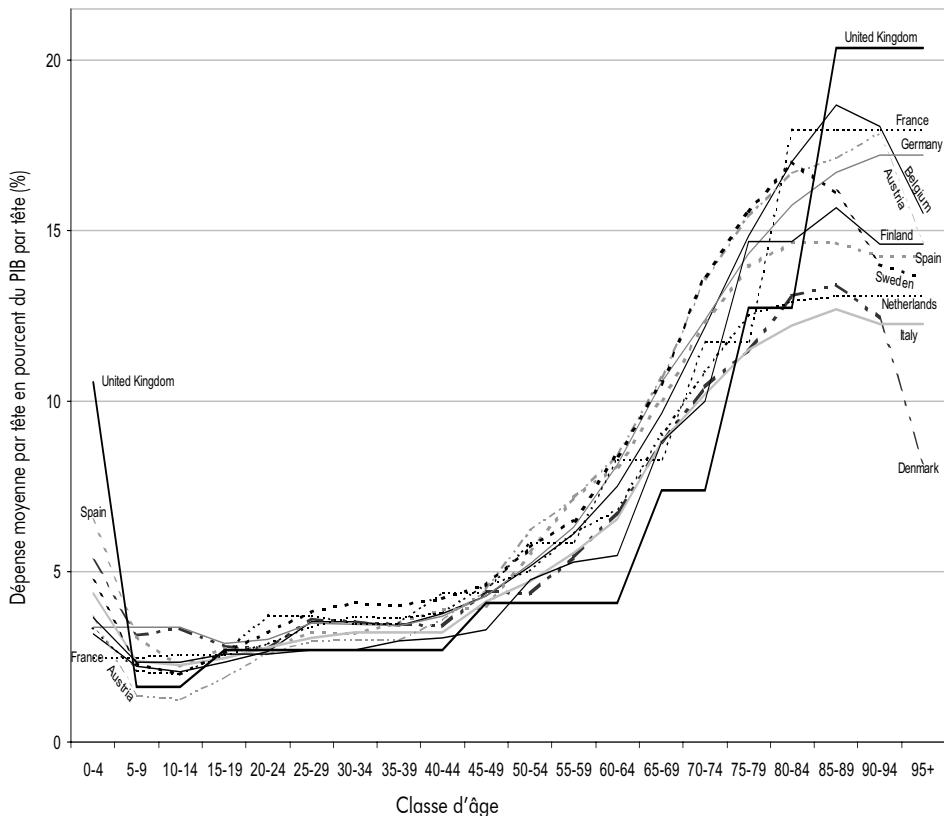
Source : OECD Health Data 2004 (1st edition).

3. DÉPENSES DE SOINS DE SANTÉ ET ÉVOLUTION DÉMOGRAPHIQUE

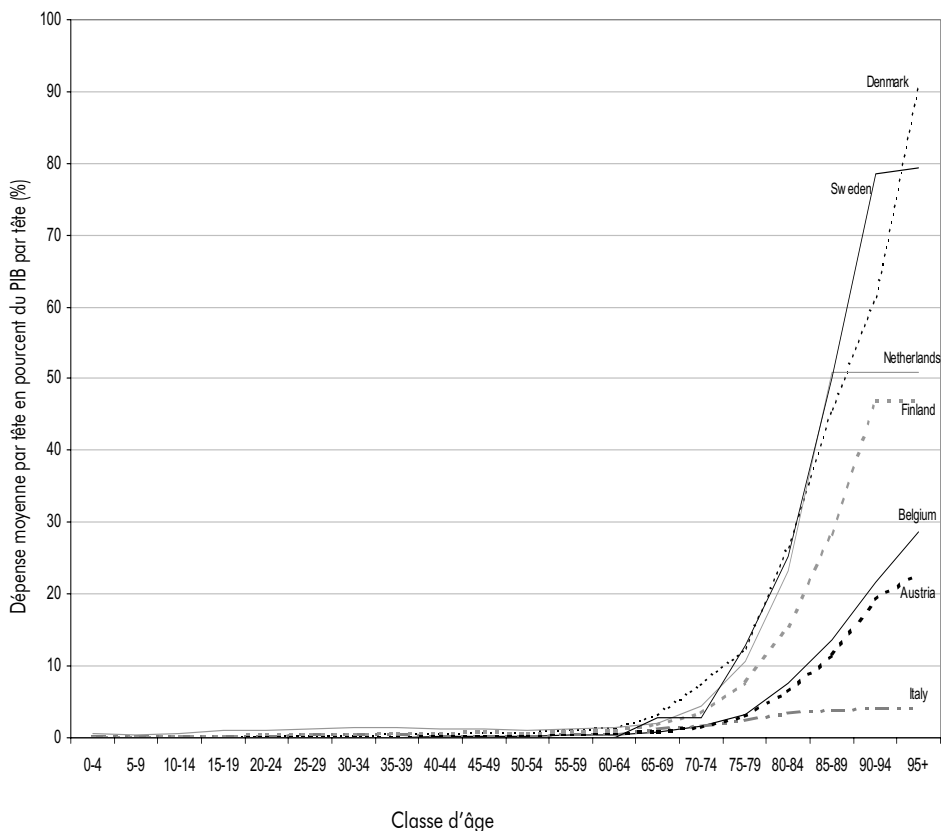
Le lien entre l'âge et la morbidité, donc les dépenses de soins de santé, est pratiquement un truisme. Le matériel statistique disponible tant au niveau national qu'international l'illustre à suffisance ([4] et figures 4 et 5).

Il est intéressant, à cet égard, de distinguer les soins de santé proprement dits (« health care ») des soins aux personnes âgées dépendantes (« long term care »); en effet, ces derniers sont plus sensibles à l'âge que les premiers ([4] et figures 4 et 5).

FIGURE 4 : AGE ET DEPENSES PUBLIQUES DE SOINS DE SANTE STRICTO SENSU



Source: [4]

FIGURE 5 : AGE ET DEPENSES PUBLIQUES DE SOINS AUX PERSONNES AGEES DEPENDANTES

Source: [4]

Ces profils de dépenses de soins de santé par âge constituent la base des travaux prospectifs classiques en matière de conséquences budgétaires du vieillissement, tant ceux qui se limitent à la composante démographique ([3], [4]) que ceux qui intègrent l'effet de la croissance économique ([1], [2]). L'intuition invite en effet à calculer l'impact mécanique sur les dépenses de soins de santé de l'augmentation future des effectifs dans les catégories d'âge où la consommation de soins de santé est élevée.

Les évaluations basées sur ce type d'approche sont cependant entourées d'incertitudes importantes. Premièrement, comme l'indiquent certains auteurs, les comparaisons internationales ne permettent apparemment pas d'établir une corrélation claire entre les dépenses de soins de santé et le poids de la population âgée [7]. Il faut cependant observer que ce constat concerne le total des soins aux personnes âgées et des soins de santé proprement dits; or plusieurs études ont mis en éviden-

ce la sensibilité des dépenses de soins aux personnes âgées aux habitudes nationales en ce qui concerne le placement en institution, facteur évidemment non démographique. D'autre part, comme indiqué ci-avant, certaines estimations empiriques font apparaître la population âgée de 65 ans et plus comme variable significative, à condition d'avoir tenu compte des autres déterminants.

Deuxièmement, des travaux récents, notamment des études internationales ([8],[9]) et belge [10] très approfondies ont mis en évidence le poids des dépenses liées à la proximité du décès au sein des profils de dépenses par âge présentés ci-avant. Autrement dit, la corrélation positive entre dépenses de soins de santé et âge serait plus attribuable à la fréquence accrue des décès aux âges élevés qu'au facteur âge lui-même.

L'étude suédoise [9] distingue les dépenses de soins de santé en milieu hospitalier et en ambulatoire : les dépenses en milieu hospitalier sont désagrégées en fonction du nombre d'années de survie des patients (en distinguant les patients ayant encore 0,1,2,3,4,5 et 6 années à vivre); les dépenses en ambulatoire des patients qui décèdent au cours de l'année sont comparées à celles des autres patients. Pour les patients qui décèdent endéans l'année, il apparaît que les dépenses sont environ et en moyenne douze fois plus élevées en milieu hospitalier et six fois plus élevées en ambulatoire.

L'étude belge [10] présente des résultats assez similaires et tout aussi spectaculaires, avec des dépenses de soins de santé en moyenne neuf à dix fois plus élevées pour une personne décédée dans l'année (ayant donc vécu en moyenne 6 mois durant l'année du décès) et treize à quatorze fois plus élevées lorsque la personne décédée a pratiquement « traversé » l'entièreté de l'année.

La prise en compte de ces « coûts liés au décès » incite à modifier le profil de la courbe de dépenses de soins de santé en fonction de l'âge au fur et à mesure que l'espérance de vie augmente, puisque celle-ci - *ceteris paribus* - est synonyme de déplacement d'une proportion importante de décès vers des âges plus élevés. L'application de cette méthode tend à réduire de façon sensible l'impact estimé du vieillissement sur les dépenses de soins de santé.

La méthode des « coûts liés au décès » est souvent considérée comme adéquate en ce qui concerne les seuls soins de santé proprement dits. Cependant, certains experts avancent la possibilité d'un scénario similaire en ce qui concerne les soins aux personnes âgées dépendantes, dans la mesure où l'augmentation de l'espérance de vie irait de pair avec un accroissement de l'espérance de vie en bonne santé. A la limite, le profil des dépenses de soins aux personnes âgées dépendantes se déplacerait vers la droite au prorata de la progression de l'espérance de vie.

Dans l'hypothèse extrême où toutes les dépenses de soins de santé (y compris les dépenses de soins aux personnes âgées dépendantes) seraient non pas fonction de l'âge mais du nombre d'années restant à vivre, le vieillissement démographique n'aurait aucun effet structurel sur les dépenses de soins de santé. Persisterait cependant l'effet sur le nombre de décès de l'arrivée massive de la génération nombreuse du baby-boom dans les classes d'âge concernées.

Troisièmement, il est possible que le développement des techniques médicales et l'évolution des habitudes de consommation de soins de santé dans les classes âgées entraînent une croissance des dépenses dans ces classes d'âge plus élevée que la moyenne. Certains experts parlent de glissement de la courbe en « U » vers une courbe en « J ». Par rapport à un tel scénario, l'application de la méthode classique conduit à une sous-estimation de la croissance future des dépenses.

La méthode classique comporte donc des incertitudes à la hausse comme à la baisse.

4. AUTRES FACTEURS

Hormis le niveau de vie et la structure démographique, d'autres facteurs jouent bien entendu un rôle, notamment les facteurs institutionnels. Le secteur est en effet organisé dans chaque Etat de façon très spécifique. Cet aspect ne sera ici que très brièvement évoqué.

On peut distinguer, en première approximation et au risque de schématiser, trois types d'organisation du secteur des soins de santé ([2], [5]). Dans les pays à tradition « beveridgienne » en matière de protection sociale, la production des services de soins de santé est majoritairement pris en charge par l'Etat (pays scandinaves, Royaume-Uni jusque récemment, ...), le prestataire est généralement salarié et les hôpitaux sont financés via des enveloppes ; dans les pays à tradition « bismarckienne » en matière de sécurité sociale (Benelux, France, Allemagne, Autriche, Suisse, ...), le financement public est surtout le fait de la Sécurité sociale et est assuranciel, ce qui privilégie une rémunération à l'acte des prestataires de soins, directement ou via le financement des hôpitaux. Enfin, dans le modèle à dominante privée (Etats-Unis), les assurances privées jouent un rôle-clé dans le financement.

Certains auteurs insistent sur l'impact de l'organisation du secteur sur les dépenses ([5], [7]); ils suggèrent que le financement à l'acte pourrait générer une tendance à la surconsommation médicale. Cependant, l'impact de ces spécificités sur les dépenses totales de soins de santé semble pouvoir se résumer, pour l'essentiel, à la corrélation inverse entre la part du financement public et les dépenses totales [6].

5. PERSPECTIVES D'ÉVOLUTION DE LA CONSOMMATION DE SOINS DE SANTE EN BELGIQUE

(source : BfP et [2], dont de larges extraits sont repris ci-après)

La méthodologie retenue par le BfP et le CEV ([1], [2]) pour établir des perspectives à long terme d'évolution de la consommation totale de soins de santé retient donc la croissance économique et les perspectives démographiques comme déterminants essentiels. La consommation publique de soins de santé est dérivée ensuite.

A moyen terme cependant, on substitue à cette approche démographique et macroéconomique une méthode axée sur la prise en compte des dispositions prises par le décideur.

5.1. PERSPECTIVES A MOYEN TERME (2004-2009)

L'objectif budgétaire gouvernemental de base (3) d'une croissance annuelle moyenne de 4,5% (hors adaptation de l'indice-santé) est retenu sur la période 2004-2007. Toutefois, en 2004, il est tenu compte du dépassement de 513 millions de l'objectif budgétaire. Il est supposé que la croissance moyenne de 4,5% des dépenses sur la période 2005-2007 est consacrée à l'extension et à l'amélioration de l'offre médicale, dans le prolongement des évolutions passées.

Il est par ailleurs tenu compte de la prise en charge par l'INAMI de l'intervention dans le prix de journée d'hospitalisation précédemment à charge du SPF Santé publique et de l'extension aux "petits risques" de la couverture des indépendants. Cette extension se fait aux dépens de la couverture privée préexistante, qui concerne 80% des indépendants. Pour l'année 2008 (2009), la croissance est estimée à 3,9 % (3,1 %), dont 3,2 % (2,4 %) relèvent de la dynamique interne et 0,7 % est imputable au vieillissement démographique (4).

Afin qu'ils puissent être comparés à la croissance économique, les chiffres repris dans le tableau qui suit ont été déflatés selon l'indice des prix du PIB.

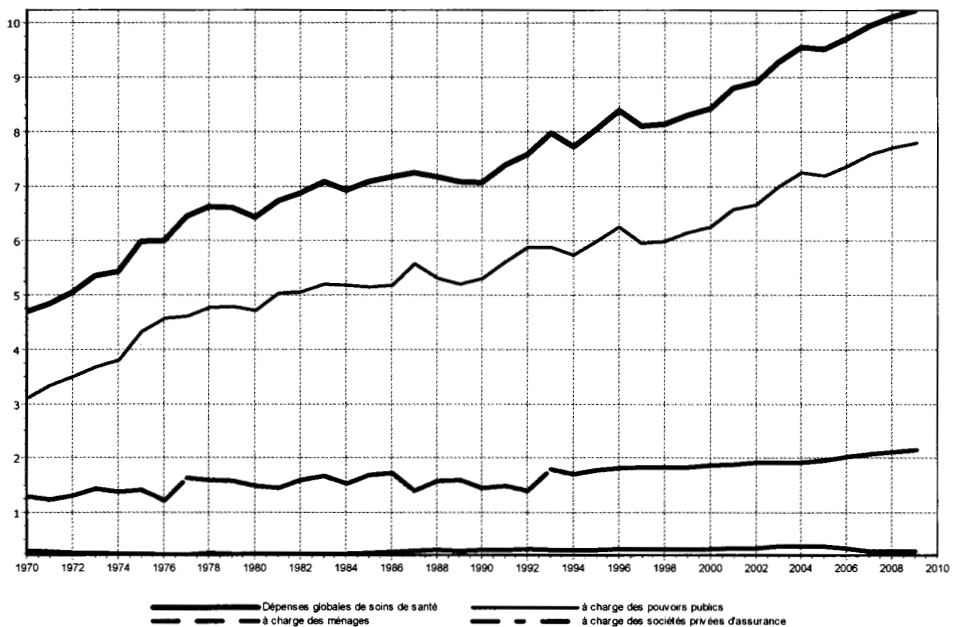
(3) Certaines dépenses de moindre importance à charge de l'INAMI (telles les dépenses réalisées dans le cadre d'accords internationaux, les remboursements réalisés dans le cadre du MAF (maximum à facturer) fiscal, les dépenses d'expertise, celles relatives au "Plan social kiné" et à la lutte contre le tabagisme) ne sont pas intégrées dans la norme de dépenses. Il en est de même pour les accroissements exceptionnels ou dus aux nouvelles initiatives telles que les augmentations salariales du personnel soignant correspondant à l'accord social 2005-2009.

(4) Ce chiffre correspond à la croissance annuelle moyenne sur les dix dernières années, corrigée pour tenir compte du vieillissement démographique (la méthodologie utilisée pour appréhender l'impact du vieillissement à moyen terme est semblable à celle utilisée à long terme; voir section 5.2. Perspectives à long terme et l'Annexe, section A.)

TABLEAU 2 : HYPOTHESES DE CROISSANCE DES DEPENSES DE SOINS DE SANTE (A PRIX DU PIB CONSTANTS ET EN %)

En pourcent	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Dépenses des institutions de sécurité sociale						
- dépenses traditionnelles de soins de santé	6.7	1.2	4.3	4.5	3.9	3.1
- avec transfert du prix de journée d'hospitalisation précédemment à charge du SPF Santé Publique	14.9	1.3	4.1	4.3	3.7	3.1
- avec extension aux "petits risques" dans le régime indépendant à partir du 01/07/2006	14.9	1.3	5.2	5.3	3.7	3.1
Total des interventions publiques	6.2	1.6	5.0	5.1	3.7	3.1
Sociétés privées d'assurance	6.8	1.2	-10.4	-13.1	3.9	3.1
Part à charge des ménages	2.8	3.8	6.2	4.9	5.7	3.9
Consommation globale de soins de santé	5.5	2.1	4.6	4.4	3.7	3.3

Source : BfP.

FIGURE 6 : DEPENSES DE SOINS DE SANTE – EN % DU PIB

Source : BfP, CEV.

Comme illustré à la figure 6, la norme budgétaire des dépenses de santé génère une forte croissance de la part de ces dépenses dans le PIB : de 9,4% en 2003 à 10,2% en 2009.

5.2. PERSPECTIVES A LONG TERME (2010-2030)

Dans la méthodologie retenue pour l'évolution à long terme des dépenses totales de soins de santé, il y a donc lieu de distinguer les déterminants démographiques et le « trend » qui reflète l'impact de la croissance économique. Les dépenses publiques de santé de la sécurité sociale sont ensuite projetées en faisant l'hypothèse d'une croissance identique à celle des dépenses totales, à l'issue de la période de moyen terme (2004-2009). Les dépenses publiques de santé de la sécurité sociale ainsi obtenues sont réparties entre le régime des travailleurs salariés et indépendants au prorata de la répartition par régime des titulaires de l'assurance-maladie. Les autres dépenses publiques de santé (certaines dépenses du Pouvoir fédéral, des Régions et des Pouvoirs locaux) suivent l'évolution du PIB. Le commentaire sera centré sur la période 2010-2030; les tableaux présentent cependant également des chiffres en très longue période (2004-2050).

5.2.1. Déterminants démographiques

Les déterminants démographiques pris en compte sont la taille de la population et la variation de la structure de la population par âge et sexe. L'impact de ces déterminants sur les dépenses de santé est estimé à l'aide d'un modèle démographique et de profils de dépenses de santé par classe d'âges et sexe (5) (cf. figure 7).

a) L'effet « volume de la population »

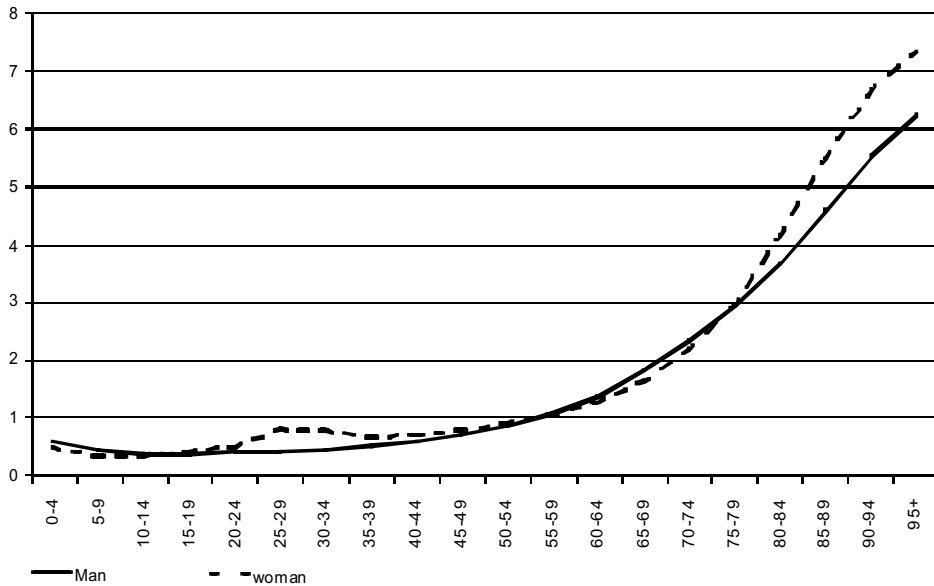
La population de la Belgique devrait croître légèrement au cours des prochaines décennies, suite à l'allongement de la vie qui se poursuit et à la perspective d'un important solde migratoire positif. Ainsi, la croissance annuelle moyenne de la population serait de l'ordre de 0,2 % entre 2003 et 2030, ce qui équivaut à la croissance observée au cours des 3 dernières décennies (1971-2000).

b) L'effet « vieillissement de la population »

Le vieillissement de la population est dû à la conjugaison de trois facteurs bien connus: l'augmentation de l'espérance de vie, le vieillissement de la génération du baby-boom de l'après-guerre et la chute des taux de natalité. Ainsi, le coefficient de dépendance des âgés (60 ans et plus/20 à 59 ans) était de 40 % en 2000 et serait de 44 % en 2010, de 63 % en 2030 et de 69% en 2050. Par ailleurs, le coefficient exprimant le «vieillissement dans le vieillissement» (80 ans et plus/60 ans et plus) était de 16 % en 2000 et serait de 21 % en 2010, de 22 % en 2030 et de 32% en 2050.

(5) BfP, INS, Perspectives de population 2000-2050 (remises au niveau des observations au 1er janvier 2002 par le BfP).

FIGURE 7 : PROFILS PAR CLASSE D'ÂGES ET SEXE DES DÉPENSES DE SOINS DE SANTÉ EN 1997 (PROFILS NORMALISÉS PAR RAPPORT À UNE DÉPENSE MOYENNE DE 1, TOUS ÂGES ET SEXES CONFONDUS)



Source : ANMC

L'impact du vieillissement démographique sur les dépenses de santé (y compris le taux de remboursement préférentiel à des âges avancés) est déterminé à l'aide des profils par classe d'âges et sexe illustrés par la figure 7 ci-dessus. Ils permettent de mesurer la croissance moyenne annuelle des dépenses (publiques) de santé exclusivement attribuable au vieillissement qui serait de l'ordre de 0,7 % entre 2001 et 2030, alors que sur la période 1971-2000, cette croissance n'était que de 0,5 %. Les incertitudes entourant cette approche ont été mentionnées à la section 3.

L'impact sur les dépenses de soins de santé de l'évolution de la structure de la population (en % du PIB) est donné au tableau 3.

TABLEAU 3 : IMPACT DE LA STRUCTURE DE LA POPULATION.

	2003	2010	2030	2050
S	1,03	1,08	1,24	1,39
Dépenses en % du PIB	9,4	9,9	11,3	12,7

Source : BfP ; pour le calcul de l'indice S, se référer à l'annexe A.

5.2.2. "Trend"

Le "trend" est défini comme la partie de l'augmentation des dépenses totales de soins de santé dans le PIB qui est corrélée avec la croissance économique (cf. section 2) et qui est indépendante du facteur démographique. Rappelons que cette tendance historique résulte d'une dynamique combinant des facteurs d'offre (notamment ceux qui découlent des progrès techniques: nouveaux appareils de diagnostic et de soin, technicisation des actes, hyperspécialisation des prestataires, élargissement de l'arsenal thérapeutique...), de demande et des objectifs politiques en matière de santé. Elle est constituée tant d'effets volume que d'effets prix.

Cette tendance historique est estimée par une approche économétrique: la variable à expliquer est la dépense de santé par tête, déflatée par le prix du PIB (pour prendre en compte le différentiel d'inflation des prix de la santé et du PIB) et par l'indicateur d'impact du vieillissement (afin d'obtenir la consommation de santé à structure d'âge inchangée).

Cette variable est fonction du PIB réel par tête - comme attendu sur base des considérations faites à la section 2 - et d'un terme auto-régressif : l'élasticité au PIB réel par tête subit de ce fait des variations de court terme. L'élasticité, qui en moyenne sur la période de projection est supérieure à l'unité, tend vers 1 à très long terme.

Les résultats de l'estimation sont donnés au tableau 4.

TABLEAU 4 : ESTIMATION DU « TREND »

$$\frac{C_t}{N_t \cdot P_t \cdot S_t} = \beta_1 + \beta_2 \cdot \left(\frac{PIB_{t-1}/P_{t-1}}{N_{t-1}} \right) + \beta_3 \cdot \left(\frac{C_{t-1}}{N_{t-1} \cdot P_{t-1} \cdot S_{t-1}} \right) + \mu_t$$

avec:

C_t = dépenses totales de soins de santé,

N_t = nombre d'habitants,

P_t = déflateur du PIB,

S_t = indice de l'impact de la structure démographique.

	Coeff. Estimé	Ecart-type	Statistique de t
β_1	- 109	27,6	- 3,94
β_2	0,0276	0,006	4,79
β_3	0,748	0,056	13,25
R ² ajusté	0,998		
F (coeff. nuls)	14,283		

Source : BfP, CEV.

La paramétrisation présentée au tableau 4 implique que la propension marginale à consommer des soins de santé tend à long terme vers 11% du PIB hors effet démographique.

L'utilisation d'une élasticité variable et tendant vers 1 correspond au tassement progressif de cette élasticité observé dans le passé (tableau 5); elle constitue de plus une alternative satisfaisante à l'utilisation d'une élasticité constante supérieure à l'unité, qui générerait une croissance illimitée de la part du PIB consacrée aux soins de santé (et implicitement, de la contribution au PIB de la branche d'activité correspondante).

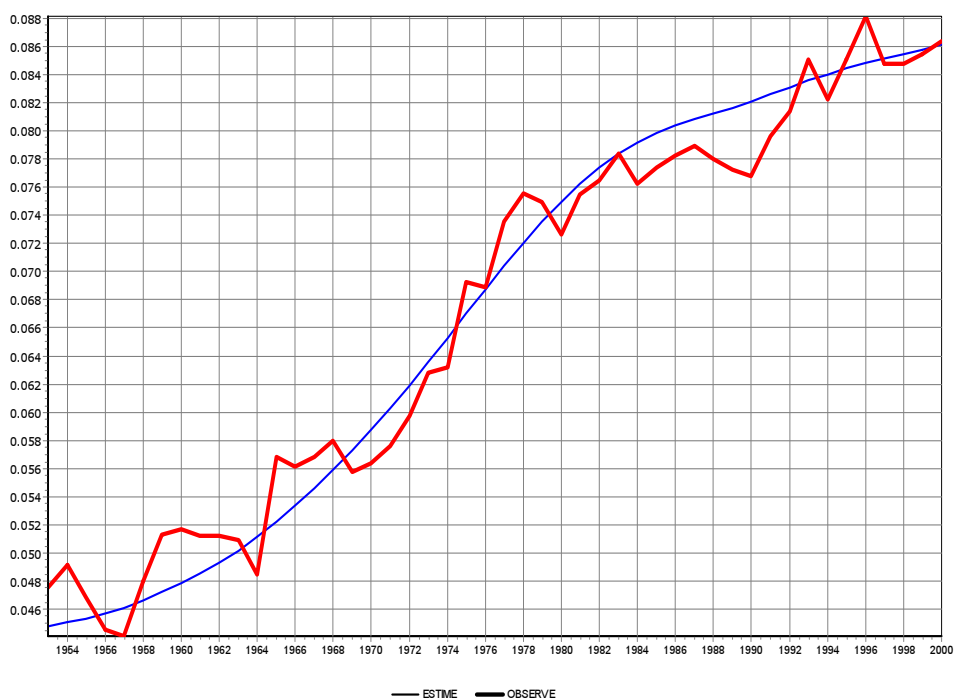
TABLEAU 5 : DEPENSES TOTALES DE SOINS DE SANTE EN BELGIQUE (DEFLATEUR : PRIX DU PIB; TAUX DE CROISSANCE ANNUELS MOYEN)

	1971-2003	1981-2003	1994-2003
Composante démographique	0,69	0,73	0,80
Composante non démographique ("Trend")	3,98	2,94	2,72
Taux de croissance du PIB	2,42	1,94	2,19
Elasticité "Trend"/PIB	1,64	1,52	1,24

Source : BfP, CEV.

La figure 8 reprend le ratio des dépenses totales de soins de santé par tête - hors effet du vieillissement - et du PIB par habitant pour la période 1953-2002, une première fois à l'aide des valeurs observées et une deuxième fois à l'aide des valeurs estimées selon l'équation de la tendance lourde. La série des valeurs estimées a été lissée de manière à isoler son trend et à mieux visualiser les écarts par rapport aux données observées. Le graphique fait apparaître que les valeurs estimées par l'équation des dépenses de soins de santé sont très proches de celles observées.

FIGURE 8 : PART DES DEPENSES DE SOINS DE SANTE PAR TETE HORS EFFET DU VIEILLISSEMENT DANS LE PIB PAR TETE: VALEURS OBSERVEES ET ESTIMEES.



Source : BfP, CEV

5.2.3. Résultats détaillés

Le tableau 6 présente l'évolution des dépenses de santé totales en % du PIB et en taux de croissance. Sur la période de projection 2004-2030, les dépenses totales de santé passent de 9,7 % du PIB en 2004 à 12,8 % du PIB en 2030, soit un accroissement de 3,2 points de pourcentage du PIB. Le taux de croissance annuel moyen des dépenses totales sur cette période (2004-2030) est de 3,1 %.

La deuxième partie du tableau 6 présente également le taux de croissance des dépenses totales de santé désagrégé par facteurs explicatifs, à savoir la "tendance lourde" et la structure démographique.

Sur la période de projection de long terme (2010-2030), le taux de croissance annuel moyen des dépenses totales de santé est de 2,9 %; le taux de croissance annuel moyen de ces dépenses dû à la “tendance lourde” est de 2,1 % et celui dû aux facteurs démographiques est de 0,8 % (0,7 % dû au facteur “vieillesse” et 0,2 % dû au facteur “volume de la population”).

Dans cette dernière approche, la “tendance lourde” apparaît comme le facteur principal d'accroissement des dépenses de soins de santé, loin devant le facteur démographique. Cependant, si l'on postule comme “normale” une croissance de ces dépenses égale à la croissance économique et que l'on cherche dès lors à expliquer l'accroissement du poids des dépenses de soins de santé dans le PIB, c'est le facteur démographique qui apparaît comme prépondérant (cf. tableau 6, données en % du PIB) : en effet, la partie de la “tendance lourde” qui correspond à la croissance économique disparaît dans une telle approche.

TABEAU 6 : DEPENSES TOTALES DE SANTE (EN PRIX DE 1998)

en % du PIB	1970	1980	1990	2000	2003	2004	2010	2020	2030	2050	2030- 2004	2050- 2004
Dépenses totales de santé (a)	4.7	6.4	7.0	8.4	9.4	9.7	10.5	11.6	12.8	14.6	3.2	5.0
- dont structure démographique											1.8	3.3
- dont trend (et mesures)											1.3	1.7

Source : BfP, CEV.

a) Dépenses de soins de santé à charge de tous les agents intérieurs (Etat, ménages, entreprises).

en taux de croissance annuel moyen	1971- 1980	1981- 1990	1991- 2000	2001- 2003	2004- 2009 ^a	2010- 2030	2004- 2030 ^b	2004- 2050
Dépenses totales de santé	7.0	3.1	4.1	4.7	4.0	2.9	3.1	2.8
- dont trend (et mesures)	6.3	2.5	3.3	3.7	-	2.0	2.2	2.0
- dont effet démographique	0.6	0.6	0.8	0.9	-	0.8	0.9	0.8
* dont effet vieillissement	0.4	0.5	0.5	0.5	-	0.7	0.7	0.6
* dont effet volume de la population	0.2	0.1	0.3	0.4	-	0.2	0.2	0.1

Source : BfP, CEV.

a) La méthodologie de moyen terme est d'application sur cette période.

b) La méthodologie de moyen terme est partiellement d'application sur cette période.

Le tableau 7 présente l'évolution des dépenses publiques de santé en % du PIB et en taux de croissance.

Les dépenses publiques de santé de la sécurité sociale sont projetées en faisant l'hypothèse d'une croissance identique à celle des dépenses totales, à l'issue de la période de moyen terme. Les dépenses publiques de santé de la sécurité sociale ainsi obtenues sont réparties entre le régime des travailleurs salariés et indépendants au pro rata de la répartition par régime des titulaires de l'assurance-maladie. Les autres dépenses publiques de santé suivent l'évolution du PIB.

Sur la période de projection 2004-2030, les dépenses publiques totales de santé passent de 7,2 % du PIB en 2004 à 9,5 % du PIB en 2030, soit un accroissement de 2,3 points de pourcentage du PIB. Cet accroissement de 2,3 points de pourcentage du PIB est attribuable pour 0,6 point de pourcentage à la période 2004-2009 et pour 1,6 point de pourcentage à la période 2010-2030.

Le taux de croissance annuel moyen des dépenses publiques totales sur l'ensemble de la période de projection (2004-2030) est de 3,1 % pour un taux de croissance économique annuel moyen de 1,9 %. Sur la période 2004-2009 (qui correspond à la période prenant en compte les décisions politiques concrètes récentes), le taux de croissance annuel moyen est de 4,3 % pour un taux de croissance économique annuel moyen de 2,3 %. Sur la période 2010-2030, le taux de croissance annuel moyen des dépenses est de 2,8 % pour un taux de croissance économique annuel moyen de 1,8 %.

TABLEAU 7 : DEPENSES PUBLIQUES DE SANTE (EN PRIX DE 1998)

en % du PIB	1970	1980	1990	2000	2003	2004	2010	2020	2030	2050	2030- 2004	2050- 2004
Dépenses publiques totales de santé (a)	3.1	4.8	5.3	6.2	7.0	7.2	7.9	8.7	9.5	10.8	+2.3	+3.5
Prestations de sécurité sociale	2.5	3.8	4.4	5.2	5.8	6.5	7.1	7.8	8.7	10.0	+2.2	+3.5
Autres dépenses-publiques de santé	0.7	1.0	1.0	1.0	1.2	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	+0.1	+0.1

Source : BfP, CEV

a) Les dépenses publiques de santé comprennent les dépenses de santé de la Sécurité sociale (régime des travailleurs salariés et indépendants - y compris les petits risques indépendants à partir de 2006 -, OSSOM et autres régimes), du Pouvoir fédéral (principalement le remboursement de 25 % du prix de journée d'hospitalisation qui est transféré, à partir de 2004, à la Sécurité sociale), des Régions (aide aux handicapés) et des pouvoirs locaux (prestations médicales des CPAS aux personnes en difficulté, y compris les frais de séjour dans les maisons de repos).

en taux de croissance annuel moyen	1971-1980	1981-1990	1991-2000	2001-2003	2004-2009^a	2010-2030	2004-2030^b	2004-2050
Dépenses publiques totales de santé	8.2	3.3	3.9	4.7	4.3	2.8	3.1	2.8
Prestations de sécurité sociale	8.2	3.6	4.2	4.5	5.7	2.9	3.5	3.0
Autres dépenses publiques de santé	8.2	2.3	3.0	5.4	-2.7	1.8	0.8	1.2

Source : BfP, CEV.

6. CONCLUSIONS

Dans cet article, nous avons présenté la méthodologie de projection des dépenses de soins de santé utilisée par le BfP et le CEV dans le cadre des évaluations relatives aux conséquences budgétaires des évolutions démographiques en Belgique. A long terme, cette méthodologie retient la croissance économique et les perspectives démographiques comme déterminants essentiels. A moyen terme, on substitue à cette approche macroéconomique, une méthode axée sur la prise en compte des dispositions prises par le décideur.

Selon notre méthodologie, la consommation globale de soins de santé devrait augmenter de 9,7 % du PIB en 2004 à 12,8% en 2030. Cet accroissement de 3,1 points de pourcentage du PIB est attribuable pour 1,8 point de pourcentage au vieillissement démographique et pour 1,3 point de pourcentage au « trend ». En effet, si l'on postule comme « normale » une croissance des dépenses de santé égale à la croissance économique et que l'on cherche à expliquer l'accroissement du poids des dépenses des soins de santé dans le PIB, c'est le facteur démographique qui apparaît comme prépondérant. En ce qui concerne les dépenses publiques totales de santé, elles devraient augmenter de 7,2% du PIB en 2004 à 9,5% du PIB en 2030.

ANNEXE : ASPECTS TECHNIQUES DE LA METHODOLOGIE DE PROJECTION DES DEPENSES DE SANTE A LONG TERME (2010-2050)

A. MODELISATION DE L'IMPACT DU VIEILLISSEMENT DEMOGRAPHIQUE

L'impact du vieillissement démographique sur les dépenses de santé (y compris le taux de remboursement préférentiel à des âges avancés) est estimé à partir d'une banque de données relative aux remboursements des prestations de santé par âge (i) et par sexe (s). Les profils qui ressortent de cet échantillon, pour une année t=0 (6), sont normalisés afin d'être extrapolés à l'ensemble de la population:

$$csr_{s,i} = \frac{cs_{s,i} / n_{s,i}}{\sum_{s,i} cs_{s,i} / \sum_{s,i} n_{s,i}}$$

avec :

$cs_{s,i}$ = dépenses de soins de santé par âge et sexe dans l'échantillon ;

$n_{s,i}$ = population de l'échantillon par âge et sexe ;

$csr_{s,i}$ = coût relatif par âge et sexe (pour un coût moyen unitaire, tous âges, sexes et types de soins confondus).

Sur base de ces profils normalisés, un indicateur (S) est calculé pour chaque année de projection, tel que son taux de croissance corresponde à l'augmentation des dépenses de soins de santé uniquement attribuable aux changements de la structure démographique, dans l'hypothèse où les profils de coût par âge et sexe restent constants dans le temps:

$$S_t = \frac{\sum_{s,i} (csr_{s,i} \times N_{s,i,t}) / N_t}{\sum_{s,i} (csr_{s,i} \times N_{s,i,t_8}) / N_{t_8}}$$

avec :

S_t = indice d'impact du vieillissement sur les dépenses de soins de santé ;

N_t = population totale.

(6) L'année de base est 1997.

B. LA «TENDANCE LOURDE» DE LA CROISSANCE DES DÉPENSES DE SOINS DE SANTÉ

La «tendance lourde» résulte de l'évolution des volumes et des prix dans le secteur de la santé à structure démographique inchangée. Plus spécifiquement, elle résulte d'une dynamique combinant des facteurs d'offre, de demande et des choix d'objectifs politiques en matière de santé. Par ailleurs, la comptabilité nationale fait apparaître une croissance moyenne du déflateur des dépenses de soins de santé supérieure à celle du déflateur du PIB. Sans doute, celle-ci reflète-t-elle, notamment le coût des développements technologiques importants dans ce secteur et la faiblesse des gains de productivité. Le fait d'agréger les effets-volume et prix se justifie par la difficulté, pour la comptabilité nationale, à appréhender correctement ces deux effets dans un secteur où les développements technologiques sont rapides et dont l'output en biens et services est donc peu homogène dans le temps.

Pour projeter la part de l'évolution des dépenses de soins de santé qui ne dépendent pas des effets démographiques, le BFP a recours à une estimation économétrique. Il s'agit d'une fonction de consommation qui met en relation, d'une part, la consommation totale de soins de santé par tête, à structure démographique inchangée et déflatée par les prix du PIB et, d'autre part, le PIB (en prix constants) par habitant de l'année précédente et un terme autorégressif. Ainsi, l'évolution de la «tendance lourde» est expliquée par le niveau de la richesse nationale et celui de la consommation passée de soins de santé. L'équation estimée sur la période 1953-2002 est spécifiée comme suit :

$$\frac{C_t}{N_t \cdot P_t \cdot S_t} = \beta_1 + \beta_2 \cdot \left(\frac{\text{PIB}_{t-1} / P_{t-1}}{N_{t-1}} \right) + \beta_3 \cdot \left(\frac{C_{t-1}}{N_{t-1} \cdot P_{t-1} \cdot S_{t-1}} \right) + \mu_t$$

avec :

C_t = la dépense totale de soins de santé en t ;

N_t = la population belge,

P_t = le déflateur du PIB,

S_t = l'indice d'impact du vieillissement sur les dépenses de soins de santé (cfr. supra).

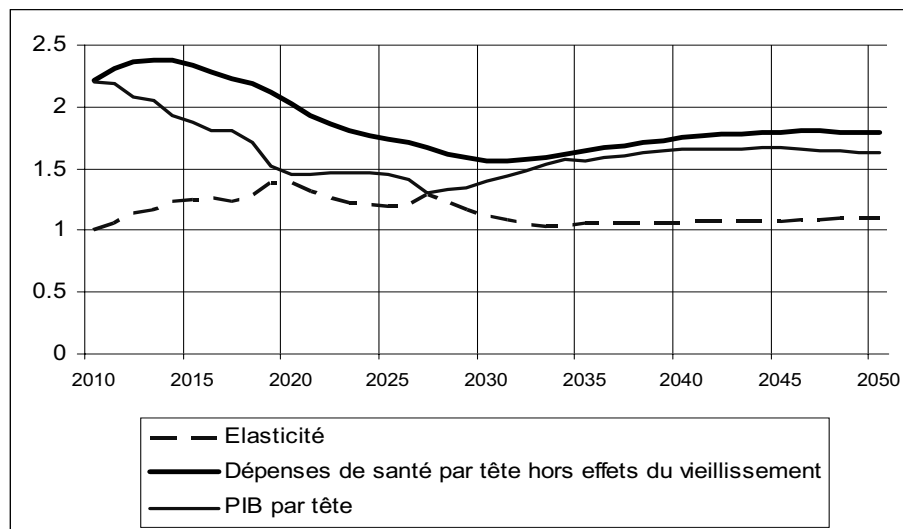
L'estimation de cette forme réduite simple donne de bons résultats économétriques. Ainsi, le PIB par habitant et la consommation totale des soins de santé par tête de l'année précédente expliquent plus de 99 % de la variation de la consommation de soins de santé au cours de l'année en cours. L'effet significatif de la consommation de l'année précédente ($=0,75$) est beaucoup plus important que celui du PIB par tête ($=0,03$), ce qui reflète un effet d'inertie ou de «habit-persistence» important dans la consommation de soins de santé. Ainsi, la propension marginale à consommer de long-terme qui prend en compte les effets d'inertie est de 0,11 contre 0,03 à

court terme. En d'autres termes, pour un accroissement du PIB par habitant de 100 euros, 11 seront alloués aux soins de santé. D'autres régresseurs, comme le revenu par actif occupé ou le taux moyen de l'intervention de l'assurance maladie, ont été rejetés en raison de leur faible pouvoir explicatif.

C. ELASTICITE DES DEPENSES DE SANTE PAR TETE HORS EFFET DU VIEILLISSEMENT PAR RAPPORT AU PIB PAR TETE SUR LA PERIODE DE PROJECTION

Le graphique ci-dessous reprend l'élasticité ex-post des dépenses de santé par tête hors effet du vieillissement par rapport au PIB par tête pendant la période de projection de long terme (2010-2050). A partir de 2010, celle-ci est croissante et jusqu'en 2020. En effet, le taux de croissance des dépenses de santé par tête hors effet du vieillissement est supérieur à celui du PIB par tête pendant cette période. A partir de 2020, l'élasticité décroît car le taux de croissance du PIB par tête se stabilise alors que celui des dépenses de santé par tête hors effet du vieillissement continue à baisser. A partir de 2030 les deux taux évoluent de façon similaire et l'élasticité est proche de 1. En fin de période de projection, le taux de croissance des dépenses de santé par tête hors effet du vieillissement est à nouveau plus élevé que celui du PIB par tête et l'élasticité augmente légèrement.

FIGURE 9 : DEPENSES DE SANTE PAR TETE (HORS EFFET DU VIEILLISSEMENT), PIB PAR TETE (TAUX DE CROISSANCE) ET ELASTICITE EX-POST DES DEPENSES DE SANTE PAR TETE (HORS EFFET DU VIEILLISSEMENT) PAR RAPPORT AU PIB PAR TETE



Source :BfP

L'élasticité ex-post moyenne sur l'ensemble de la période de projection (2004-2050) est de 1,17 alors que sur la période 2004-2030, elle vaut 1,25. Notons que les dépenses de santé ont une évolution similaire à celle du PIB mais avec un retard de plusieurs années, du fait de l'effet d'inertie capté par notre modélisation. Ainsi, la baisse du taux de croissance du PIB par tête qui s'enclenche en 2010 ne se fait sentir sur les dépenses de santé qu'à partir de 2014.

BIBLIOGRAPHIE

Antolin, P., Dang, T.T. et Oxley, H., *Fiscal implications of ageing: projections of age-related spending*, Economic Department Working Paper n° 305, Paris, OCDE, 2001.

Avalosse, H., *Vieillessement, soins de santé et mortalité...*, MC-Information, n° 213, Juin 2004.

Batljan, I. et Lagergren, M., Inpatient/outpatient health care costs and remaining years of life - effect of decreasing mortality on future acute health care demand, *Social Science & Medecine*, n° 59, pp. 2459-2466, 2004.

Comité d'Etude sur le Vieillessement, *Conseil supérieur des Finances, Rapport annuel*, Bruxelles, 2004.

Comité d'Etude sur le Vieillessement, *Conseil supérieur des Finances, Rapport annuel*, Bruxelles, 2005.

Economic Policy Committee, *Budgetary challenges posed by ageing populations: the impact on public spending on pensions, health and long-term care for the elderly and possible indicators of the long-term sustainability of public finances*, Rapport EPC/ECFIN/655/01-EN final, Bruxelles, 2001.

Englert, M., Fasquelle, N., Festjens, M.-J., Lambrecht, M., Saintrain, M. et Streels, C., *Perspectives financières de la sécurité sociale 2000 - 2050 : Le vieillissement et la viabilité du système légal des pensions*, Planning Paper n° 91, Bruxelles, Bureau fédéral du Plan, 2002.

Jacobzone, S., *Ageing and the challenges of new technologies, can social and health systems provide for the future?*, OCDE, à paraître.

Jonsson, B. et Eckerlund, I., *Why do Different Countries Spend Different Amounts on Health care?*, in *A Disease-base Comparison of Health Systems*, OCDE, 2003.

Leonard, C. et Avalosse, H., (ANMC) *Effets du vieillissement de la population sur l'évolution des dépenses de santé : un essai de clarification*, à paraître.

OCDE, *A disease-based Comparison of Health Systems. What is best and what cost*, (OCDE, 2003).

TABLE DES MATIERES

L'ÉVOLUTION A LONG TERME DES DEPENSES DE SOINS DE SANTE

1. INTRODUCTION	177
2. DEPENSES DE SOINS DE SANTE ET NIVEAU DE VIE	178
3. DEPENSES DE SOINS DE SANTE ET ÉVOLUTION DÉMOGRAPHIQUE	183
4. AUTRES FACTEURS	187
5. PERSPECTIVES D'ÉVOLUTION DE LA CONSOMMATION DE SOINS DE SANTE EN BELGIQUE	188
5.1. PERSPECTIVES A MOYEN TERME (2004-2009)	188
5.2. PERSPECTIVES A LONG TERME (2010-2030)	190
6. CONCLUSIONS	197
ANNEXE	198
BIBLIOGRAPHIE	202

L'ARRET KELLER DE LA COUR DE JUSTICE : UN NOUVEAU PAS VERS LA SUPPRESSION DES FRONTIERES POUR LES PATIENTS EN EUROPE ?

PAR ANNE-CLAIRE SIMON

Aspirante du F.N.R.S., Département de droit international, UCL

Affiliée à la sécurité sociale espagnole, madame Keller peut-elle réclamer à cet organisme le remboursement d'un traitement de pointe reçu dans une clinique universitaire en Suisse lorsque, des soins s'étant avérés nécessaires au cours d'un séjour temporaire en Allemagne, la décision de transfert en Suisse a été prise par les médecins allemands ? Oui, a décidé la Cour de justice, dans un arrêt du 12 avril 2005. Cet arrêt ouvre-t-il, pour les patients européens, un droit inconditionnel de recevoir, aux frais de leur institution d'assurance maladie, les meilleurs soins disponibles dans l'Union européenne, voire dans le monde ? Telle est la question que cet article se propose d'examiner.

1. INTRODUCTION : LA MOBILITE DES PATIENTS DANS L'UNION EUROPEENNE

Un patient affilié au régime d'assurance maladie d'un Etat membre de l'Union européenne peut-il obtenir de son organisme d'affiliation la prise en charge du coût de soins reçus dans un autre Etat membre ? La réponse traditionnellement négative que cette question appelait doit aujourd'hui être fortement nuancée, eu égard au développement de l'intégration européenne.

Dès les premiers jours de la construction communautaire, les Etats membres ont veillé à préserver leur indépendance dans le domaine social (1), particulièrement quant à l'organisation de leur système de soins de santé (2). Traditionnellement, en vertu du principe de territorialité (3), chaque Etat circonscrit l'étendue de son système d'assurance maladie à son territoire national. Seuls les soins médicaux délivrés dans des infrastructures ou par des professionnels (hôpitaux, médecins...) établis sur le territoire national sont pris en charge. Les patients qui souhaitent se faire soigner à l'étranger doivent supporter seuls leurs frais de traitement.

(1) Art. 137, § 3, TCE. Voy. aussi C.J.C.E., 7 février 1984, Duphar, aff. C-238/82, *Rec.*, p. 523, pt. 16.

(2) Art. 152, § 5, TCE.

(3) Sur ce principe, voy. R. Cornelissen, The principle of territoriality and the Community regulations on social security (regulations 1408/71 and 574/72), *C.M.L.Rev.*, 1996, p. 439.

Au même moment, soucieux de faciliter la libre circulation des personnes dans l'Union européenne, les Etats membres ont coordonné leurs régimes de sécurité sociale. L'actuel règlement n° 1408/71 (4) garantit ainsi aux « travailleurs migrants » la préservation de leurs droits à la sécurité sociale, et particulièrement à l'assurance maladie. La création du marché unique, il y a plus de dix ans, a quasiment démantelé les frontières nationales, afin de permettre aux personnes, biens, services et capitaux de circuler dans toute l'Europe aussi librement qu'à l'intérieur d'un seul Etat. Il est alors apparu évident que le secteur de la sécurité sociale ne constitue pas un îlot imperméable à l'influence du droit communautaire (5). Dans son célèbre arrêt Kohll (6), la Cour de justice des Communautés européennes (ci-après : « la Cour ») a affirmé que les règles communautaires relatives à la libre prestation des services sont applicables dans le secteur des soins de santé également. Tout comme les dispensateurs de soins, les patients bénéficient de la liberté de circulation en Europe.

Désormais donc, deux voies sont ouvertes au patient qui souhaite se faire soigner dans un autre Etat membre à charge de son organisme d'affiliation : la voie administrative du règlement n° 1408/71, d'une part, et la voie tracée par la Cour dans son arrêt Kohll, sur base des règles de la libre prestation des services, d'autre part. Ces deux voies sont imbriquées. Dans toute une série d'arrêts, la Cour s'est efforcée de préciser l'étendue et les conditions de l'accès aux soins permis par chacune de ces voies. Son récent arrêt Keller (7) apporte un éclairage nouveau sur les droits du patient qui emprunte la voie du règlement n° 1408/71. Après avoir brossé un tableau général de ces deux voies d'accès aux soins à l'étranger (II), le présent article se concentre sur le régime du règlement n° 1408/71, à la lumière de l'arrêt Keller (III), avant de conclure sur les enjeux que soulève la mobilité des patients dans l'Union européenne (IV).

2. LES VOIES D'ACCES AUX SOINS DANS UN AUTRE ETAT MEMBRE

2.1. LA VOIE ADMINISTRATIVE TRADITIONNELLE : L'ARTICLE 22 DU REGLEMENT N° 1408/71

Les Etats membres se sont accordés pour permettre une certaine circulation des patients, dans le cadre du règlement n° 1408/71. Dans plusieurs situations, définies à l'article 22 de ce règlement, une personne couverte par le régime d'assurance maladie d'un Etat membre (8) peut obtenir de son institution d'affiliation la prise en

(4) Règlement (CEE) n° 1408/71 du Conseil, du 14 juin 1971, relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté, dans sa version coordonnée par le règlement (CE) n° 118/97 du Conseil, du 2 décembre 1996, *J.O.C.E.*, L 28, 1997, p. 1, depuis lors plusieurs fois modifié.

(5) Selon l'expression de l'avocat général Tesouro dans ses Conclusions présentées le 16 septembre 1997, dans l'aff. C-120/95, Decker, et dans l'aff. C-158/96, Kohll, pt. 17.

(6) C.J.C.E., 28 avril 1998, Kohll, aff. C-158/96, *Rec.*, I, p. 1931. Voy. aussi C.J.C.E., 28 avril 1998, Decker, aff. C-120/95, *Rec.*, I, p. 1831. Ce dernier arrêt, qui concerne la libre circulation des marchandises, sort du cadre de la présente étude.

(7) C.J.C.E., 12 avril 2005, Keller, aff. C-145/03, *Rec.*, non encore publié.

(8) Pourvu qu'elle relève du champ d'application personnel du règlement n° 1408/71.

charge du coût des soins reçus dans un autre Etat membre (9). Prochainement, ce règlement n° 1408/71 sera remplacé par le règlement n° 883/2004 (10); ce dernier règlement conserve le régime d'accès aux soins de santé exposé ci-après (11).

2.1.1. Le régime des soins inopinés

Toute personne, dont l'état de santé vient à nécessiter d'urgence des prestations au cours d'un séjour temporaire dans un autre Etat, a droit à la prise en charge de ces soins (article 22, § 1, a) (12). En prévision de son voyage, l'assuré doit solliciter de son organisme d'affiliation l'octroi d'un document d'ouverture de droit. Ce « passeport médical » atteste de ses droits à l'assurance maladie, à l'égard des prestataires de soins de l'Etat de séjour (13). Jusqu'il y a peu, le formulaire E111 était utilisé (14). Depuis le 1er juin 2004, ce formulaire se voit progressivement remplacé par la carte européenne d'assurance maladie (ci-après : « la CEAM ») (15). Dans l'urgence, un certificat provisoire de remplacement peut être délivré par fax ou courrier électronique. Une procédure de rattrapage est ouverte au patient qui a payé ses soins, sans présenter sa CEAM : à son retour, il peut introduire une demande de remboursement auprès de son institution d'affiliation (article 34 du règlement n° 574/72).

Par « soins d'urgence », on entendait auparavant uniquement les soins immédiatement nécessaires, c'est-à-dire les soins qui ne peuvent être différés sans mettre en danger la vie ou compromettre la santé de l'intéressé. Depuis le 1er juin 2004, cette notion a été élargie ; sont désormais couvertes les « prestations en nature nécessaires du point de vue médical au cours d'un séjour sur le territoire d'un autre Etat

(9) Sont concernés : les pays de l'Espace économique européen, soit les vingt-cinq États membres de l'Union européenne et les trois États membres de l'Association européenne de libre échange (Norvège, Liechtenstein et Islande), ainsi que la Suisse.

(10) Règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil, du 29 avril 2004, portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale, *J.O.U.E.*, L 166, 2004, p. 1. Dans l'attente d'un règlement d'application, ce nouveau règlement n'entrera probablement pas en vigueur avant fin 2006.

(11) Voy. cependant *infra*, quant à la modification de la condition de délai fixée à l'art. 22, § 2, du règlement n° 1408/71. Pour une étude complète de la portée du règlement n° 883/2004 dans le secteur de la santé, voy. W. Palm, *La révision du règlement 1408/71 : Quelle portée pour le secteur de la santé ?*, *R.B.S.S.*, 2004, pp. 685-699.

(12) Voy. également l'art. 19 du règlement n° 883/2004.

(13) Règlement (CEE) n° 574/72 du Conseil, du 21 mars 1972, fixant les modalités d'application du règlement (CEE) n° 1408/71, dans sa version coordonnée par le règlement (CE) n° 118/97 du Conseil, du 2 décembre 1996, *J.O.C.E.*, L 28, 1997, depuis lors plusieurs fois modifié, art. 21.

(14) Décision n° 153 (94/604/CE) de la Commission administrative des Communautés européennes pour la sécurité sociale des travailleurs migrants (CASSTM), du 7 octobre 1993, concernant les modèles de formulaires nécessaires à l'application des règlements (CEE) n° 1408/71 et (CEE) n° 574/72 (E001, E103-E127), *J.O.C.E.*, L 244, 1994, p. 22.

(15) Décision n° 189 (2003/751/CE) de la CASSTM, du 18 juin 2003, visant à remplacer par la carte européenne d'assurance maladie les formulaires nécessaires à l'application des règlements du Conseil (CEE) n° 1408/71 et (CEE) n° 574/72 en ce qui concerne l'accès aux soins pendant un séjour temporaire dans un État membre autre que l'État compétent ou de résidence, *J.O.C.E.*, L 276, 2003, p. 1.

membre, compte tenu de la nature des prestations et de la durée prévue du séjour » (16), c'est-à-dire les soins sans lesquels le « touriste » serait contraint de rentrer prématurément dans son Etat d'affiliation pour s'y faire soigner.

2.1.2. Le régime des soins programmés

Le patient a également droit à la prise en charge de ses frais de traitement lorsqu'il a été spécifiquement autorisé par son organisme d'affiliation à se rendre à l'étranger pour y recevoir un traitement médical approprié à son état de santé (article 22, § 1, c). Le document d'ouverture de droit est ici le formulaire E112. L'institution compétente dispose d'un large pouvoir d'appréciation; si elle décide d'accorder l'autorisation, elle précisera quel traitement peut être suivi, auprès de quel établissement (17). L'Etat de séjour s'estimera lié par de telles spécifications. Il conserve toutefois une certaine liberté thérapeutique, particulièrement si un traitement non spécifié s'avère nécessaire (18).

L'organisme assureur ne peut refuser l'autorisation à l'assuré qui lui en fait la demande « lorsque les soins dont il s'agit figurent parmi les prestations prévues par la législation de l'Etat membre sur le territoire duquel réside l'intéressé et si ces soins ne peuvent, compte tenu de son état actuel de santé et de l'évolution probable de la maladie, lui être dispensés dans le délai normalement nécessaire pour obtenir le traitement dont il s'agit dans l'Etat membre de résidence » (article 22, § 2). Ces deux conditions sont cumulatives. Dans le cadre du nouveau règlement n° 883/2004, la condition de délai est modifiée, le critère du « délai normalement nécessaire » faisant place à celui du « délai acceptable sur le plan médical » (19).

2.1.3. Droits du patient dans l'Etat de séjour

Le patient qui reçoit des soins à l'étranger sous couvert d'un document d'ouverture de droit (formulaire E111/CEAM ou formulaire E112) se trouve dans une position confortable. Il a droit « aux prestations en nature servies, pour le compte de l'institution compétente, par l'institution du lieu de séjour ou de résidence, selon les dispositions de la législation qu'elle applique, comme s'il y était affilié » (article 22, § 1, i).

(16) Art. 22, § 1, a), dans sa version modifiée par le règlement (CE) n° 631/2004 du Parlement européen et du Conseil, du 31 mars 2004, modifiant le règlement (CEE) n° 1408/71 du Conseil relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté, et le règlement (CEE) n° 574/72 du Conseil fixant les modalités d'application du règlement (CEE) n° 1408/71, en ce qui concerne l'alignement des droits et la simplification des procédures, *J.O.U.E.*, L 100, 2004, p. 1.

(17) Le formulaire E112 doit en effet être complété selon la formule suivante : « La personne désignée ... est autorisée à conserver le bénéfice des prestations en nature de l'assurance maladie-maternité ... en [pays], où elle se rend ... pour y recevoir des soins auprès de [établissement] ».

(18) Le formulaire autorise de même un transfert rendu médicalement nécessaire auprès d'un autre établissement de nature similaire.

(19) Art. 20 du nouveau règlement ; sur ce point, le législateur européen a pris acte de la jurisprudence Geraets-Smits (voy. *infra*, titre 2.2.2.).

Ce patient est assimilé à un patient affilié dans l'Etat de séjour. Il a accès à tous les soins offerts aux assurés sociaux de cet Etat, dans les mêmes conditions, particulièrement quant à la prise en charge du coût de ces soins par la sécurité sociale. Il importe peu que, selon le régime d'assurance maladie de l'Etat d'accueil, ces soins soient dispensés gratuitement, ou que leur coût soit pris en charge par l'assurance maladie, immédiatement (mécanisme du « tiers payant ») ou a posteriori (remboursement des factures médicales sur présentation à l'organisme assureur). De la même manière, il doit supporter, le cas échéant, la quote-part du coût de ces soins laissée à la charge du patient (le « ticket modérateur »). Cette assimilation est complète, au sens où les droits du patient ne sont pas limités à la couverture maladie offerte par son organisme d'affiliation. En d'autres termes, il a accès aux soins fournis dans l'Etat d'accueil, indépendamment de la question de savoir si, et à quels tarifs, ces soins auraient été pris en charge dans son Etat d'affiliation.

L'Etat de séjour prend en charge le coût des soins délivrés, selon ses tarifs, comme si ces soins étaient prodigués à l'un de ses affiliés. L'institution prestataire est ensuite intégralement indemnisée par l'institution d'affiliation (article 36 du règlement n° 1408/71) (20). L'institution d'affiliation rembourse donc ces soins selon les tarifs de l'Etat d'accueil, quand bien même la prestation aurait donné lieu à une intervention financière moindre, voire à aucune intervention, si elle avait été délivrée dans l'Etat d'affiliation.

2.2. LA VOIE OUVERTE PAR LA JURISPRUDENCE (ARRET KOHLL) : LA LIBRE PRESTATION DES SERVICES

2.2.1. L'accès aux soins dans un autre Etat membre (arrêt Kohll)

Dans l'affaire Kohll, un ressortissant luxembourgeois souhaitait faire suivre à sa fille mineure un traitement orthodontique en Allemagne. La législation luxembourgeoise, en conformité avec l'article 22 du règlement n° 1408/71, subordonnait le remboursement des soins reçus dans un autre Etat à l'autorisation de l'organisme assureur du patient. La caisse de maladie de Mr Kohll lui avait refusé cette autorisation au motif que de tels soins dentaires pouvaient aisément être obtenus au Luxembourg. La conformité de cette législation aux règles communautaires relatives à la libre prestation des services (articles 49 et 50 TCE) a été questionnée devant la Cour de justice.

La Cour écarte la pertinence de l'article 22 pour régler le litige. Cet article permet en effet, sous le bénéfice d'une autorisation, le remboursement des soins obtenus à l'étranger, aux tarifs de l'Etat d'accueil. « En revanche, il ... n'a pas pour objet de régler et, dès lors, n'empêche nullement le remboursement par les Etats mem-

(20) Le remboursement s'effectue selon les modalités prévues par le règlement n° 574/72.

bres, aux tarifs en vigueur dans l'Etat compétent, des frais engagés à l'occasion de soins fournis dans un autre Etat membre, même en l'absence d'autorisation préalable » (21).

Elle décide que la réglementation luxembourgeoise, qui soumet à la délivrance d'une autorisation préalable le remboursement d'un traitement suivi à l'étranger, alors que cette condition n'est pas requise pour le remboursement des frais encourus dans l'Etat d'affiliation, constitue une entrave à la libre prestation des services interdite par l'article 49 TCE (22). Elle se tourne enfin vers les arguments invoqués par le gouvernement luxembourgeois pour défendre la procédure d'autorisation préalable. Elle écarte rapidement l'argument tiré du contrôle de la qualité des soins de santé, en rappelant que les conditions d'accès et d'exercice des professions médicales ont été harmonisées au niveau européen (23). Elle se montre plus réceptive aux motifs connexes fondés sur le maintien de l'équilibre budgétaire du régime de sécurité sociale et d'un service médical et hospitalier accessible à tous. En l'espèce cependant ces motifs sont peu convaincants car « le remboursement des soins dentaires prodigués dans d'autres Etats membres selon les tarifs de l'Etat d'affiliation n'aurait pas d'incidence significative sur le financement du système de sécurité sociale » (24), dans la mesure où les mêmes charges grèvent le budget de la sécurité sociale, que les soins soient délivrés sur le territoire national ou à l'étranger.

Il ressort de l'arrêt Kohll que le droit aux soins transfrontaliers ouvert par l'article 22 du règlement n° 1408/71 n'est que l'arbre qui cache la forêt des droits des patients dérivés de l'application des règles de la libre prestation des services dans le secteur des soins de santé. Auparavant, seuls les patients préalablement autorisés à se faire soigner à l'étranger voyaient leurs frais de traitement pris en charge – sur base du tarif de l'Etat de séjour. Désormais tous les patients qui choisissent de se faire soigner à l'étranger, sans solliciter d'autorisation, ont droit au remboursement de leurs soins – sur base du tarif de l'Etat d'affiliation.

2.2.2. L'accès aux soins hospitaliers (arrêt Geraets-Smits)

Dans les arrêts Geraets-Smits et Peerbooms (25) et Müller-Fauré et van Riet (26), la Cour a nuancé l'application des règles de la libre circulation des services aux prestations délivrées en milieu hospitalier. Elle estime que les soins hospitaliers, comme les soins ambulatoires, sont des services au sens du Traité, qui doivent pouvoir être prestés dans toute l'Europe sans entraves (27). Elle décide toutefois que l'institution

(21) Arrêt Kohll, pt. 27.

(22) *Ibid.*, pts. 33 à 35.

(23) *Ibid.*, pts. 43 et 47 à 49.

(24) *Ibid.*, pt. 42. Voy. également pts. 50 à 52.

(25) C.J.C.E., 12 juillet 2001, Geraets-Smits et Peerbooms, aff. C-157/99, *Rec.*, I, p. 5473.

(26) C.J.C.E., 13 mai 2003, Müller-Fauré et van Riet, aff. C-385/99, *Rec.*, I, p. 4509.

(27) Arrêt Geraets, pt. 53.

d'affiliation est fondée à subordonner le remboursement des traitements hospitaliers à l'obtention d'une autorisation préalable, cette mesure étant nécessaire et raisonnable pour maîtriser les coûts et préserver une accessibilité suffisante à une gamme équilibrée de soins hospitaliers de qualité. En effet « le nombre des infrastructures hospitalières, leur répartition géographique, leur aménagement et les équipements dont elles sont pourvues, ou encore la nature des services médicaux qu'elles sont à même d'offrir, doivent pouvoir faire l'objet d'une planification » (28).

Tout mécanisme d'autorisation préalable n'est pas nécessairement conforme au regard du droit européen. La procédure d'autorisation doit être aisément accessible, propre à garantir que la demande sera traitée dans un délai acceptable et offrir une possibilité de recours juridictionnel (29). L'autorisation doit être octroyée sur base de critères objectifs, non discriminatoires et proportionnés aux objectifs recherchés (30). Ainsi dans l'arrêt Leichtle (31), la Cour a jugé que les articles 49 et 50 TCE s'opposent à une législation allemande qui subordonne l'autorisation de suivre une cure thermale à l'étranger à la condition que la cure soit absolument indispensable « en raison des chances de réussite beaucoup plus élevées hors d'Allemagne », car il n'était pas démontré qu'une telle condition soit nécessaire pour sauvegarder l'équilibre financier de la sécurité sociale allemande.

Dans l'arrêt Geraets, la Cour a précisé que si l'autorisation est subordonnée à la condition qu'un traitement adéquat ne puisse être dispensé en temps opportun sur le territoire national, elle ne peut être refusée de ce chef que « lorsqu'un traitement identique ou présentant le même degré d'efficacité pour le patient peut être obtenu en temps opportun » (32), compte tenu de « l'ensemble des circonstances caractérisant chaque cas concret » (33) (la situation médicale de l'intéressé, ses antécédents mais aussi les répercussions sur son activité professionnelle).

2.2.3. L'accès à des soins qui ne sont pas couverts par le régime national d'assurance maladie

L'Etat d'affiliation ne doit prendre en charge que les prestations prévues dans sa législation nationale, aux tarifs de remboursement fixés. « Les assurés qui se rendent sans autorisation préalable dans un Etat membre autre que celui où est établie la caisse de maladie dont ils relèvent pour s'y faire soigner ne sauraient prétendre à la prise en charge des soins reçus que dans les limites de la couverture garantie par le régime d'assurance maladie de l'Etat d'affiliation » (34). Cette limite doit être approuvée en ce qu'elle constitue pour la caisse de maladie, confrontée à une mobilité accrue de ses patients, l'ultime moyen de contrôler les dépenses de santé.

(28) *Ibid.*, pts. 76 et s.

(29) *Ibid.*, pt. 90 et arrêt Müller, pt. 85.

(30) Arrêts Müller, pt. 68 et Leichtle, pt. 43.

(31) C.J.C.E., 18 mars 2004, Leichtle, aff. C-8/02, *Rec.*, non encore publié, pts. 41 à 48.

(32) Arrêt Geraets, pt. 103.

(33) *Ibid.*, pt. 104 et arrêt Müller, pt. 90.

(34) Arrêt Müller, pt. 106.

Il appartient dès lors à chaque Etat membre de déterminer l'étendue de la couverture maladie dont bénéficient ses assurés (35) - par exemple en établissant des listes limitatives de prestations remboursables ou en fixant des plafonds à ces remboursements. L'Etat ne saurait être contraint par le droit communautaire à étendre la liste des prestations médicales qu'il prend en charge (36), ceci peu importe qu'un traitement soit ou non couvert par les régimes de sécurité sociale d'autres Etats membres. Ce faisant, il doit néanmoins respecter le droit communautaire (37); ainsi, ces listes de traitements doivent être établies selon des critères objectifs et non discriminatoires, sans référence au lieu de délivrance de la prestation.

2.3. LA COEXISTENCE DE DEUX PROCEDURES D'ACCES AUX SOINS PROGRAMMES

Depuis l'arrêt Kohll, deux procédures sont à la disposition des citoyens européens souhaitant recevoir des soins programmés dans un autre Etat membre que leur Etat d'affiliation (38). La voie traditionnelle est celle ouverte par le législateur communautaire à l'article 22 du règlement n° 1408/71. Le patient doit solliciter de son organisme d'affiliation l'autorisation de se faire soigner dans un autre Etat membre. Nanti de cette autorisation, il est traité dans l'Etat d'accueil comme s'il y était affilié. Le coût des soins reçus est pris en charge par cet Etat, selon ses propres tarifs. L'Etat de séjour obtient ensuite le remboursement intégral de ses frais auprès de l'Etat d'affiliation. Cette voie est la plus confortable pour le patient, qui voit ses frais de traitement directement pris en charge, au lieu de devoir s'engager dans une procédure incertaine pour en obtenir le remboursement a posteriori.

Dans son arrêt Kohll, la Cour de justice a ouvert une nouvelle voie d'accès aux soins à l'étranger, fondée sur les articles 49 et 50 TCE qui consacrent la libre prestation des services. Tirant avantage de cette liberté, le patient peut obtenir, dans son Etat d'affiliation, le remboursement du coût des soins reçus à l'étranger, comme si ceux-ci avaient été prodigués sur le territoire national (39). Il doit respecter les conditions

(35) Arrêt Geraets, pt. 85. Voy. aussi C.J.C.E., 7 février 1984, Duphar, aff. C-238/82, *Rec.*, 1984, p. 523, pt. 17 et arrêt Leichtle, pt. 48.

(36) Arrêts Geraets, pt. 87 et Müller, pt. 98.

(37) Arrêt Geraets, pts. 88-90.

(38) *Cf.* le tableau comparatif en annexe. Voy. Y. Jorens, Impact de la jurisprudence la plus récente de la Cour européenne de justice sur l'influence des règles relatives au marché intérieur sur les systèmes nationaux de santé, plus spécialement les arrêts prononcés après décembre 2001 : les cas Müller-Fauré-van Riet, Inizan et Leichtle, *R.B.S.S.*, 2004, p. 383 et A.-C. Simon, La mobilité des patients en droit européen, *in L'Europe et les soins de santé*, Bruxelles, Larcier, 2005.

(39) Dans les conditions et limites définies supra. En d'autres termes, selon Y. Jorens, M. Coucheir et F. Van Overmeiren, *Access to Health Care in an Internal Market: Impact for Statutory and Complementary Systems. Background Report to the International Conference, Luxembourg, 8 April 2005*, Ghent University, Belgium, pp. 10-11 : « If a certain medical treatment is covered by the national health scheme of the Member State of affiliation, be it under certain conditions, the rules of this Member State should allow this same medical treatment, provided in another Member State under the same conditions, to be covered to the same extent (...) ».

et formalités auxquelles son Etat d'affiliation subordonne ce remboursement, telles que notamment l'exigence de consultation d'un médecin généraliste avant de consulter un médecin spécialiste. Cette voie est légèrement moins confortable pour le patient, dans la mesure où il doit avancer tous les frais de traitement, avant de tenter d'en obtenir le remboursement auprès de son organisme d'affiliation. Elle lui permet cependant de se dispenser d'une formalité contraignante, qui se voit rarement accueillie favorablement.

2.4. LES TARIFS DE REMBOURSEMENT ET LE DROIT A UN REMBOURSEMENT COMPLÉMENTAIRE

Un patient qui reçoit des soins programmés dans un autre Etat membre que son Etat d'affiliation voit ses frais de traitement pris en charge :

- soit, sur la base de l'article 22 du règlement n° 1408/71, aux tarifs de l'Etat de séjour ;
- soit, sur la base de l'article 49 TCE (voie Kohll), aux tarifs de l'Etat d'affiliation.

En choisissant sur cette base l'une de ces voies d'accès, ce patient obtiendra le meilleur de ces deux tarifs de remboursement. Dans le cas où les tarifs de l'Etat d'accueil sont inférieurs aux tarifs de l'Etat d'affiliation, le patient a intérêt à suivre la procédure Kohll. À l'inverse, dans le cas où les tarifs de l'Etat d'accueil sont supérieurs aux tarifs de l'Etat d'affiliation, il a intérêt à obtenir l'autorisation préalable de sa mutuelle sur la base de l'article 22.

Cela dit, depuis l'arrêt Vanbraekel (40), dans certaines circonstances, un remboursement complémentaire doit être octroyé au patient. Dans cette affaire, une ressortissante belge avait (finalement) été autorisée par sa mutuelle à recevoir des soins hospitaliers en France. Elle était donc en droit d'obtenir le remboursement de ses dépenses médicales, calculé selon les tarifs de l'Etat d'accueil - la France. Elle contestait cependant ce montant, dans la mesure où l'application des tarifs de l'Etat d'affiliation - la Belgique - conduisait à un remboursement plus élevé. La Cour décide que « le fait pour un assuré social de bénéficier d'un niveau de couverture moins avantageux lorsqu'il reçoit un traitement hospitalier dispensé dans un autre Etat membre que lorsqu'il subit le même traitement dans l'Etat membre d'affiliation ... constitue ... un obstacle à la libre prestation des services » (41). Une telle restriction est prohibée par l'article 49 TCE. Elle ne peut être justifiée par la nécessité de préserver l'équilibre financier du système d'assurance maladie car un remboursement calculé selon ses propres tarifs n'implique, par hypothèse, aucune charge supplémentaire pour ce système (42). Un remboursement complémentaire correspondant

(40) C.J.C.E., 12 juillet 2001, Vanbraekel, aff. C-368/98, *Rec.*, I, p. 5363 ; pour le détail des faits, voy. *infra*, titre 3.3.

(41) *Ibid.*, pt. 45.

(42) *Ibid.*, pts. 50-52.

à la différence entre le tarif de remboursement moins élevé de l'Etat de séjour et le tarif plus favorable prévu par l'Etat d'affiliation doit dès lors être accordé à l'assuré social.

L'octroi d'un remboursement complémentaire favorise la mobilité des patients, qui sont assurés d'obtenir, pour des soins délivrés à l'étranger, au moins le remboursement auquel ils auraient eu droit, pour des soins reçus sur le territoire national. Dans le cas où le traitement reçu à l'étranger est moins coûteux que le traitement équivalent proposé sur le territoire national, le patient encourt donc des dépenses médicales moindres. Ce « gain » en frais médicaux compense dans une certaine mesure les frais supplémentaires générés par le déplacement (frais du voyage et du séjour sur place).

En l'état actuel de la jurisprudence, l'assuré social autorisé par son organisme d'affiliation à se faire soigner à l'étranger sur base de l'article 22 du règlement n° 1408/71 a le droit de bénéficier du meilleur tarif de remboursement possible, soit celui de l'État d'accueil, soit, par le versement d'un complément différentiel, celui de l'Etat d'affiliation. Par contre, l'assuré qui obtient des soins à l'étranger au titre de la libre prestation des services n'est remboursé qu'à concurrence du tarif de l'Etat d'affiliation, quand bien même le tarif de l'Etat prestataire serait plus élevé. L'article 22 du règlement n° 1408/71 conserve dès lors tout son intérêt pour l'assuré qui souhaite obtenir à l'étranger un traitement mieux pris en charge que dans son Etat d'affiliation.

3. LA VOIE TRADITIONNELLE A LA LUMIERE DE L'ARRÊT KELLER

L'arrêt Keller (43) de la Cour de justice met en lumière le partage des responsabilités entre l'Etat d'affiliation et l'Etat d'accueil, et précise les droits du patient, dans le cadre du régime d'accès aux soins ouvert par l'article 22 du règlement n° 1408/71.

3.1. LES FAITS

De nationalité allemande, madame Keller résidait en Espagne et était affiliée au régime général de la sécurité sociale espagnole (Insalud). En vue d'un séjour en Allemagne, elle a obtenu de l'Insalud un formulaire E111, couvrant une période d'un mois. Au cours de ce séjour, une tumeur maligne, susceptible d'entraîner à tout moment son décès, a été diagnostiquée. Afin de pouvoir poursuivre son traitement en Allemagne, à l'expiration de la période de validité du formulaire E111, madame Keller a sollicité et obtenu de l'Insalud un formulaire E112. Les médecins allemands ont décidé de transférer madame Keller à la clinique universitaire de Zurich en

(43) C.J.C.E., 12 avril 2005, Keller, aff. C-145/03, *Rec.*, non encore publié.

Suisse (pays non membre de l'Union européenne (44)), car seule cette clinique possédait un niveau d'expertise suffisant pour pratiquer avec succès l'opération dont madame Keller avait besoin. Le traitement a eu des résultats satisfaisants. Madame Keller a acquitté elle-même le coût des soins reçus à Zurich, puis a introduit une demande de remboursement auprès de l'Insalud. Cette demande a été rejetée, au motif principal que madame Keller n'avait pas sollicité d'autorisation préalable avant de se faire soigner en Suisse. Madame Keller a introduit un recours contre cette décision. La juridiction nationale a demandé à la Cour de justice une interprétation du règlement n° 1408/71, quant à la portée des formulaires E111 et E112, et quant à la possibilité d'un remboursement des frais liés à des soins hospitaliers reçus dans un pays tiers.

3.2. LA DECISION DE LA COUR

3.2.1. Valeur contraignante des formulaires E111 et E112

Une question préliminaire se pose : dans la mesure où madame Keller a bénéficié d'abord d'un formulaire E111, puis d'un formulaire E112, faut-il envisager la prise en charge des soins dans le cadre du régime des soins inopinés (article 22, § 1, a) ou dans le cadre du régime des soins programmés (article 22, § 1, c) ? Il faut noter que la délivrance d'un formulaire E112 n'était pas requise. Ce formulaire est en général octroyé au patient qui envisage un traitement à l'étranger, suite à un diagnostic posé dans son Etat d'affiliation. En l'espèce, par contre, madame Keller se trouvait déjà en Allemagne lorsque le diagnostic a été posé. Son formulaire E111 lui fournissait une base suffisante pour se faire soigner dans cet Etat. À l'expiration de la période de validité de ce formulaire, elle aurait pu simplement en demander une prorogation. Cette démarche lui aurait même été évitée si ce formulaire avait été délivré dès le départ pour une période assez longue. Sans doute madame Keller et l'Insalud ont-ils considéré, mais à tort, qu'un formulaire E112 spécifique s'imposait en vue de recevoir un traitement défini, dans un Etat déterminé. L'avocat général estime que la détermination du formulaire est inutile en l'occurrence, « étant donné que les deux formulaires remplissent la même fonction dans des situations différentes et qu'ils établissent le droit aux mêmes prestations en nature » (45). La Cour adopte vraisemblablement cette analyse, puisqu'elle ne distingue pas non plus ces deux régimes.

La Cour considère la question de savoir si, et dans quelle mesure, l'institution d'affiliation qui a délivré un formulaire E111/E112 est liée par le diagnostic et le choix thérapeutique des médecins de l'Etat d'accueil. Pour y répondre, elle se reporte à l'objectif poursuivi par l'article 22 du règlement n° 1408/71, qui est de « faciliter la libre circulation des assurés sociaux et, dans la même mesure, la prestation de services médicaux transfrontaliers entre les Etats membres » (46). Elle estime que la réali-

(44) À cette époque, la Suisse n'était pas liée par les règlements de coordination de la sécurité sociale. Depuis, un Accord entre la Communauté européenne et ses Etats membres, d'une part, et la Confédération suisse, d'autre part, sur la libre circulation des personnes (*J.O.*, L 114, 2002, p. 6) est entré en vigueur, le 1er juin 2002.

(45) Conclusions de l'avocat général Geelhoed, présentées le 13 janvier 2005, dans l'aff. C-145/03, Keller, pt. 14.

(46) Arrêt Keller, pts. 46 à 49.

sation de cet objectif implique un partage de responsabilités entre l'Etat d'affiliation et l'Etat de séjour : il revient au premier d'autoriser son affilié à se faire soigner à l'étranger, tandis qu'il appartient au second de servir ces prestations, selon sa propre législation, comme si le patient était l'un de ses affiliés.

La Cour en déduit que l'institution compétente qui a consenti, en délivrant un formulaire E111/E112, à ce que l'un de ses affiliés reçoive des soins dans un autre Etat, s'en remet aux médecins agréés par cet Etat, et est liée par leur diagnostic, en ce compris quant à la nécessité de soins urgents à caractère vital (47). Eu égard aux mesures communautaires relatives à la reconnaissance mutuelle des diplômes, ces médecins doivent être considérés comme offrant des garanties professionnelles équivalentes à celles des médecins établis sur le territoire national. De plus, poursuit la Cour, l'institution d'affiliation est liée par l'option thérapeutique arrêtée par les médecins de l'Etat d'accueil, y compris lorsque cette option consiste à transférer l'intéressé dans un autre Etat, même en dehors de l'Union européenne, afin que lui soit prodigué le traitement urgent nécessité par sa pathologie (48). Cette décision ne doit pas être soumise à l'approbation de l'institution compétente ; cette dernière ne peut pas non plus exiger de l'intéressé qu'il retourne dans l'Etat compétent aux fins de s'y soumettre à un contrôle médical.

3.2.2. Etendue des droits ouverts au patient

La Cour se prononce enfin sur l'étendue des droits ouverts au patient, bénéficiaire d'un formulaire E111/E112, quant aux soins disponibles et aux modalités de prise en charge du coût de ceux-ci. Il s'agit d'interpréter l'article 22, § 1, i), du règlement n° 1408/71, qui stipule que le patient en possession d'un formulaire E111/E112 doit être traité dans l'Etat de séjour comme s'il y était affilié (49).

Quant aux soins disponibles, la Cour affirme que ce patient a accès au même paquet de soins que les affiliés de l'Etat de séjour, en ce compris si ce paquet comprend des soins délivrés dans un Etat tiers (50). En l'occurrence, il est démontré que, selon la législation allemande, une personne affiliée en Allemagne, placée dans la même situation que madame Keller, aurait eu droit à la prise en charge intégrale des soins reçus en Suisse (51); madame Keller a donc droit au remboursement de ses dépenses médicales. La Cour paraît limiter le droit à la prise en charge des soins reçus à l'étranger aux « soins figurant parmi les prestations prévues par la législation de l'Etat membre compétent » (52), c'est-à-dire aux soins inclus dans le paquet de soins de

(47) *Ibid.*, pts. 50 à 53.

(48) *Ibid.*, pts. 54 à 58.

(49) Voy. *supra*, titre 2.1.3., où il a été exposé que cet article implique que le patient nanti d'un formulaire E111/E112 a droit au paquet de soins de l'Etat d'accueil, indépendamment du paquet de soins de l'Etat d'affiliation.

(50) Arrêt Keller, pt. 68.

(51) *Ibid.*, pt. 60.

(52) *Ibid.*, pts. 67 et 69.

l'Etat d'affiliation. Cette précision ne se comprend que comme un élément surabondant, mais non décisif. Dans les faits de la cause, en effet, les soins reçus par madame Keller en Suisse auraient effectivement pu être pris en charge par l'institution de sécurité sociale espagnole au titre de la législation espagnole. Cela dit, l'article 22 ne pose pas une telle condition au remboursement des soins (53). Au contraire même, l'Etat compétent ne pourrait se prévaloir du fait que les soins reçus à l'étranger par son affilié couvert par un formulaire E111/E112 ne sont pas inclus dans son propre paquet de soins pour refuser de les indemniser.

Quant aux modalités de prise en charge du coût des soins, la Cour rappelle que l'Etat membre de séjour doit assumer ces frais, comme il le ferait pour l'un de ses affiliés, puis en obtenir le remboursement auprès de l'institution compétente (54). Ainsi en l'espèce, l'administration allemande aurait dû prendre en charge le coût des soins reçus en Suisse par madame Keller, pour ensuite se faire rembourser par l'administration espagnole (55).

3.2.3. Commentaire

S'il est de prime abord surprenant que l'Espagne doive payer les frais d'un traitement de pointe reçu en Suisse par son affiliée, dans les circonstances de la cause, cette obligation mise à sa charge se comprend. La cohérence du régime instauré par l'article 22 du règlement n° 1408/71 implique que le patient autorisé par son Etat d'affiliation à se faire soigner à l'étranger soit entièrement intégré dans le système de soins de l'Etat d'accueil. L'article 22, § 1, i), stipule que ce « patient autorisé » doit être assimilé à un patient affilié dans l'Etat de séjour. Dans l'arrêt Keller, la Cour tire les conséquences logiques de cette assimilation. Le diagnostic relève de la compétence du médecin consulté dans l'Etat d'accueil ; imaginerait-on d'ailleurs que ce médecin soit lié par un diagnostic posé dans l'Etat d'affiliation, alors qu'il pourrait en poser un meilleur, grâce à des éléments nouveaux ou des techniques plus perfectionnées ? Il en est de même pour le choix thérapeutique. Le médecin doit conseiller le « patient autorisé » comme il conseillerait tout patient affilié dans son Etat, en tenant compte du paquet de soins (tel traitement couvert, à tel tarif) disponible pour les affiliés. Ce point est remarquablement mis en lumière dans l'arrêt Keller, qui concernait un traitement fort coûteux, reçu hors de l'Union européenne, mais totalement couvert par l'assurance maladie allemande. Dans la mesure où un patient affilié en Allemagne aurait eu droit à une prise en charge complète de ce traitement en Suisse, il devait en être de même pour madame Keller.

(53) En ce sens, voy. Fr. Kessler, Frais de soins d'urgence : priorité des règles sur la libre prestation de services, *Dr. soc.*, 2002, p. 650, pt. 5.

(54) *Ibid.*, pt. 66.

(55) Sur le droit à l'indemnisation de madame Keller, voy. le titre suivant sur la procédure de rattrapage.

Il faut approuver l'arrêt Keller, en ce qu'il consacre le droit de madame Keller à obtenir le remboursement de ses dépenses médicales. Toutefois, le raisonnement développé par la Cour n'est pas entièrement convaincant sur le plan technique. La Cour a étudié la question de savoir si la prise en charge des soins devait s'envisager dans le cadre du régime des soins inopinés ou dans le cadre du régime des soins programmés. Suivant en cela la suggestion de son avocat général (56), elle a examiné cette question principalement sous l'angle du formulaire E112, c'est-à-dire dans le cadre d'une autorisation délivrée par l'Etat compétent, qui confie son affilié à l'Etat d'accueil. Dans le même temps, elle rappelle que les soins prodigués sont urgents, envisageant donc la question également sous l'angle du formulaire E111. Il importe de distinguer ces deux régimes, qui couvrent des situations différentes. Dans les deux cas, il est vrai, le patient en possession d'un document d'ouverture de droit est assimilé à un patient affilié dans l'Etat de séjour, et a accès au paquet de soins de cet Etat. La prise en charge des soins procède cependant d'une conception différente de la mobilité des patients; les justifications données s'en ressentent.

Le régime des soins programmés repose sur un partage de responsabilités strict entre l'Etat d'affiliation et l'Etat d'accueil. L'Etat compétent autorise son affilié à se rendre à l'étranger dans le but d'y suivre un traitement médical déterminé. Cette autorisation s'analyse comme un mandat adressé à l'Etat d'accueil de fournir au patient le traitement spécifié dans le formulaire E112. L'institution de séjour est liée par ce mandat. Dans le cadre de sa mission, toutefois, il lui appartient de déterminer le traitement le plus approprié à l'état de santé du patient, conformément à sa législation nationale. Etant la mieux placée pour apprécier les capacités de soins nationales, elle pourrait juger nécessaire le transfert du patient dans un autre établissement que celui initialement prévu. Par ailleurs, bien sûr, un mandat limité s'effacerait devant l'impérieuse nécessité de soins urgents à caractère vital. En autorisant son affilié à se faire soigner dans un autre Etat, l'Etat compétent s'en remet entièrement aux médecins de l'Etat d'accueil quant au choix du traitement ; il doit reconnaître et accepter leurs décisions. Il ne saurait ainsi exiger du patient qu'il retourne dans l'Etat compétent aux fins de se soumettre à un contrôle médical.

Le régime des soins inopinés impose à chaque Etat de fournir à toute personne affiliée au régime d'assurance maladie d'un Etat membre le traitement d'urgence dont elle pourrait avoir besoin au cours d'un séjour sur son territoire. Les médecins de l'Etat d'accueil prescrivent librement ce traitement ; ils sont en effet les mieux placés pour apprécier l'état de santé de l'intéressé et les soins immédiatement requis. Dans ce cadre, il leur est loisible de transférer l'intéressé dans un autre établissement, si son état le requiert. En raison précisément de l'urgence, il ne saurait être question de solliciter l'approbation préalable de l'Etat d'affiliation ou de soumettre le patient à son contrôle médical.

(56) Conclusions, pt. 14.

3.3. LA PROCEDURE DE RATTRAPAGE, DANS LE REGIME DES SOINS PROGRAMMES

Dans le régime des soins programmés (article 22, § 1, c), le patient autorisé par son organisme d'affiliation à se faire soigner à l'étranger voit ses frais de traitement pris en charge par l'Etat de séjour, à charge de l'Etat d'affiliation. Si, au contraire, il n'a pas sollicité l'autorisation de recevoir ce traitement, il doit le payer entièrement. Il lui est impossible d'en obtenir ensuite le remboursement auprès de son organisme assureur, quand bien même se trouvait-il dans les conditions pour se voir accorder un formulaire E112. Contrairement à l'oubli/la non-présentation d'un formulaire E111/d'une CEAM (57), il n'y a pas de procédure de rattrapage pour remédier à l'oubli d'un formulaire E112 (58). Le cas échéant, s'agissant de soins ambulatoires, mais non de soins hospitaliers, un remboursement pourrait être obtenu par la voie Kohll.

Dans l'arrêt Keller, la Cour semble établir une procédure de rattrapage pour compléter la voie ouverte par l'article 22, § 1, c), en déclarant qu' « *il incombe à l'institution compétente de rembourser directement à ladite personne ou à ses ayants droit le coût de ces soins de manière à garantir un niveau de prise en charge équivalent à celui dont cette personne aurait bénéficié si les dispositions de l'article 22, paragraphe 1, sous a), i), et c), i), du règlement n° 1408/71 avaient été appliquées* » (59). Qu'en est-il exactement ? L'enseignement de la Cour ne peut être dissocié des faits de la cause. Il faut rappeler que, dans cette affaire, madame Keller avait obtenu de son institution d'affiliation espagnole d'abord un formulaire E111 couvrant son voyage en Allemagne, puis un formulaire E112 afin de pouvoir continuer à s'y faire soigner. Nonobstant ces formulaires, transférée en Suisse sur décision des médecins allemands, madame Keller a acquitté elle-même les frais de son traitement dans ce pays. Dans la logique du régime d'autorisation (60), l'administration allemande aurait cependant dû prendre ces frais en charge (comme elle l'aurait fait pour ses propres affiliés), avant de les répercuter sur l'administration espagnole. En contradiction aux règles européennes de coordination des régimes de sécurité sociale, l'Etat de séjour a méconnu les droits du patient manifestés par le formulaire E111/E112 délivré par son Etat d'affiliation.

Sur cette question, l'arrêt Keller doit être rapproché de l'arrêt Vanbraekel. Dans cette affaire, madame Vanbraekel, ressortissante belge, avait sollicité l'autorisation de sa mutuelle pour subir une intervention chirurgicale en France. Sa demande ayant été rejetée, elle a néanmoins suivi ce traitement à ses propres frais. Elle a

(57) Voy. supra, le titre 2.1.1., sur l'art. 34 du règlement n° 574/72.

(58) Voy. cependant l'art. 22, §§ 1 et 3, du règlement n° 574/72, qui prévoit que « l'attestation peut être délivrée après le départ et à la demande de l'intéressé, lorsqu'elle n'a pu être établie antérieurement pour des raisons de force majeure ».

(59) Arrêt Keller, pt. 69, qui renvoie à l'arrêt Vanbraekel, pt. 34. C'est nous qui soulignons. Ce droit au remboursement direct auprès de l'organisme d'affiliation semble également résulter de l'arrêt de la C.J.C.E., 25 février 2003, Idryma Koinonikon Asfaliseon (IKA) et Vasileios Ioannidis, aff. C-326/00, *Rec.*, I, p. 1703, pt. 61, rendu à propos de circonstances semblables, dans le cadre du régime d'accès aux soins ouvert pour les titulaires de pensions ou de rentes par l'art. 31 du règlement n° 1408/71.

(60) Voy. supra, titre 2.1.3.

ensuite introduit une action en justice, en vue d'être remboursée. Sur son recours, la juridiction nationale a déclaré le refus d'autorisation non fondé. Saisie d'une question préjudicielle, la Cour de justice a déclaré que lorsqu'une autorisation sollicitée sur la base de l'article 22 du règlement n° 1408/71 est indûment refusée, « *cet assuré est en droit d'obtenir directement à charge de l'institution compétente le remboursement d'un montant équivalent à celui qui aurait normalement été pris en charge si l'autorisation avait été dûment délivrée dès l'origine* » (61).

Dans ces deux arrêts, la Cour décide que le patient a droit au remboursement de ses dépenses médicales. Sur ce point, il faut l'approuver. Le patient a en effet été victime d'une erreur de l'administration, de l'Etat d'affiliation (Vanbraekel) ou de l'Etat d'accueil (Keller). Sans cette erreur, ce patient aurait vu ses frais de traitement directement pris en charge par l'Etat de séjour, pour le compte de l'Etat d'affiliation. À tout le moins doit-il pouvoir en obtenir le remboursement. La question se pose cependant de savoir auprès de qui, de l'Etat d'accueil ou de l'Etat d'affiliation, ce remboursement peut être réclamé. La Cour décide que le patient peut s'adresser directement à son institution d'affiliation. Cette solution est commode pour le patient ; il peut traiter directement avec sa mutuelle habituelle (qui supportera de toute façon in fine le coût de ces prestations), plutôt que de devoir entreprendre des démarches dans l'Etat de séjour. Dans la logique du régime instauré par l'article 22, cependant, il aurait été plus cohérent d'imposer au patient d'introduire sa demande d'indemnisation auprès de l'Etat de séjour. Cette démarche serait utile pour déterminer le montant du remboursement, car l'Etat d'affiliation ne connaît pas nécessairement les tarifs de l'Etat d'accueil à concurrence desquels il doit indemniser son affilié. De plus, lorsque l'absence de prise en charge des soins résulte précisément d'une erreur de l'Etat d'accueil, il conviendrait de mettre cet Etat en cause. En précisant que l'Etat de séjour peut être pénalisé pour son incurie (62), la Cour écarte heureusement le risque que cet Etat ne se montre systématiquement réticent à prendre en charge les soins donnés sur son territoire à un patient couvert par un formulaire délivré par un autre Etat membre. Attentive à faciliter l'exercice des droits du patient, la Cour rappelle que l'Etat d'affiliation et l'Etat d'accueil se doivent de coopérer dans ce but (63).

Il résulte de ces arrêts que le patient à qui l'organisme assureur a indûment refusé un formulaire E112 (Vanbraekel), ou dont le formulaire n'a pas été pris en compte par l'Etat de séjour (Keller), peut réclamer directement le remboursement de ses dépenses médicales à son institution d'affiliation. On ne peut conclure de ces arrêts que la Cour a instauré une procédure de rattrapage pour pallier à l'oubli du formulaire E112, au-delà des circonstances particulières de ces affaires. C'est d'autant plus vrai que, dans l'arrêt Keller, le droit au remboursement direct octroyé à madame

(61) C.J.C.E., 12 juillet 2001, Vanbraekel, aff. C-368/98, *Rec.*, I, p. 5363, pt. 34. C'est nous qui soulignons.

(62) *Ibid.*, pt. 61.

(63) Arrêt IKA, pts. 50-52.

Keller pourrait s'expliquer d'une autre manière : puisque madame Keller aurait pu être soignée sous couvert de son formulaire E111, et que d'ailleurs la Cour ne distingue pas en vertu de quel régime ses soins doivent être pris en charge, il se peut que la Cour ait simplement estimé qu'en l'occurrence madame Keller devait pouvoir bénéficier de la procédure de rattrapage prévue pour remédier à la non-présentation du formulaire E111 (article 34 du règlement n° 574/72). Aucune procédure de rattrapage n'est donc ouverte au patient qui a omis de solliciter un formulaire E112 avant de se faire soigner à l'étranger. Il s'agit d'une lacune, à laquelle le législateur européen devrait remédier. Une telle procédure ouvrirait généralement une voie de recours au patient qui a omis de solliciter une autorisation préalable; elle fournirait également une base juridique certaine pour faire droit à des demandes de remboursement présentées dans des circonstances plus particulières, telles que celles en cause dans les arrêts Vanbraekel et Keller.

3.4. LES LIMITES DU DROIT A UN REMBOURSEMENT COMPLEMENTAIRE

Comme il a été exposé (64), le patient qui emprunte la voie de l'article 22 pour obtenir des soins à l'étranger a droit à la prise en charge de ces soins, aux tarifs de l'Etat d'accueil. Depuis l'arrêt Vanbraekel, il peut en sus réclamer un remboursement complémentaire, quand ces tarifs sont inférieurs à ceux de son Etat d'affiliation. Les limites de ce droit au remboursement complémentaire sont peu claires. Des faits en cause dans l'affaire Vanbraekel, il est établi que ce complément différentiel doit être accordé au patient qui reçoit des soins hospitaliers à l'étranger, dans le cadre du régime des soins programmés (article 22, § 1, c - formulaire E112). Par identité de motifs, ce droit devrait également être accordé au patient autorisé par son organisme assureur à recevoir des soins ambulatoires à l'étranger (65). Comme le patient hospitalier, le patient ambulatoire serait en effet découragé de s'adresser à un prestataire étranger si ces soins devaient lui être moins bien remboursés que les soins reçus sur le territoire national. Force est d'ailleurs de constater que s'il empruntait la voie Kohll, ce patient aurait droit au remboursement calculé selon les tarifs de l'Etat d'affiliation.

Qu'en est-il par contre du patient, en possession d'une CEAM, qui reçoit des soins d'urgence au cours d'un séjour à l'étranger ? En vertu de l'article 22, § 1, a), il a droit à la prise en charge des soins selon les tarifs de l'Etat de séjour ; peut-il, le cas échéant, réclamer un remboursement complémentaire sur la base de l'article 49 TCE ? Dans l'arrêt Keller, la Cour semble accrédi-ter la thèse que les mêmes droits sont ouverts au patient, qu'il soit nanti d'un formulaire E111/d'une CEAM ou d'un formulaire E112. Le droit au remboursement complémentaire n'était cependant pas en cause puisque, selon les tarifs de l'Etat d'accueil, madame Keller avait droit au remboursement intégral de ses dépenses médicales. Cette question doit être envi-

(64) Voy. supra, titre 2.4.

(65) Voy. en ce sens Fr. Kessler et J.-Ph. Lhernould, L'impact sur le droit de la protection sociale de la jurisprudence de la CJCE relative à la libre prestation des services, *Dr. soc.*, 2002, p. 755, n° 19.

sagée dans un cadre plus large. Le « touriste » qui a besoin de soins d'urgence au cours d'un séjour à l'étranger bénéficie du régime ouvert par l'article 22, § 1, a), du règlement n° 1408/71; abdique-t-il pour autant les droits subjectifs qu'il tire du Traité ? Ce « touriste » ne serait-il pas découragé de recourir aux prestataires étrangers si ces soins devaient lui être moins bien remboursés que des soins reçus dans son Etat d'affiliation ? Si c'est le cas, et à moins qu'une telle entrave ne soit justifiée, un remboursement complémentaire devrait lui être accordé.

4. CONCLUSION

Les systèmes de soins de santé sont organisés sur une base nationale, pas européenne. Grâce au progrès de l'intégration communautaire, cependant, un patient affilié au régime d'assurance maladie d'un Etat membre bénéficie d'un certain accès aux soins prodigués dans d'autres Etats membres. Il peut en effet obtenir de son organisme d'affiliation la prise en charge du coût de ces soins, dans des circonstances particulières, sur la base de l'article 22 du règlement n° 1408/71 ou des règles de la libre prestation des services. Ces deux voies d'accès aux soins à l'étranger sont imbriquées, au détriment de la sécurité juridique des patients. Particulièrement, la voie Kohll, développée par la jurisprudence, est peu connue du patient, voire des administrations nationales, d'autant plus que d'importantes incertitudes subsistent à son propos. Par ailleurs, cette double procédure alourdit la gestion administrative du remboursement des soins transfrontaliers. Il serait dès lors souhaitable que le législateur européen entreprenne une révision du cadre légal réglementant l'accès aux soins à l'étranger, dans le sens d'une meilleure coordination de ces deux voies.

Le récent arrêt Keller de la Cour de justice ne constitue pas une avancée révolutionnaire en matière de libre circulation des patients, mais plutôt une clarification des droits ouverts à ceux-ci, dans le cadre du règlement n° 1408/71. Le patient qui emprunte la voie du règlement n° 1408/71 doit être entièrement assimilé à un patient affilié dans l'Etat de séjour. La Cour en tire les conséquences qui s'imposent, quant à l'accès à des soins délivrés dans un Etat tiers. Des faits de la cause, il résulte que madame Keller peut réclamer à son institution d'affiliation le remboursement de soins de pointe reçus en Suisse. Il serait cependant erroné de conclure que l'arrêt Keller consacre un droit inconditionnel pour le patient d'obtenir de son Etat d'affiliation la prise en charge du coût de ses soins de santé, quel que soit le pays où ils sont délivrés.

Aujourd'hui, dans l'exercice de leurs compétences en matière de sécurité sociale et de soins de santé, les Etats doivent tenir compte des impératifs européens d'ouverture des marchés. Cette tension est particulièrement vive face à la mobilité des patients, pour lesquels des soins sont disponibles sur le territoire national, mais qui pourtant préfèrent se faire soigner à l'étranger. Il faut alors concilier l'intérêt particulier du patient à recevoir rapidement le meilleur traitement médical possible et l'intérêt de la collectivité à maintenir les dépenses de santé dans des limites budgétaires acceptables. Au-delà des situations particulières, se profile plus largement la question fondamentale de l'arbitrage à opérer entre la réalisation du marché intérieur et la préservation de la solidarité nationale à la base de la sécurité sociale.

ANNEXE : PRISE EN CHARGE DES SOINS DE SANTE REÇUS DANS UN AUTRE ETAT MEMBRE

	La voie traditionnelle, ouverte par le législateur communautaire	La voie nouvelle, ouverte par la CJCE (Kohll)
Prise en charge	Régime des soins inopinés	Soins programmés
Base légale	Règlement n° 1408/71 sur la coordination des régimes de sécurité sociale, art. 22 (prochainement remplacé par le Règlement n° 883/2004) Art. 22, § 1, a)	Traité CE, arts. 49 et 50, sur la libre prestation des services
Conditions	Document d'ouverture de droit délivré par l'institution d'affiliation Formulaire E111 / CFAM « Passeport médical » Autorisation accordée sur demande Conditions de délivrance Autorisation accordée restrictivement Autorisation doit être délivrée quand les deux conditions de l'art. 22, § 2, sont remplies : - paquet de soins de l'EA - pas de traitement disponible dans l'EA dans le délai normalement nécessaire (règle n° 883/2004 : délai acceptable sur le plan médical) Pas de procédure de rattrapage	Aucune autorisation, pas de document Respect des conditions et formalités prévues par la législation de l'EA pour l'obtention des soins (ex. exigence de consultation d'un généraliste avant de consulter un spécialiste)
Droit du patient soigné dans l'ES	Procédure de rattrapage: art 34 règlem 574/72 Art. 22, § 1, i). Droit d'être traité dans l'ES comme s'il était affilié dans cet Etat	Prise en charge des soins reçus dans un autre EM dans les mêmes conditions que dans son EA Patient assimilé à un patient soigné dans l'EA
Soins	Patient assimilé à un patient affilié dans l'ES Paquet de soins de l'ES, indépendamment du paquet de soins de l'EA Soins ambulatoires et hospitaliers Soins « nécessaires » Soins pour lesquels autorisation donnée	Paquet de soins de l'EA Seulement soins ambulatoires ; soins hospitaliers inaccessibles sans autorisation (Gerrets)
Charge des coûts	Coûts pris en charge par l'ES comme si patient affilié dans cet Etat, remboursement intégral de l'ES par l'EA (art. 36)	Coûts supportés par le patient, remboursement <i>a posteriori</i> par l'EA
Tarifs	Tarifs de l'Etat de séjour	Tarifs de l'Etat d'affiliation
Remboursement complémentaire	Remboursement complémentaire quand tarifs ES < tarifs EA ? Controversé Certain pour soins hospitaliers (Vanbraekel) Controversé pour soins ambulatoires	RC quand tarifs EA < tarifs ES ? Oui si restriction injustifiée à la libre prestation des services, non autrement

EM = Etat membre ; ES = Etat de séjour ; EA = Etat d'affiliation

TABLE DES MATIERES

L'ARRET KELLER DE LA COUR DE JUSTICE : UN NOUVEAU PAS VERS LA SUPPRESSION DES FRONTIERES POUR LES PATIENTS EN EUROPE ?

1. INTRODUCTION : LA MOBILITE DES PATIENTS DANS L'UNION EUROPEENNE	205
2. LES VOIES D'ACCES AUX SOINS DANS UN AUTRE ETAT MEMBRE	206
2.1. LA VOIE ADMINISTRATIVE TRADITIONNELLE : L'ARTICLE 22 DU REGLEMENT N° 1408/71	206
2.2. LA VOIE OUVERTE PAR LA JURISPRUDENCE (ARRET KOHLL) : LA LIBRE PRESTATION DES SERVICES	209
2.3. LA COEXISTENCE DE DEUX PROCEDURES D'ACCES AUX SOINS PROGRAMMES.	212
2.4. LES TARIFS DE REMBOURSEMENT ET LE DROIT A UN REMBOURSEMENT COMPLEMENTAIRE	213
3. LA VOIE TRADITIONNELLE A LA LUMIERE DE L'ARRET KELLER	214
3.1. LES FAITS	214
3.2. LA DECISION DE LA COUR	215
3.3. LA PROCEDURE DE RATTRAPAGE, DANS LE REGIME DES SOINS PROGRAMMES	219
3.4. LES LIMITES DU DROIT A UN REMBOURSEMENT COMPLEMENTAIRE	221
4. CONCLUSION	222
ANNEXE	223

LIMITES ET FONDEMENTS DE LA MOBILITE DES PATIENTS DANS L'UNION EUROPEENNE (1)

PAR **HANS VOLLAARD**

Doctorant et chargé de cours en politologie, Université de Leiden

1. INTRODUCTION

Bien que l'ampleur de la mobilité transfrontalière des patients au sein de l'Union européenne (UE) soit limitée, les médias et la scène politique s'en font largement l'écho. La prétendue pression exercée par des patients des Pays-Bas sur l'offre hospitalière flamande et celle exercée par des hivernants pensionnés sur le budget catalan réservé à la santé ont suscité bon nombre de commentaires. Les actuels systèmes de soins de santé seraient menacés en Europe pour les patients et les prestataires de soins par la libre circulation et le libre établissement. En effet, ces derniers constituent une entrave à la souveraineté territoriale et au contrôle exercé par les gouvernements des Etats membres de l'UE. Etant donné que les soins dispensés aux citoyens constituent une source importante de leur légitimité, les gouvernements se montrent réticents voire ouvertement réfractaires à l'idée d'une éventuelle atteinte à leurs systèmes de soins. Les ministres européens des soins de santé et la Commission européenne mènent actuellement des enquêtes visant à dégager les raisons, les causes et les conséquences de la mobilité transfrontalière des patients. La présente dissertation politologique présente un modèle explicatif, basé sur la littérature actuelle relative à la mobilité des patients, concernant la manière dont les raisons et les causes de la mobilité des patients doivent être associées aux conséquences pour l'organisation territoriale des systèmes de soins dans l'Union européenne. Les échanges de soins entre les Pays-Bas et la Belgique illustrent la situation en la matière. Par rapport aux actuelles approches principalement juridiques des soins de santé européens, une telle analyse politologique présente l'avantage d'accorder une importance plus marquée aux mécaniques et aux machinations des (structures de) pouvoirs.

2. ORGANISATION TERRITORIALE DES SYSTEMES DE SOINS

L'Union européenne renferme une grande variété de systèmes de soins développés à l'intérieur des frontières territoriales des Etats. Ces systèmes se sont progressivement étendus jusqu'à devenir une assurance maladie ou une prestation de soins

(1) Je remercie le Dr. Rita Baeten, le Drs. Margreet Nuus et le Prof. Dr. Margo Trappenburg pour leur commentaire au sujet d'une version antérieure du présent article. Je remercie par ailleurs les personnes de terrain interviewées dans le domaine des soins de santé aux Pays-Bas et en Flandre pour leur obligeance. L'auteur reste bien entendu responsable de toute erreur éventuelle.

quasi obligatoire pour tout un chacun. Les soins de santé constituent une part considérable des dépenses publiques, de la population active et du produit national brut. En 2002, 11,3 % de la population active des Pays-Bas, par exemple, travaillait dans le secteur des soins de santé et les soins recouvraient 9,1 % du PNB (CBS (Office central de la statistique aux Pays-Bas), 2003; OCDE Données sur la santé 2004). Chaque système est directement ou indirectement organisé par l'Etat. La différence se situe sur le plan de l'organisation, du financement et de la fourniture des soins. De manière globale, l'on distingue deux groupes 'd'Etats providence' (Moran, 1999; Parlement européen, 1998).

Le 'command-and-control healthcare state' se caractérise avant tout par une prestation de soins universelle répondant aux besoins en soins de base des citoyens. L'Etat possède, planifie et fournit ce type de prestation de soins et la finance par le biais des impôts. Le processus décisionnel politique en la matière se déroule à l'échelon national, régional et/ou local. Les citoyens peuvent bénéficier de soins supplémentaires auprès de prestataires de soins privés, dont les frais sont supportés par une assurance particulière ou par un paiement direct. Ce groupe de systèmes de soins est présent au Royaume-Uni et dans les pays scandinaves. L'Europe centrale et orientale pratiquent des versions incomplètes de ce type de système de soins : bien que la couverture universelle des soins nécessaires soit définie par la loi, les citoyens de ces zones font davantage confiance à des assurances et des prestataires de soins privés pour bénéficier de soins de qualité et en temps utile.

Dans un 'corporatist healthcare state', ce sont les institutions de droit public telles que les mutualités et les hôpitaux qui détiennent l'assurance maladie et la prestation de soins de santé. Les représentants de la profession médicale et les partenaires sociaux (employeurs et travailleurs) y sont dotés d'une voix importante. Financièrement, ce type de système repose en grande partie sur un système quasi universel d'assurance sociale à base de primes obligatoires établies en fonction des revenus. Les prestataires de soins et les assurances maladie négocient des conventions collectives portant sur les tarifs des soins. L'Etat est le régisseur de cet enchevêtrement corporatiste et n'intervient qu'en cas de troubles financiers. La France, la Belgique, l'Allemagne, l'Autriche et le Luxembourg appartiennent à ce groupe d'Etats providence. Les Pays-Bas ne s'intègrent pas entièrement dans ce groupe, étant donné que seuls deux tiers de la population sont concernés par ce système d'assurance publique. La partie restante dépend des assurances privées. Cette séparation entre l'assurance privée et l'assurance publique est basée sur les revenus. Chaque personne est néanmoins tenue de souscrire une assurance universelle obligatoire concernant les traitements médicaux de longue durée, non assurables et onéreux. Les Pays-Bas et l'Allemagne ont adopté un système en nature. En d'autres termes, les mutualités établissent des contrats avec des prestataires de soins et prennent à leur charge les soins dispensés à leurs clients. La Belgique et le Luxembourg, en revanche, utilisent un système de restitution, où les patients sont libres de choisir leur prestataire de soins. La mutualité rembourse ensuite les coûts du traitement, sur présentation de la note de frais.

Dans les Etats européens, les systèmes de soins nationaux ont été mis en place après le développement de la sécurité, de l'Etat de droit, de la culture nationale et de la démocratie. L'introduction d'une assurance maladie obligatoire et (quasi) universelle à l'intérieur des frontières territoriales de l'Etat a renforcé la loyauté interne entre les malades et les personnes en bonne santé, les travailleurs et les chômeurs, les plus âgés et les riches (Ferrera, 2004). Le contrat établi entre l'Etat et les citoyens pour la dispensation de soins ne concernait pas les non-ressortissants. Le principe de territorialité définissait l'affiliation des Etats providence (Leibfried et Pierson, 1995; Van der Mei, 2001; Cornelissen, 1996). Le droit aux soins et la consommation des soins étaient limités d'un point de vue territorial. Les droits et l'affiliation découlant d'autres systèmes de soins de santé n'étaient pas inclus sur le territoire de l'Etat providence. Seules les autorités de soins de l'Etat déterminaient les personnes pouvant devenir membres de l'Etat providence et les instances habilitées à dispenser des soins et à se constituer en assurance; un autre système de soins n'était pas autorisé à faire concurrence.

Diverses raisons justifient l'adoption du principe de territorialité dans l'organisation des Etats providence (Van der Mei, 2001 : 264-265). Premièrement, un contrôle territorial permet une protection plus aisée contre les maladies contagieuses et contre une diminution de la qualité. La libre circulation des patients et du personnel médical entraverait gravement la supervision exercée sur les formations de ce personnel ainsi que la prestation des soins. Une limitation territoriale de la consommation des soins empêche par ailleurs les patients de se payer, à l'étranger des traitements et des médicaments plus coûteux, une situation qui risquerait de perturber l'équilibre financier d'un système de soins de santé. En outre, le principe de territorialité permet de fournir une offre de soins bien réfléchi. Des fluctuations trop importantes de la demande de soins de la part des patients empêcheraient l'établissement d'un planning efficace de l'infrastructure de soins, ce qui déboucherait sur une surexploitation ou une sous-exploitation.

Tant une structure command-and-control que l'interdépendance corporatiste présentent une tendance à conclure des systèmes de soins, ce qui, avec l'organisation territoriale des systèmes de soins européens, influence le comportement des consommateurs de soins. Jusqu'à voici peu, les patients ne faisaient que rarement appel à des structures de soins à l'étranger. Ce n'est que lorsque l'offre d'équipement dans un pays de petite taille, comme le Luxembourg, était trop réduite et en cas d'insatisfaction considérable relative à la prestation de soins à domicile (Italie) qu'il a été question d'un échange transfrontalier de soins. En 1997, la consommation de soins transfrontaliers s'élevait à quelque 0,50 % des dépenses totales de soins (Palm et al., 2000).

Les ressortissants de l'UE accordent une importance considérable aux soins abordables, de qualité et dispensés en temps utile (Commission européenne, 1998). Le vieillissement de la population et les possibilités toujours plus avancées offertes par la technologie médicale (onéreuse), les traitements et les médicaments ont exercé,

en raison du nombre accru de patients chroniques, une pression financière sur les Etats providence. Des attentes plus élevées, une connaissance du domaine médical et l'assertivité des citoyens font accroître la demande de soins. Les citoyens se prononcent contre le démantèlement de leur système de soins et en faveur du principe de solidarité (Commission européenne, 1998). Tant dans les Etats command-and-control que dans les Etats providence corporatistes, les citoyens estiment qu'il est principalement du devoir de leur gouvernement national de fournir des soins de qualité. Etant donné qu'en raison de l'Union économique et monétaire, la plupart des gouvernements sont contraints à restreindre leurs budgets et, en raison de la concurrence internationale, à réduire la charge que représentent les cotisations et les taxes, ils se retrouvent confrontés à un sérieux défi financier. Les soins représentent un sujet épineux, certainement dans des pays confrontés à des listes d'attente dans le secteur des soins, tels que le Royaume-Uni et les Pays-Bas. Lors des élections de 2002 et de 2003, ils constituaient même la préoccupation principale de l'électeur néerlandais (Van Holsteyn, 2003 : 104, 120). Avec l'ouverture des frontières européennes des Etats providence, l'insatisfaction croissante par rapport aux soins peut inspirer un réaménagement en profondeur de l'organisation des soins.

3. LA LIBRE CIRCULATION EN EUROPE : UNE ATTEINTE A LA TERRITORIALITE ETATIQUE DES SOINS

Depuis 1958 déjà, la Communauté économique européenne offre aux travailleurs des possibilités de remboursement des frais de soins à l'étranger. Une coordination entre les systèmes de soins nationaux et la sécurité sociale était censée empêcher que les travailleurs transfrontaliers soient désavantagés dans leur accès aux soins. Différentes mesures prises en ce sens ont été regroupées ultérieurement dans les règlements 1408/71 et 574/72. Ces derniers offrent au travailleur deux possibilités d'entrer en ligne de compte pour des soins à l'étranger.

Dans le cas d'une situation d'urgence lors d'un séjour temporaire à l'étranger, une personne pouvait bénéficier d'une indemnisation de soins par le biais du formulaire E111. Depuis 2004, une situation d'urgence est définie comme un traitement médical nécessaire pendant la durée du séjour. Initialement, ce règlement visait principalement à permettre aux travailleurs des pays méditerranéens travaillant en Europe du Nord de bénéficier également de soins pendant leurs vacances dans les pays méditerranéens. Ultérieurement, il a constitué une solution principalement pour les touristes ayant souscrit une assurance publique. L'assurance maladie personnelle fournissait ce formulaire uniquement à la demande préalable du patient. Dans certains pays, le patient était tenu de faire approuver le formulaire E111 par l'organisme d'assurance maladie sur place avant de pouvoir espérer une indemnisation pour les soins dispensés dans l'éventualité d'une situation d'urgence. Dans le cadre de la stratégie de Lisbonne de 2000 visant à accroître la mobilité des travailleurs au sein de l'Union européenne, cette méthode relativement bureaucratique a été remplacée progressivement et depuis juin 2004 par la carte européenne d'assurance maladie (Vollaard, 2004a, 2004b, 2006).

La deuxième manière de bénéficier de soins transfrontaliers dans le cadre de ces règlements consiste à utiliser le formulaire E112. Lorsqu'un travailleur souhaite se rendre à l'étranger avec l'intention d'y recevoir des soins, il peut demander l'approbation préalable de son organisme d'assurance maladie. Bien entendu, chacun est libre de consommer des soins à l'étranger, mais seul ce formulaire constitue la base d'un remboursement des frais engagés. Un organisme d'assurance maladie ne peut pas refuser une approbation si le traitement souhaité s'intègre dans un paquet de soins du patient et si ce traitement ne peut pas être fourni dans les délais normalement requis à cet effet dans le pays d'origine. Grâce à une interprétation favorable au patient, de la Cour européenne de justice à la fin des années 1970, les patients pouvaient se rendre à l'étranger pour bénéficier de tout traitement qui ne pouvait pas leur être dispensé dans leur pays. Par crainte des patients 'marchands', les Etats membres de la CEE ont modifié cette disposition en 1981 par les deux conditions susmentionnées (Jorens, 2002 : 91-92).

Sur base de ces règlements, de plus en plus de personnes ont droit à des indemnités pour des soins reçus à l'étranger. Les indépendants peuvent, avec leur famille et leurs parents proches, utiliser ces règlements depuis 1981. Au cours de ces dernières années, des fonctionnaires, des travailleurs détachés, des étudiants, des ressortissants de pays tiers et (dans une certaine mesure) des chômeurs ont également été inclus dans ces règlements. Depuis 2004, seuls les assurés particuliers – principalement aux Pays-Bas et en Allemagne – restent sur la touche. Avec l'introduction d'une assurance publique pour tous, attendue pour 2006, ces derniers seront également inclus dans ce règlement aux Pays-Bas. En outre, les personnes concernées par le règlement 1408 peuvent fixer des rendez-vous pour des soins au sein de l'Union européenne, mais également en Norvège, en Islande, au Lichtenstein et – uniquement pour les soins E111 – en Suisse.

Par une série d'arrêts, la Cour européenne de justice a créé depuis 1998 une nouvelle possibilité pour les soins transfrontaliers, pour l'ensemble des ressortissants de l'Union européenne (2). Dans ces arrêts, la Cour a estimé que la libre circulation des

(2) Les affaires Kohll et Decker (arrêts prononcés en avril 1998) ont indiqué que les traitements et les produits médicaux externes relevaient de la libre circulation des produits et des services dans le marché intérieur européen. Si la consommation d'un service ou d'un produit médical à l'étranger ne menace pas l'équilibre financier d'un système de soins, un patient peut consommer des soins à l'étranger sans l'autorisation préalable de sa mutualité et se les faire indemniser (restituer) ensuite sur la base du tarif pratiqué par son propre système de soins. Les affaires Geraets-Smits et Peerbooms (arrêts prononcés en juillet 2001) ont indiqué que la libre circulation ne concerne pas uniquement les systèmes de restitution, mais également les systèmes délivrant aux patients des soins en nature. Toutefois, la Cour estime que dans ce type de systèmes, la caisse d'assurance maladie peut exiger d'un patient une autorisation préalable, étant donné que dans le cas contraire, l'équilibre financier entre les prestataires de soins et les assurances maladie risquerait d'être menacé trop gravement. Une autorisation est néanmoins considérée comme octroyée lorsque, selon les critères médicaux internationaux, un patient ne peut plus patienter davantage pour bénéficier des soins requis. Ces affaires portaient sur les soins hospitaliers (traitement au cours duquel le patient a passé au moins une nuit à l'hôpital). Dans les affaires Müller-Fauré et Van Riet (arrêts rendus en 2003), la Cour a indiqué que pour les soins externes dispensés à l'étranger, le patient ne doit demander aucune autorisation préalable dans le cadre d'un système en nature. Dans l'affaire Vanbraeckel (arrêt rendu en 2001), la Cour a estimé que l'indemnité de soins à l'étranger doit représenter le montant qu'un patient déboursait dans son propre pays si ce montant était supérieur au prix des soins à l'étranger.

personnes et des services s'appliquait également au secteur des soins de santé. Dans son interprétation, la Cour a accordé ainsi une place plus importante à l'indemnisation des soins transfrontaliers. En vertu d'un arrêt de la Cour rendu en 2003, un patient peut, sans autorisation préalable de son organisme de sécurité sociale, bénéficier, dans un autre Etat membre de l'UE, de soins externes tels que la consultation auprès d'un médecin généraliste ou d'un physiothérapeute. L'indemnité a néanmoins été plafonnée aux tarifs de l'Etat d'affiliation de l'assuré. Cette indemnité s'applique également aux soins internes, tels qu'un séjour hospitalier supérieur à un jour. Quant aux soins internes, un patient est néanmoins tenu de demander une approbation préalable. Un organisme de sécurité sociale doit cependant considérer cette approbation comme étant octroyée lorsque la situation médicale du patient ne lui permet pas d'attendre plus longtemps. La Cour a estimé qu'une telle atteinte à la libre circulation des services et des personnes est justifiée afin de permettre aux Etats providence de continuer à garantir l'équilibre et le planning financier ainsi que l'accessibilité de la coûteuse infrastructure de soins internes. Un gouvernement est également habilité à limiter la libre circulation pour des raisons de santé publique. Une telle limitation doit être connue au préalable et être élaborée de manière identique pour chaque ressortissant légal de l'Union européenne.

Ces jugements et les arrêts afférents vont à l'encontre du principe de territorialité (Van der Mei, 2001, 75; Leibfried et Pierson, 1995 : 50 et suiv.; Cornelissen, 1996 : 463). En effet, les Etats providence ne peuvent plus déterminer, sur la base de leurs frontières territoriales, quelles personnes peuvent consommer des soins et sous quelles conditions, le lieu où ces soins sont dispensés, le pays établissant les droits aux soins et l'instance chargée de la fourniture de soins. Déjà en 1995, les scientifiques Stephan Leibfried et Paul Pierson étaient arrivés à la conclusion selon laquelle la souveraineté territoriale n'est dorénavant plus intacte en cas de soins de santé. Les gouvernements n'étaient plus entièrement libres de choisir l'élaboration et la gestion de leurs systèmes de soins. Les arrêts de la Cour ont également mis ce point en exergue pour les personnes impliquées dans la pratique de l'organisation, de l'assurance et de la prestation de soins, bien que ces personnes n'acceptent pas aveuglément que leur système de soins de santé ne soit plus exclu de la législation européenne pour le marché intérieur. La lutte pour le contrôle réel des systèmes de soins de santé n'est donc pas encore terminée. Le paragraphe suivant expose les réactions des gouvernements des Etats membres de l'UE et analyse si et comment ces Etats tentent de maintenir le contrôle territorial sur les systèmes de soins.

4. LA LUTTE POUR LE CONTROLE DES SYSTEMES NATIONAUX DE SOINS

Certains gouvernements ont déjà senti que quelque chose ne tournait pas rond lors de l'arrêt prononcé par la Cour européenne de Justice favorisant les patients, à la fin des années 1970. Ainsi, le gouvernement des Pays-Bas décidait de limiter la possibilité de consommer des soins à l'étranger pour un groupe restreint ayant souscrit une assurance privée à des conditions publiques (ICER, 1998). Les propositions de réfor-

me du système de soins des Pays-Bas ont été accompagnées d'avertissements plus ou moins judicieux quant à l'incompatibilité du nouveau système avec la législation du marché européen (cf. notamment Ter Kuile, 1990; TK 21 592B, 1990; EK 21 592, 1992). Voilà pourquoi sous la présidence néerlandaise, les ministres de la Santé des Etats membres de la CEE ont adopté une résolution en la matière, par laquelle ils reconnaissaient l'impact du marché intérieur sur leurs systèmes de soins et appelaient à la mise sur pied d'une enquête et d'expériences de soins transfrontaliers (Conseil des ministres / ministres de la Santé, 1991). Ces expériences locales se sont principalement déroulées le long de la frontière belgo-néerlandaise et ont dégagé une première base empirique pour une analyse de la mobilité transfrontalière des patients.

Les gouvernements n'ont cessé de répéter qu'ils étaient seuls compétents pour l'organisation, le financement, la prestation de soins et la gestion de leurs systèmes de soins. Dans leurs déclarations, les gouvernements ont systématiquement mentionné être responsables des systèmes de soins. Les institutions européennes telles que la Commission ne pouvaient jouer un rôle supplémentaire que sur des points concernant la santé publique (préventive). Les Traités d'Amsterdam (établi en 1997) et de Nice (2000) ainsi que le Traité constitutionnel européen (2003) stipulent formellement les prérogatives nationales. Les arrêts de la Cour prononcés à la fin des années 1990 pouvaient ainsi compter sur la réserve voire l'hostilité tacite des gouvernements. Sur ce terrain politique miné, la Commission européenne s'est montrée dès lors discrète pendant un certain temps, après l'arrêt Kohll/Decker rendu en 1998 (Palm et al., 2000; Belcher, 1999). Le gouvernement français s'est montré très réticent à aligner le système de soins français sur la jurisprudence orientée vers le marché. Seules des simplifications administratives telles que la carte d'assurance maladie et des accords bilatéraux relatifs aux prestations de soins dans des régions frontalières pouvaient compter sur leur soutien (Palm et al., 2000 : 83). D'autres gouvernements hésitaient à discuter des arrêts rendus par la Cour à un niveau européen. Ils souhaitaient ainsi se distancer de l'idée selon laquelle la politique relative aux systèmes de soins serait préparée à l'échelon européen.

Toutefois, les gouvernements des Etats membres ne faisaient pas front. Certains gouvernements ont vu dans les arrêts de la Cour une occasion d'apporter des modifications à leur législation de soins et d'initier le débat sur la relation existant entre le marché intérieur et les systèmes de soins à l'échelon européen. Dans ses arrêts, la Cour s'est adressée directement aux gouvernements luxembourgeois, belge et hollandais, étant donné que les cas jugés en provenaient. Ces gouvernements ont fini par adopter des mesures par lesquelles ils estimaient se conformer suffisamment à la nouvelle jurisprudence. Les Pays-Bas se sont par ailleurs estimés encore plus vulnérables à une éventuelle application du droit du marché à son système de soins en raison de sa commercialisation opérée depuis la fin des années 1980. En outre, les Pays-Bas et le Royaume-Uni ont été confrontés à des listes d'attente. Le risque d'activités transfrontalières des assurances maladie et des patients était dès lors accru par rapport à des pays confrontés à une surcapacité dans le domaine des soins, tels que l'Allemagne et la Belgique.

Les ministères de la Santé allemand et des Länder allemands ont analysé, en 1998 déjà, les implications éventuelles des arrêts Kohll/Decker. En dépit de leur conclusion selon laquelle ces arrêts ne s'appliquaient pas directement au système de soins allemand, ils ont pris conscience de la nécessité d'aborder les arrêts de la Cour avec d'autres Etats membres. Ils estimaient qu'il ne relève pas de la Cour, mais des dirigeants (élus) de définir la politique en matière de soins (Palm et al., 2000 : 85). Une conférence a été organisée à cet effet au mois de novembre 1998, sous la présidence allemande de l'UE. Ultérieurement, c'est principalement Frank Vandembroucke, ministre de la Santé belge, qui s'est chargé du dossier des soins de santé dans le marché intérieur européen. Au cours de la présidence belge de l'UE (2001), Vandembroucke a organisé une conférence sur l'impact du marché intérieur sur les systèmes de soins nationaux, au cours de laquelle le thème de la mobilité des patients a également été abordé. Une autre incitation à la concertation européenne est venue de la ministre espagnole de la Santé. Notamment en raison du désavantage financier que son port d'attache subi, la Catalogne, a ressenti à cause de la consommation médicale de pensionnés nord européens (principalement en raison des structures espagnoles internes de financement des soins), la ministre a organisé en 2002 une discussion informelle avec des ministres et des hauts fonctionnaires en charge de la santé au sujet de la mobilité des patients (Baeten, 2002). Cette discussion a mené à la conclusion que la collaboration dans des régions frontalières et sur le plan des structures de prise en charge spécialisées pourrait constituer une valeur ajoutée pour l'accès abordable aux soins (Conseil des ministres informel, 2002). En guise de compromis entre les ministres souhaitant et ceux ne souhaitant pas une concertation à l'échelon européen, la concertation menée entre les hauts fonctionnaires des ministères de la Santé a été de nature strictement informelle, à savoir le 'processus de réflexion à haut niveau sur la mobilité des patients et l'évolution des soins de santé dans l'Union européenne' (Conseil des ministres, 2002). Ce processus a débouché sur la création de différents groupes de travail composés de fonctionnaires nationaux et européens et d'ONG de soins qui, notamment à l'initiative de la Belgique et des Pays-Bas, ont analysé la manière dont il serait possible de concilier la réglementation européenne avec la politique nationale des soins de santé. Bien que, au mois de juillet 2004, le Conseil Santé de l'Union européenne ait décidé d'un échange formel d'expériences et de points de vue relatifs au financement des systèmes de soins à la lumière du marché intérieur et du vieillissement de la population, le ministre néerlandais, Hans Hoogervorst, estime que les Etats membres souhaitent se départir de cette forme de 'méthode ouverte de coordination' (TK 21 501-31 2004, 2). Une ingérence formelle du côté européen dans les systèmes de soins nationaux ne fait dès lors toujours pas beaucoup d'adeptes.

L'absence d'un front unique des ministres de la Santé se traduit néanmoins par une liberté politique des institutions européennes. Premièrement, lors de ses arrêts ultérieurs, la Cour pourra continuer à appliquer les principes du marché intérieur au secteur des soins, étant donné que la législation européenne ne l'exclut toujours pas. En outre, la Commission européenne, avec l'aide de certains Etats membres,

mène une enquête impliquant les spécialistes et conseillers nécessaires des Etats membres dans le domaine du droit aux soins et des prestations de soins. La question des soins de santé continue ainsi à hanter la scène politique européenne.

La Commission européenne a abordé le problème du marché intérieur et de la mobilité des patients également par le biais d'autres liens. C'est ainsi que le thème de la mobilité des patients a ressurgi dans la stratégie de Lisbonne visant à transformer l'Union européenne en l'économie la plus compétitive à l'échelon mondial. Les préoccupations relatives aux finances publiques ont débouché sur un processus de réflexion sur les coûts du vieillissement pour les soins de santé (Commission européenne, 2001). En outre, la promotion de la mobilité des travailleurs et l'utilisation des technologies d'information et de communication les plus modernes ont conduit à l'introduction d'une carte européenne d'assurance maladie, qui sera bientôt disponible en format électronique pour les travailleurs et qui leur facilitera les soins à l'étranger. Dans le cadre de la stratégie de Lisbonne, le commissaire européen de l'époque, Frits Bolkestein, avait lancé une directive favorisant la libre circulation des services, incluant également les traitements et les produits médicaux (Commission, 2004). La question n'a pas encore été tranchée, étant donné que plusieurs gouvernements souhaitent préserver le secteur des soins de santé de la libre circulation des services (Conseil Santé de l'Union européenne, 2004). Les gouvernements craignaient de perdre de l'influence sur les développements des prix des soins si des services médicaux tombaient sous le régime du marché européen. Après la pression exercée notamment par l'Allemagne, la France et la Belgique, le commissaire européen pour le marché intérieur, McCreevy, a indiqué qu'il excluait les soins de cette directive (McCreevy, 2005).

A la suite de l'implication du dossier des soins dans la stratégie de Lisbonne, des responsables politiques nationaux non issus du secteur des soins de santé analysent également les questions des soins de santé à l'échelon européen. Ces derniers sont moins au fait des spécificités et des sensibilités des systèmes de soins. Alors que, début mars 2002, par exemple, les ministres de la santé ne souhaitaient qu'envisager l'introduction d'une carte européenne d'assurance maladie, les responsables gouvernementaux des Etats membres de l'UE ont décidé, fin mars 2002, d'introduire cette carte à relativement court terme (Vollaard, 2006).

En renchérisant sur la stratégie de Lisbonne, le 'processus à haut niveau' et les arrêts de la Cour, la Commission européenne a lancé, en avril 2004, une communication consacrée spécifiquement à la mobilité des patients (Commission européenne, 2004d). Des représentants des Etats membres et du secteur des soins de santé ont été impliqués de près lors de la préparation de cette communication. La Commission européenne y plaide pour une meilleure diffusion des informations aux patients en ce qui concerne les soins transfrontaliers. La Commission se propose également de lancer une enquête sur les motifs d'une consommation transfrontalière de soins. Des questions relatives à la corrélation des infrastructures de soins des Etats membres sont également à l'ordre du jour, à la lumière de l'élargissement aux pays plus pauvres de l'Europe Centrale. La répartition de ce que l'on appelle des

‘centres de référence’ devrait préserver l’accès pour les patients de tous les Etats membres à des soins coûteux et peu répandus. Il a également été plaidé pour une utilisation plus efficace de la capacité de soins dans les régions frontalières.

Entre-temps, les Etats membres individuels se sachant directement confrontés à la mobilité des patients prennent leurs propres mesures. Les autorités de soins néerlandaises ont réagi en prônant une analyse détaillée des conséquences des arrêts de la Cour européenne de Justice sur le financement et la prestation des soins, une concertation approfondie avec l’ensemble des segments corporatistes du secteur de la santé afin de procéder ensuite à des modifications de la loi susceptibles d’instaurer de nouveau une cohérence entre le système des soins et la nouvelle jurisprudence. En outre, la réaction de pays tels que la Belgique, les Pays-Bas et le Royaume-Uni a été axée principalement sur l’importance de pouvoir encore gérer les flux de patients et les coûts des soins transfrontaliers. Par exemple, en 2003, la Belgique et le National Health Service britannique ont conclu un contrat établissant en détail la manière dont les patients britanniques peuvent recevoir des soins dans des hôpitaux belges. La Belgique était ainsi à même d’empêcher que des patients belges doivent patienter dans leurs ‘propres’ hôpitaux et les autorités britanniques étaient ainsi à même de maîtriser les débordements des listes d’attente britanniques (Accord cadre, 2004).

Néanmoins, la crainte de voir les Belges devoir patienter plus longtemps avant de bénéficier d’un traitement médical en Belgique en raison de l’afflux massif de patients étrangers s’est principalement fait sentir chez certains hommes politiques flamands (cf. notamment le NRC Handelsblad, 2003; Vandenbroucke, 2003; Vandeurzen, 2003; Standaard, 2003). Un contrat avec les Pays-Bas dans leur ensemble visant à contrôler les flux de patients est à vrai dire impossible étant donné que ce n’est pas le ministère néerlandais de la Santé publique, mais les dizaines de mutualités qui déterminent le lieu des traitements médicaux. De plus, la réglementation anti-discriminatoire empêche d’accorder le traitement en premier lieu aux Belges. En modifiant le financement des hôpitaux sur base du nombre de patients traités (quel que soit leur pays d’origine) selon un budget annuel quasi entièrement fixé en juillet 2002, Vandenbroucke avait freiné, sans doute inconsciemment, les hôpitaux belges dans leur élan pour accepter un maximum de patients étrangers. En outre, le nouveau financement des hôpitaux a constitué une garantie pour la maîtrise des prix belges. Il a ainsi été évité que les prestataires de soins belges accordent la priorité à des patients étrangers qui paient mieux, et que les prix soient mis sous pression. Les hôpitaux des régions frontalières semblent néanmoins – certes dans une moindre mesure – traiter des patients des Pays-Bas afin d’atteindre le niveau de production préalablement défini.

Entre-temps, les autorités de soins néerlandaises ont multiplié certaines expériences menées dans des régions frontalières en étroite collaboration avec les prestataires de soins, afin de contrôler la manière dont le système de contrats néerlandais pouvait se maintenir à l’heure actuelle sous la nouvelle jurisprudence. Les autorités belges se

sont associées à cette préoccupation de voir les prestations de soins non concernées par le Règlement 1408/71 leur faire perdre le contrôle sur les accords de prix établis entre des prestataires de soins belges et des prestataires étrangers. De telles expériences reposaient sur des initiatives locales citées antérieurement et visant à améliorer la complémentarité entre l'offre de soins des régions frontalières (cf. Vollaard, 2004b). Des projets similaires se situent principalement le long des frontières belges et françaises (HOPE, 2003). Par ailleurs, feu le Traité constitutionnel européen stipulerait actuellement qu'il convient de stimuler la collaboration dans le domaine des soins de santé dans les régions frontalières (article III-278 paragraphe 2).

La concentration de projets de soins transfrontaliers dans la partie nord-ouest du continent européen s'explique vraisemblablement par la multitude de frontières dans la région, l'attrait des soins de santé français de très bonne qualité et la problématique des listes d'attente aux Pays-Bas. Le cas le plus ancien de collaboration transfrontalière aux Pays-Bas est la région de la Flandre zélandaise. Au cours des années 1970, un réaménagement de l'infrastructure de soins aux Pays-Bas avait entraîné une réduction considérable des soins hospitaliers dans cette région relativement isolée. La mutualité locale OZ a finalement décidé de conclure, avec l'accord des autorités de soins néerlandaises, des contrats avec des hôpitaux flamands pour le traitement de ses clients. Les structures de soins restantes sont encore plus vulnérables, étant donné que la Flandre zélandaise et ses médecins généralistes ont plus aisément recours à une consommation des soins à l'étranger (CVZ, 2001; CVZ, 2003). La récente ouverture du tunnel de l'Escaut occidental entre la Flandre zélandaise et le Sud Beveland accroît néanmoins les chances des habitants de Flandre zélandaise de pouvoir consommer des soins à l'intérieur des frontières néerlandaises.

Bien que le ministre en charge des soins de santé, Madame Els Borst, ait reconnu le caractère inéluctable des soins transfrontaliers devant le parlement néerlandais (cf. notamment TK 26 800, 1999, 8-9), la politique journalière des autorités de soins néerlandaises a été axée sur la défense du système de soins néerlandais. Des expériences, par exemple, ne pouvaient pas représenter une charge supplémentaire pour les listes d'attente et les finances publiques (question TK. n° 1164, 1995; Ziekenfondsraad, 1995). Publiquement, les autorités de soins et les assurances maladie ne se prononçaient pas sur les conséquences des arrêts européens pour les contrats de soins externes au sein du système néerlandais. La crainte était réelle de voir le système de soins néerlandais 'exploser' si des patients s'adressaient librement à des prestataires de soins nationaux ou étrangers pour tout type de traitement. Ce risque d'explosion résulterait de l'affaiblissement du système de prestations de soins en nature sous contrat planifié efficacement. En effet, l'imprévisibilité accrue du comportement au niveau de la consommation médicale rendrait plus difficiles la planification efficace des structures de soins et le traitement bureaucratique devenu routine des prestations de soins en nature et augmenterait dans la foulée le coût des soins. Les autorités de soins n'ont réservé aucune suite à la suggestion avancée par les caisses d'assurance maladie de faire dépendre désormais le planning des structu-

res de soins des flux de patients transfrontaliers. Par ailleurs, sur la base des expériences menées dans les régions frontalières, l'ampleur de la mobilité des patients transfrontaliers a été jugée comme étant trop limitée pour entrer en ligne de compte lors de l'élaboration de structures de soins, également pour la période à venir (CBZ, 2001). Ce sont principalement les prestataires de soins des régions frontalières qui affichaient en première instance une réserve par rapport à la consommation transfrontalière de soins, étant donné que cette situation équivalait à une concurrence étrangère sur leur marché (CBZ, 2001; Baselmans et Hermans, 2003). Cette situation se traduisait parfois par le refus de médecins néerlandais d'assurer le post-traitement des patients ayant subi un traitement médical à l'étranger. Par ailleurs, la question de savoir qui est formellement responsable de ces patients rend un tel refus d'autant plus compréhensible. Par la suite, quelques hôpitaux frontaliers ont collaboré avec des hôpitaux étrangers, afin de pouvoir proposer une offre de soins suffisante sur le marché néerlandais.

Des Néerlandais et des Belges sont actifs dans des organisations internationales non gouvernementales (ONG) telles que l'Association internationale de la mutualité (AIM), qui accorde une attention particulière à la question des soins transfrontaliers. En raison également de l'interdépendance corporatiste du système de soins néerlandais, les liens personnels entre les personnes concernées au ministère de la Santé néerlandais et les autorités de soins, et plus particulièrement l'AIM, sont particulièrement étroits. Ces ONG constituent des plateformes de concertation et d'expertise sur les problèmes des soins de santé. La Commission européenne implique également de près ces ONG à l'échange d'idées sur la mobilité transfrontalière des patients. A l'initiative de, entre autres, la présidence néerlandaise de l'UE, au cours du deuxième semestre 2004, les ONG se sont attelées à la création d'une European Health Community. La mobilité des patients représente un sujet majeur des discussions et des recherches prévues au programme de la Commission européenne et de ces ONG (Commission européenne, 2004b).

5. ETUDES EXISTANTES RELATIVES AU FONDEMENT DE LA MOBILITE DES PATIENTS

Actuellement, les connaissances de sur la mobilité transfrontalière des patients sont plutôt fragmentaires et limitées. Des études empiriques approfondies, par exemple, font encore défaut quant aux raisons de la mobilité transfrontalière des patients (Hermans et Brouwer, 2003 : 57). Les lettres d'information des ONG internationales de soins fournissent néanmoins quelques impressions au sujet des soins transfrontaliers. C'est principalement l'AIM qui, entre autres pour le compte de la Commission européenne, fournit un aperçu des causes de la mobilité des patients (cf. notamment Palm et al., 2000). Par ailleurs, des pays confrontés à (des initiatives de) cette mobilité transfrontalière ont mené des études sur le comportement des patients (les aspects de ce comportement). Ces études analysent ainsi la satisfaction des patients britanniques et de l'Irlande du Nord quant à la prestation des soins en Irlande, en France et en Allemagne et de la prestation transfrontalière de soins du National

Health Service (Lawson et al., 2002; CAWT, 2000). Des recherches ont également été réalisées sur la mobilité des patients italiens en Italie et en Europe (France, 1997) et sur la consommation de soins des Canadiens aux Etats-Unis (Katz et al., 1998). La plupart des informations empiriques proviennent cependant des expériences menées au niveau des soins transfrontaliers aux Pays-Bas. Jusqu'à récemment, les caisses néerlandaises d'assurance maladie - et même les mutualités, qui étaient les plus impliquées dans les soins transfrontaliers - ne recensaient pas systématiquement les chiffres relatifs à la mobilité transfrontalière. Ce n'est qu'à la requête du ministre de la Santé Borst que des rapports du Raad voor Volksgezondheid (RVZ) (Conseil de la Santé publique au Pays-Bas) et du College voor Zorgverzekeringen (CVZ) (Collège des assurance maladie des Pays-Bas) ont été publiés en 1999, en 2001 et en 2003 au sujet de l'ampleur et des motifs de la mobilité des patients. Werner Brouwer a analysé, pour le RVZ, non seulement la mobilité des patients au-delà des frontières, mais également entre les régions des Pays-Bas (Brouwer, 1999). Ce type d'analyse de la mobilité nationale avait déjà été menée au sujet de la Suisse (Crivelli, 1998).

Bien que de manière fragmentaire, un certain nombre d'aspects relatifs à la mobilité des patients réapparaissent systématiquement lors des études susmentionnées. Les patients motivent leur choix principalement par l'insatisfaction liée au système de soins dans leur pays/leur région (notamment les listes d'attente et la qualité) et par la familiarisation avec un autre système de soins (France 1997; Belcher, 1999, 75; Grunwald et Smit, 1999; Coheur, 2001). Des expériences antérieures avec des soins à l'étranger, la similitude de langue et de culture, des récits positifs de la famille ou d'amis, peu de tracasseries administratives et la référence fournie par le médecin de famille s'avèrent être des éléments déterminants pour franchir, suffisamment confiant, le pas vers un autre système de soins. Des enquêtes révèlent une prédisposition élevée de voyager à l'étranger afin d'y recevoir des soins. Au Royaume-Uni, par exemple, 42 % des personnes interrogées envisagerait un traitement médical à l'étranger (MORI, 2002). Le Stockholm Network mentionne que 70 % des personnes interrogées aux Pays-Bas s'étaient montrées disposées, plaçant ainsi les Pays-Bas en tête de liste par rapport aux personnes interrogées dans sept autres Etats membres sur l'ensemble de l'UE (Disney et al., 2004). TNS-NIPO aboutit également à cette même conclusion. Ce sont principalement des personnes interrogées jeunes et ayant suivi une formation supérieure, avec un revenu élevé qui envisagent de franchir la frontière afin de recevoir des soins. Les personnes âgées de plus de 55 ans, les patients chroniques, les personnes peu formées et celles disposant d'un faible revenu s'orientent principalement vers leurs prestataires de soins locaux (TNS-NIPO dans RVZ, 2003).

L'ampleur réelle des soins transfrontaliers contraste violemment avec cette prédisposition à se rendre à l'étranger pour des soins. Bien que les chiffres ne soient pas fiables en raison de leur traitement administratif limitée, le CVZ estime que la consommation de soins à l'étranger par les assurés des mutualités néerlandaises est en 2002 encore largement inférieure à 1 % des dépenses totales consacrées aux soins

hospitaliers et à l'aide spécialisée (CVZ, 2003). Aux Pays-Bas également, il est question de 'inertia in patient mobility' (Brouwer et al., 2003). En fonction de leur pathologie, une très grande majorité de patients ont de nouveau recours à des traitements dans un hôpital (Brouwer, 1999; Centrum voor Verzekeringsstatistiek, 2002). L'Union néerlandaise des consommateurs confirme également, dans son enquête, que ce sont principalement les patients chroniques qui souhaitent être traités dans leur propre hôpital à proximité de leur domicile (Consumentengids, 2002). Les mutualités indiquent, au sujet de leurs clients, que ceux-ci préfèrent attendre pour recevoir un traitement aux Pays-Bas, même s'il existe des listes d'attente internes et une offre de soins à l'étranger (CVZ, 2001 : 41). Le nombre croissant d'initiatives des caisses d'assurance maladie, en ce qui concerne les soins transfrontaliers, est dès lors principalement motivé par le souhait de suggérer aux clients une possibilité de choix (CVZ, 2001). Seule une caisse d'assurance maladie comme CZ utilise cette option comme alternative sérieuse à l'offre parfois sommaire des Pays-Bas. Brouwer et al. (2003) avancent par ailleurs que l'existence de possibilités internes de choisir parmi les prestataires de soins réussit à contenir la demande de soins transfrontaliers.

6. **MODELE DE DECLARATION RELATIF AUX FONDEMENTS ET AUX LIMITES DE LA MOBILITE DES PATIENTS**

Le défi à relever consiste à placer la déclaration de soins transfrontaliers dans le labyrinthe (européen) des systèmes de soins. Les impressions provisoires relatives à la mobilité transfrontalière des patients semblent jusqu'à présent cadrer dans un modèle de déclaration rédigé par Albert Hirschman. Dans sa déclaration, Hirschman relie les approches économique, politologique et sociologique. Il peut ainsi y combiner le comportement des citoyens-consommateurs au réaménagement de systèmes (publics) de prestation de soins. Hirschman présente dans son ouvrage *Exit, Voice and Loyalty: Responses to Decline in Firms, Organizations and States* (1970) l'insatisfaction (dissatisfaction) comme l'incitation au changement dans le comportement du consommateur et aux modifications de système qui en résultent.

Dans le modèle de Hirschman, le consommateur est confronté à deux options lui permettant de donner suite à son mécontentement : exit (retrait) ou voice (se faire entendre). Lorsqu'un consommateur est insatisfait de sa mutualité, par exemple, il peut choisir de passer à une autre mutualité ou de se plaindre, en espérant que la mutualité remédiera à la situation. Le choix entre ces deux options est avant tout fonction d'une analyse coûts-avantages, de la question de savoir si des investissements dans le voice ou la recherche d'un exit contrebalancent le résultat positif que voice ou exit pourrait fournir. Plus un consommateur est informé au sujet d'une autre mutualité, moins les efforts (coûts) impliqués dans un changement de mutualité sont importants (cf. Hirschman, 1970 : 81). En outre, ce choix est fonction de la fidélité (loyalty) du consommateur à sa mutualité. Son attachement à sa mutualité peut, par exemple, l'empêcher de partir et l'incite à continuer à s'impliquer afin

d'améliorer le fonctionnement de sa mutualité. Hirschman applique son modèle non seulement à des produits d'entreprises et à des institutions particulières telles que les mutualités, mais applique également ce principe à la vie de l'Etat (providence). Par insatisfaction, les électeurs peuvent, par exemple, avoir recours aux véritables formes politiques d'exit : migrer, ne pas voter ou ne plus voter pour le parti auquel ils avaient accordé leur voix auparavant. Ils peuvent également faire entendre leur voix en descendant dans la rue et/ou en soutenant un parti protestatoire. La loyauté par rapport à la nation et au parti peut déboucher respectivement sur la migration et sur le choix d'un autre parti.

Le politologue norvégien Stein Rokkan s'est basé sur le modèle de Hirschman pour analyser la formation des Etats, des nations, des démocraties et des régimes de protection sociale en Europe (Rokkan, 1999; cf. également Bartolini, 1998; Ferrera, 2004). Sa déclaration, à courte vue, selon laquelle plus les systèmes politiques se réalisent d'un point de vue territorial, plus le voice sous la forme de représentation de groupements d'intérêts et de démocratie subsisterait afin d'exprimer l'insatisfaction. L'ancrage de la loyauté à l'Etat en raison du nationalisme a également limité la possibilité d'exit de l'Etat. Leurs investissements dans des structures voice et leur loyauté ont fait que les citoyens-consommateurs s'adressent quasi exclusivement à leurs autorités territoriales pour recevoir une réponse à leurs attentes. L'ouverture des frontières occasionnée par l'intégration européenne amène les citoyens-consommateurs devant une nouvelle option en cas d'insatisfaction : la possibilité supplémentaire de trouver une satisfaction de ses besoins au-delà des frontières. Le démantèlement des frontières nationales pourrait ainsi se traduire par un affaiblissement de la structure 'voice' et de la qualité des services fournis au niveau national. En effet, les personnes qui partent, ne regroupent plus des plaintes afin de presser les autorités à fournir de meilleures prestations (cf. Bartolini, 1998).

Toutefois, les autorités peuvent anticiper (les conséquences de) l'insatisfaction en améliorant la qualité du service fourni, en introduisant des possibilités de retrait dans le système et/ou en favorisant la loyauté. En renforçant la solidarité nationale, les autorités peuvent maintenir à l'intérieur du pays des citoyens riches et éloquents cherchant leur bien-être à l'étranger. En outre, en instaurant un seuil national-culturel plus élevé, elles écartent principalement les étrangers pauvres et en moins bonne santé. Toutefois, d'autres obstacles formels et indirects pour les citoyens légaux de l'Union européenne sont inadmissibles en vertu de la législation sur l'anti-discrimination. Dans l'affaire Ferlini, la Cour européenne de Justice l'a également soulignée en 2000, spécifiquement à l'attention du secteur des soins de santé.

L'introduction d'options dans un système peut également freiner la demande de services à l'étranger. Les signes d'insatisfaction constituent dès lors pour le gouvernement une incitatoire à procéder à la réforme et à la rénovation du système, et certainement lorsque les autorités sont considérées comme étant les premières responsables des soins de santé. Cela ne signifie pas que la réponse des autorités répond directement la question de l'insatisfaction : "[n]owhere did user dissatisfaction with

health care states imply a demand for the quasi-marketization of healthcare, though that is the way in which, in part, governments have sought to meet it.” (Freeman, 1999 : 116). Les autorités néerlandaises ont augmenté, par exemple, les options de retrait internes des soins grâce à l’introduction en 1992 de la liberté de choix de la mutualité, sans que la demande en ce sens ne soit importante.

Dans le droit fil de Hirschman et de Rokkan, il convient de mentionner qu’une combinaison et de nouvelles possibilités de retrait et de l’insatisfaction est susceptible de modifier le fondement territorial des systèmes de soins nationaux. Ce risque dépend principalement de l’ampleur des possibilités de retrait, du degré d’insatisfaction ainsi que des moyens (financiers) dont les autorités de soins disposent pour améliorer la prestation de services, pour introduire des options supplémentaires et/ou pour privilégier la loyauté. Avec les arrêts de la Cour européenne de Justice, les citoyens-consommateurs nationaux disposent dans tous les cas d’une nouvelle possibilité de chercher leurs soins à l’étranger. Le battage médiatique, la carte européenne d’assurance maladie et les futures communications de la Commission relatives à la consommation européenne de soins transfrontaliers facilitent encore davantage l’option ‘soins à l’étranger’. A l’heure actuelle, l’ampleur de la mobilité transfrontalière des patients est limitée. Les autorités nationales de soins ne disposent-elles que d’un répit temporaire avant que les flux de patients à l’étranger fluctuent de façon plus importante, ou ces flux resteront-ils limités ?

7. LES SYSTEMES DE SOINS PERDENT-ILS LEUR ASSISE TERRITORIALE ?

Le modèle de déclaration Hirschman-Rokkan fournit des indices quant au déroulement possible des réorganisations des systèmes de soins nationaux par rapport à la mobilité transfrontalière des patients. La première étape du changement concerne l’insatisfaction relative aux structures de soins existantes. Comme l’ont révélé les impressions provisoires de l’enquête relative à la mobilité des patients, cette insatisfaction concerne principalement les listes d’attente et la qualité des soins. Aussi longtemps que le degré de satisfaction sera élevé, la question de la mobilité des patients ne sera que rarement à l’ordre du jour. Aux Pays-Bas, le degré de satisfaction quant aux soins fournis était élevé jusqu’en 1998. C’est également en raison des initiatives des employeurs de faire traiter leurs travailleurs malades (plutôt) à l’étranger, que le problème des listes d’attente est et demeure une question majeure à l’agenda politique. Comme déjà mentionné auparavant, les soins de santé comptent parmi les priorités des électeurs interrogés lors des élections de 2002 et de 2003.

7.1. EXIT

Le règlement 1408/71 et les expériences relatives aux soins transfrontaliers menées le long de la frontière néerlandaise offraient déjà des possibilités de retrait du système de soins des Pays-Bas. En 1998, la Cour européenne de Justice a introduit une nouvelle

possibilité de retrait, dont les médias se sont fait largement l'écho. Cependant, l'ampleur de la mobilité transfrontalière des patients a à peine augmenté. L'insatisfaction croissante a donc trouvé un autre exutoire et/ou l'analyse coûts-avantages du retrait au profit de l'étranger s'est avérée négative. Les patients ont néanmoins motivé leur choix d'être traités à l'étranger notamment par leur insatisfaction quant aux listes d'attente ou à la proximité des institutions médicales (Grunwald et Smit, 1999).

Une autre possibilité de retrait consiste à changer de mutualité lorsque sa caisse d'assurance maladie ne donne pas satisfaction. Bien que cette option n'ait pas fait beaucoup d'adeptes aux Pays-Bas, les différences de plus en plus grandes entre les primes ont modifié la donne depuis 2003 (Gress et al. 2002; TNS-NIPO, 2003). Une explication de la raison pour laquelle peu de Belges optent pour des traitements à l'étranger est - outre l'offre de soins étendue - la possibilité de choisir librement le médecin et l'hôpital. Ce libre choix permet de canaliser l'insatisfaction quant aux services de soins fournis dans le système belge. Étant donné que la pression exercée sur le système de soins belge semble augmenter, les autorités fédérales peuvent décider de transférer les compétences aux Communautés ou au marché afin d'éviter d'être blâmée pour la qualité médiocre de la structure de soins. Jusqu'à présent, le souhait de scinder le système de soins, afin de se débarrasser de la charge financière des soins de la Wallonie, s'est principalement manifesté en Flandre. Le cadre de soins européen limite néanmoins l'ampleur de ces économies, étant donné que les Wallons et les Bruxellois conservent leur droit d'accès aux hôpitaux flamands.

Jusqu'à présent, les autorités néerlandaises ont pris l'initiative de résoudre le problème des listes d'attente, parce que l'électeur néerlandais les considère comme étant les premières responsables (Centrum voor Verzekeringstatistiek, 2002). En 1998, le gouvernement néerlandais avait promis aux employeurs de s'attaquer au problème des listes d'attente. Depuis 1996, les employeurs ont eux-mêmes pris en charge la première année de maladie de leurs travailleurs et ont dès lors cherché des soins notamment en Suisse. La crainte manifestée principalement par les partis de gauche que la préférence des patients actifs engendre un injuste système de soins 'à 2 vitesses', a amené le gouvernement néerlandais à respecter sa promesse. L'introduction d'options internes peut tout autant déboucher sur ce type de clivage des soins. Hirschman fait valoir que si les consommateurs riches, mobiles et éloquents disposent d'une liberté de choix accrue entre les établissements de soins publics et privés, ils feront moins entendre leur voix sur la qualité médiocre des soins publics (1970, chapitre 1). Les patients plus démunis, moins mobiles et moins éloquents perdent ainsi un défenseur de la qualité des structures de soins. Néanmoins, le temps et l'argent, épargnés par les riches cherchant satisfaction dans des cliniques privées ou étrangères à leurs propres frais, peuvent être consacrés aux patients plus démunis (cf. Brouwer et Hermans, 2002). En outre, cette dernière catégorie de patients peut également, par le biais d'élections et de plateformes de patients, continuer à inciter les autorités à améliorer la structure de soins. Néanmoins, l'opposition à un exode de patients riches sera importante. En effet, les intérêts établis dans les structures de soins publiques produiraient dans ce cas un chiffre d'affaires plus réduit.

Les efforts consentis en vue d'aboutir à des soins transfrontaliers demeurent également importants. L'administration complexe, l'incertitude quant au montant de l'indemnisation ultérieure, la réserve dont font preuve les médecins et les spécialistes 'propres' lorsqu'il s'agit d'orienter le patient vers un spécialiste ou de lui assurer le post-traitement, et principalement les informations limitées des caisses d'assurance maladie pèsent lourd dans la balance. La méconnaissance de la langue, des usages et de la culture dans un hôpital étranger constituent des contraintes supplémentaires. Pas étonnant dès lors de constater que c'étaient principalement des travailleurs immigrés allemands qui, lors de l'expérience menée dans la région UE de la Meuse et du Rhin (Maastricht-Aix-Liège-Genk), ont consommé des soins à l'étranger dans des hôpitaux allemands (Grunwald et Smit, 1999). C'est plus particulièrement la langue qui constitue un obstacle important. En Belgique, peu de patients néerlandophones s'adressent à un hôpital francophone à Bruxelles ou en Wallonie pour y subir un traitement. Cette barrière peut être renversée si des médecins et des infirmier(es) parlant la langue du patient accompagnaient celui-ci à l'étranger. Des médecins de Leiden et de La Haie traitaient par exemple des patients néerlandais en Angleterre et en Espagne. Ce n'est que lorsque le mode de traitement et de paiement sera plus similaire que l'on peut s'attendre à un flux plus important de patients transfrontaliers (cf. Hirschman, 1970 : 81).

Le manque d'informations relatives aux soins transfrontaliers constitue un coût important. Dans la région UE susmentionnée et en Flandre zélandaise, les autorités locales et les caisses d'assurance maladie ont mis sur pied des guichets et des sites Web d'information. Les médecins généralistes sont également mieux informés quant aux structures de soins présentes à l'étranger. L'on peut observer chez les assurances maladie des Pays-Bas une certaine réserve en ce qui concerne les soins transfrontaliers. Les caisses d'assurance maladie tentent principalement d'empêcher que des patients cherchent des soins de leur propre initiative. Elles insistent auprès de leurs patients pour que ces derniers aient recours à des soins pour lesquels ces caisses ont conclu des contrats à l'étranger. Ce procédé évite à la caisse d'assurance maladie les situations bureaucratiques et au patient une possible déception quant à l'indemnisation ultérieure limitée. Les futures initiatives de la Commission européenne visant à informer les patients de leurs droits relatifs aux soins transfrontaliers peuvent déboucher sur une plus grande mobilité transfrontalière des patients.

7.2. VOICE

Les patients ne disposent que de moyens limités pour faire entendre leur voix (voix), étant donné qu'à l'exception des patients chroniques, leur groupe est trop disparate. Les citoyens ne peuvent signer une protestation collective contre l'état des soins qu'au moment des élections. Depuis le début des années 1990, les autorités néerlandaises ont néanmoins introduit, notamment à la requête du mouvement des patients, un vaste système de plaintes et de conseils. Ce système peut dans tous les cas prévenir que ce mouvement regroupe ses forces de manière trop marquée contre le gouvernement, étant donné qu'il est repris dans toutes les enceintes con-

sultatives régionales et nationales et les commissions de plaintes des hôpitaux. Ce système permet également aux personnes responsables d'être plus rapidement informées des mécontentements éventuels. Les Pays-Bas se placent en tête à l'échelon international en ce qui concerne les droits des patients, mais la Belgique a également pris des mesures dans ce dossier, sous la direction du ministre de l'époque, Jef Tavernier. Cela exige néanmoins une certaine endurance pour impliquer davantage le patient dans l'évolution du secteur des soins de santé, contre l'autorité professionnelle des 'guildes' médicales et des caisses d'assurance maladie.

7.3. FIDELITE

La mobilité transfrontalière des patients est principalement freinée par la fidélité à son propre système. L'attachement à son médecin, à sa mutuelle, à son groupement religieux et à son pays limite non seulement le souhait de 'se retirer', mais également de faire entendre sa voix principalement contre le médecin. L'attachement s'exprime également dans l'opinion des patients selon laquelle leur système est, en fin de compte, le meilleur (Commission européenne, 1998). En cas d'insatisfaction persistante, les récits positifs concernant principalement le savoir-vivre correct du personnel médical allemand et belge peuvent faire changer d'avis les patients néerlandais (cf. CVZ, 2003). Outre sur la famille et Internet, les patients comptent fortement sur le corps médical et sur les mutualités pour obtenir des avis relatifs à la prestation de soins (Commission européenne, 1998). Tant que les prestataires de soins et les caisses d'assurance maladie sont à leur tour fidèles à leur système, la diffusion d'informations et le soutien, lors de la recherche de soins à l'étranger seront limités. Tant l'Etat corporatiste que l'Etat providence 'command-and-control' connaissent un important attachement et de fortes interdépendances entre les organismes de soins, les prestataires de soins et les assurances maladie. Les prestataires de soins et les assurances maladie ont, au fil des ans, à ce point investi dans leurs contacts/contrats nationaux, que les coûts d'un retrait (progressif) seraient pour l'instant élevés. La caisse d'assurance maladie néerlandaise CZ ne gagne rien, selon ses propres dires, sur les soins transfrontaliers proprement dits, mais n'utilise ces derniers qu'en tant que support publicitaire pour attirer des clients. Les prestataires de soins et les mutualités sont pour le moment fidèles à leur système et ne stimulent donc pas la mobilité des patients à grande échelle.

Le ministre de la Santé Borst considérerait la mobilité transfrontalière des patients comme une solution temporaire pour remédier aux lacunes du système de soins néerlandais (EK 26 800 XVI, 2000, 20-822; NRC 2002). Les flux de patients à l'étranger, contrôlés de près, sont ainsi parvenus à diminuer le mécontentement (temporaire). Les autorités néerlandaises tentent avant tout de tempérer l'insatisfaction en trouvant d'autres moyens pour (faire) supprimer les listes d'attente et en renforçant la loyauté entre le secteur de la santé et les citoyens. Consentir des investissements supplémentaires dans les soins de santé représente pour les Pays-Bas, comme pour la plupart des Etats membres de l'UE, une démarche considérable, étant donné que les exigences de l'Union économique et monétaire laissent peu de place à l'octroi

de davantage de moyens publics au secteur des soins de santé. Les soins exigent déjà, dans tous les cas, l'allocation de fonds plus importants en raison du vieillissement de la population et des coûts de plus en plus élevés de la technologie médicale et de la pharmacie. En 1997, pour limiter ces coûts, les autorités néerlandaises ont exclu les illégaux de leur système de soins (excepté pour l'aide d'urgence). Les limites du système de soins néerlandais ne se basaient ainsi plus sur le territoire de l'Etat néerlandais, mais sur l'affiliation du système de soins néerlandais ou d'un autre système de soins de l'Union européenne ou de l'Espace économique européen. Plus encore que le règlement 1408/71, les arrêts de la Cour européenne de Justice ont limité l'assise territoriale des systèmes de soins nationaux. C'est principalement le système de soins néerlandais qui connaît cette limitation, étant donné que, parmi les Etats membres de l'UE, il comporte le plus grand nombre d'éléments du marché. Les autorités de soin néerlandaises perdent ainsi, non seulement de manière formelle, mais également de manière réelle le contrôle sur la consommation des soins effectuée sur le sol des Pays-Bas et par leurs ressortissants. Néanmoins, en raison de la fidélité constante de ses membres, le système de soins néerlandais se concentre principalement sur le territoire des Pays-Bas. Il ressemble ainsi à un Etat fédéré d'un groupement fédératif, tel que les Länder allemands ou les Etats canadiens. Un territoire de soins européen se dessine-t-il dès lors à l'horizon ? Romano Prodi, le président de la Commission européenne de l'époque, avait déjà parlé, lors de l'introduction de la carte européenne d'assurance maladie en juin 2004, d'un 'nouveau symbole de l'identité européenne présent dans la poche de chaque citoyen' (Commission européenne, 2003).

8. SOLIDARITE EUROPEENNE DANS LE SECTEUR DES SOINS DE SANTE ?

La mobilité transfrontalière des patients semble, jusqu'à présent, rester limitée. Le manque de connaissances, les barrières linguistiques, le choix et l'autorité plus vaste au sein des systèmes de soins ainsi que la fidélité au cercle familial et au médecin constituent le fondement de cette situation. Le rayon d'action de la plupart des patients sera principalement régional. En outre, les autorités de soin nationales ne sont pas désireuses d'assister à des flux transfrontaliers de patients. Cette situation complique le planning des structures de soins et la possibilité d'un chiffre d'affaires constant pour les prestataires de soins. Le modèle de déclaration Hirschman-Rokkan permet d'observer que (les possibilités de) la mobilité des patients entraîne(nt) jusqu'à présent un renforcement interne des systèmes de soins de santé sous la forme de structures 'voies', la fidélité et davantage d'options internes entre les prestataires de soins et les caisses d'assurance maladie.

Le manque de budgets permettant de garantir la qualité et la disponibilité des soins, l'uniformisation des systèmes de soins et une augmentation des informations peuvent néanmoins retourner la situation. Il n'est dès lors pas étonnant de constater que les ministres européens de la Santé ont entrepris des actions prudentes afin d'aborder de concert le thème de la viabilité financière de leurs systèmes de soin et le

partage des coûts liés aux centres de soins coûteux et exclusivement médicaux. La diversité des systèmes de soins rend toute harmonisation impossible pour le moment, une harmonisation qui n'est pas non plus souhaitée par la plupart des autorités de soins en raison du risque d'assister à une mobilité accrue des patients. Toutefois, des systèmes de soins acceptant de nombreux patients étrangers tels que ceux de la Belgique ou de l'Espagne, auront voix au chapitre à l'échelon européen afin de répartir les coûts ou, dans tous les cas, de conclure des accords en vertu desquels les prix et l'offre demeurent abordables pour ses propres patients. Si cette option devenait réalité, il serait question de solidarité (indirecte) sur un territoire européen. En effet, tous les ressortissants légaux de l'UE peuvent bénéficier d'un soin spécifique à l'étranger. L'assise territoriale sera cependant moins solide que celle des systèmes de soins autrefois nationaux. Le planning de l'infrastructure médicale et de la répartition des fonds sera alors moins basé sur le lieu de domiciliation, mais davantage sur l'afflux de patients. Des initiatives récentes de la Commission européenne en vue de promouvoir la dispensation et la consommation transfrontalière de soins pourront renforcer cette évolution (Commission européenne, 2005).

Dans le cadre de l'UE/EEE, le mécontentement relatif à un système de soins se répercute à l'étranger. Les listes d'attente du Royaume-Uni et aux Pays-Bas entraînent un afflux de patients vers les hôpitaux belges. Les hommes politiques belges ont dès lors fait part de leurs préoccupations quant à l'engorgement des hôpitaux flamands par des patients britanniques et néerlandais. C'est précisément parce que les soins de santé constituent l'un des derniers bastions de la légitimité nationale que les gouvernements tenteront de collaborer à l'échelon européen en faveur du maintien des systèmes de soins nationaux. Dans ce processus de sauvetage européen des systèmes de soins, l'élargissement de l'offre de soins étrangère en vertu du règlement 1408/71 et les arrêts de la Cour peuvent même renforcer la satisfaction des citoyens-consommateurs nationaux. Une corrélation européenne entre les gouvernements nationaux est néanmoins nécessaire tant pour les pays qui accueillent que pour ceux qui envoient des patients. En effet, un système de soins 'récepteur' comme celui de la Belgique doit également pouvoir proposer des soins en temps utile à ses propres citoyens. Pour pouvoir continuer à couvrir les coûts des soins, il devra, dans tous les cas, incorporer dans le prix du traitement, les investissements consentis dans la formation du personnel médical et la construction de structures de soins. Pour les systèmes de soins 'émetteurs' tels que celui des Pays-Bas, les prestataires de soins souhaitent un maintien du chiffre d'affaires dans les soins. Ce point est important non seulement pour les institutions privées de soins, mais également pour les coûts consacrés, par les autorités de soins, au maintien d'une infrastructure de soins. La sous-exploitation se traduit par l'anéantissement des capitaux. Les gouvernements danois, norvégien et britannique sont eux aussi confrontés au problème des listes d'attente. Dans ces Etats providence 'command-and-control', le peuple électeur interpelle directement les autorités au sujet de leurs prestations de soins. L'on peut dès lors s'attendre à ce que ces pays prônent eux aussi une coordination européenne dans le secteur des soins.

Une première étape a ainsi été franchie dans le mécanisme en vue d'aboutir à un système européen de prestation de soins. L'idéalisme européen ou l'altruisme convaincu n'inspireront pas une solidarité à l'échelon européen, tout comme ils n'en inspirent pas au niveau national. C'est l'insatisfaction relative au coût ou à la nécessité d'une corrélation mutuelle entre les économiquement faibles et les économiquement forts qui a incité à une répartition des charges (cf. De Swaan, 1989). La limite inférieure des structures de soins en Europe a déjà été spécifiée dans les traités de l'Organisation internationale du travail, du Conseil de l'Europe, de l'Organisation Internationale de la Santé. C'est l'intérêt propre qui animera la loyauté entre les gouvernements des Etats membres de l'EEE/UE sur le plan des soins de santé.

Selon les prévisions, le développement d'un système européen de prestation de soins ne conduira cependant pas à un 'command-and-control health care state' territorial ni à un 'corporatist healthcare state'. Un système qui fait penser à un troisième type d'Etat de soin - le 'supply state' américain (Moran, 1999) - semble plus probable. Dans ce troisième type de système, ce sont principalement les prestataires de soins (tels que l'industrie pharmaceutique) qui déterminent l'orientation, le financement et la fourniture de soins nécessaires. Ce système est principalement dominé par l'offre de soins technologiquement avancés et non pas par une garantie d'accès à tous. Grâce à l'augmentation du nombre de possibilités de retrait dans les systèmes de soins nationaux pour des patients individuels, le droit du marché européen peut fonctionner de manière effective. Dès que les prestataires de soins et les caisses d'assurance maladie se livrent au jeu de la concurrence pour attirer des clients et des patients, il deviennent des entreprises au sens du droit européen. Cette possibilité limite considérablement l'intervention de l'Etat en ce qui concerne l'autorisation de prestataires de soins et de caisses d'assurance maladie étrangers, l'aide de l'Etat aux prestataires de soins et aux assurances maladie confrontées à une clientèle pauvre, les mesures visant à maintenir la stabilité financière dans l'ensemble du système et les obligations envers les assureurs. Cela ne rend pas seulement difficile de maintenir la solidarité collective, de limiter les coûts pour les prestataires orientés vers le marché d'assurances maladie et pour les traitements, mais également de maintenir fermé le territoire de soins national et européen. Dans un tel système, les patients riches et mobiles arriveraient plus aisément à bénéficier de soins de qualité (partout dans l'Espace économique européen) que les patients plus démunis et moins mobiles. En fonction du poids politique que ce dernier groupe peut peser dans la balance, les gouvernements choisiront de leur garantir des soins abordables et accessibles, situés à proximité immédiate. Toutefois, les limites budgétaires de l'Union économique et monétaire ne le permettront que de manière limitée. L'intégration européenne constitue ainsi, en combinaison avec la liberté de choix dans les systèmes nationaux créée en raison de l'insatisfaction (attendue) des patients, un démantèlement du fondement territorial des systèmes de soins de santé.

(Traduction)

BIBLIOGRAPHIE

INTEGRATION EUROPEENNE ET MOBILITE TRANSFRONTALIERE DES PATIENTS

Commission européenne, *Sondage Eurobaromètre*, 49, 1998.

Commission européenne, *Communication de la Commission: L'avenir des soins de santé et des soins pour les personnes âgées: garantir l'accessibilité, la qualité et la viabilité financière*, COM (2001) 723 final, 2001.

Commission européenne, *Carte Européenne d'assurance maladie à partir du 1 juin 2003*, communiqué de presse IP/03/271, 2003.

Commission européenne, *Directive du Parlement européen et du Conseil sur les services dans le marché intérieur*, COM (2004) 2 final/3, 2004a.

Commission européenne, *Communication de la commission : suivi du processus de réflexion à haut niveau sur la mobilité des patients et l'évolution des soins de santé dans l'Union européenne*, COM (2004) 301 final, 2004b.

Commission européenne, *Healthier, Safer, more Confident Citizens: A Health and Consumer Protection Strategy*. COM (2005) 115 final.

Conseil des Ministres/Ministres de la Santé, *Résolution du Conseil et des ministres de la santé, réunis au sein du Conseil du 11 novembre 1991, concernant les choix fondamentaux de la politique en matière de santé*, JO 1991 C 304/05, 1991.

Conseil des Ministres Informel, *Résultats de la réunion des ministres de la Santé*, Malaga, 2002.

Conseil des Ministres, *Conclusions du Conseil et des représentants des États membres réunis au sein du Conseil du 19 juillet 2002 sur la mobilité des patients et l'évolution des soins de santé dans l'Union européenne*, JO C 183/01, 2002.

McCreevy, C., *Statement to the European Parliament on Services Directive*, 8 mars 2005.

Parlement européen, *Les systèmes de soins de santé dans l'Union européenne : une étude comparative*, Luxembourg, EP DG pour recherches, 1998.

LA BELGIQUE ET LA MOBILITE TRANSFRONTALIERE DES PATIENTS

Accord-cadre sur la mobilité transfrontalière des patients et Echanges d'expériences concernant les soins de santé entre la Belgique et l'Angleterre, Department of Health/NHS, Gouvernement belge, 3 février 2003.

België subsidieert Gezondheidszorg Buurlanden, *De Standaard*, 11 décembre 2003.

Coheur, A., Integrating Care in the Border Regions: An Analysis of the Euregio Project, in *Eurohealth*, no. 4, 2001, p. 10-12.

Vandenbroucke, F., Antwoord van Frank Vandenbroucke op Mondelinge Vraag van de Heer Vanvelthoven van 5 februari 2003: Patiëntenmobiliteit, de kosten van Medische Behandeling van Nederlandse Patiënten in Belgische Ziekenhuizen, 2003.

Vandeurzen, J., Vraag van de heer Jo Vandeurzen aan de Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de Behandeling van Buitenlandse Patiënten", no. Q5100534, 12 juillet 2003.

Zieke Belgen mogen niet de Dupe worden (Ministre belge à propos de la libre circulation des patients), *NRC Handelsblad*, 15 février 2003.

LES PAYS BAS ET LA MOBILITE TRANFRONTALIERE DES PATIENTS

Belcher, P., *The Role of the European Union in Healthcare: an Overview*. Zoetermeer, RVZ, 1999.

Brouwer, W.B.F., *Het Nederlandse Gezondheidszorgstelsel in Europa: Een Economische Verkenning*, Zoetermeer, RVZ, 1999.

Centrum voor Verzekeringsstatistiek, *De Consument aan het Woord: Onderzoek naar de Mening van de Consument over de Gezondheidszorg en de Ziektekostenverzekering*, La Haie, Centrum voor Verzekeringsstatistiek, 2002.

CBZ, *Sturing en Financiering van de Bouwkundige Zorginfrastructuur in Andere Landen van de Europese Unie: Signaleringsrapport*, La Haie, College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen, 2001.

Commission interdépartementale Droit Européen (CIDE), *Avis du 8 septembre 1998 relatif aux arrêts de la Cour de Justice des Communautés Européennes du 28 avril 1998 dans les affaires C-120/95 (Decker) et C-158/96 (Kohll)*, La Haie, 1998.

Consumentenbond, 't Ene Ziekenhuis een stuk Beter dan het Andere: 37 Ziekenhuizen vergeleken, in *Consumentengids*, juillet, p. 39-45, 2002.

CVZ, *Grensoverschrijdende Zorg*, Amstelveen, College Voor Zorgverzekeringen, 2001.

CVZ, *Grensoverschrijdende Zorg* (onderzoeksrapport), Amstelveen, College Voor Zorgverzekeringen, 2003.

Eerste Kamer der Staten Generaal 21 592 no. 52g (Wet Stelselwijziging Ziektekostenverzekering Tweede Fase), 1991-1992 (11 novembre 1992), Nadere Memorie van Antwoord.

Eerste Kamer der Staten Generaal, 26 800 XVI (Begroting VWS), 1999-2000, 14 mars, 20-822.

Grunwald, C.A., Smit, R.L.C., *Grensoverschrijdende Zorg: Zorg op Maat in de Euregio Maas-Rijn: Evaluatie van een Experiment* (rapport op verzoek Ziekenfondsraad, no. 816), Utrecht, NZi, 1999.

Ter Kuile, B.H., *Gezondheidszorg in de Greep van het Gemeenschapsrecht* (Lezing voor de staf van de Gezondheidsraad), 16 janvier 1990.

TNS-NIPO, *Anderhalf Miljoen Ziekenfondsverzekerden zijn wel eens veranderd van Ziekenfonds*, www.tns-nipo.com (consulté le 25 novembre 2003), 2003.

TNS-NIPO in RVZ, *De Wensen van Zorgcliënten in Europa*, Zoetermeer, RVZ, 2003.

Tweede Kamer der Staten Generaal, 21 592 B (Wet Stelselwijziging Ziektekostenverzekering Tweede Fase), 1989-1990 (8 mars 1990), Advies Raad van Staten (5 juin 1990), Nader Rapport.

Tweede Kamer der Staten Generaal, 26 800 XVI no. 2 (Begroting), 1999-2000, Memorie van Toelichting, p. 8-9.

Tweede Kamer der Staten Generaal, 21 501-21 no. 56 (Verslag Algemeen Overleg, Raad voor de Werkgelegenheid, Sociaal Beleid, Volksgezondheid en Consumentenzaken), 2003-2004, 19 octobre.

Tweede Kamer der Staten Generaal, vraag No. 1164, (Tandartsverzekering voor Grensarbeiders), 1994-1995 (15 juin 1995), Appendix, p. 2395.

Vrij Verkeer EU kan Prikkel zijn voor Zorg (interview avec la ministre Borst), *NRC Handelsblad*, 26 février 2002.

Ziekenfondsraad, *Besluit Regeling Ziekenfondsraad Subsiidiëring Onderzoek Experiment Grensoverschrijdende Zorg*, Amstelveen, Ziekenfondsraad, 16 novembre 1995.

AUTRES

CAWT (2000), cf. www.cawt.com (Creative Cross Border Projects).

Disney, H. et al., *Impatient for Change: European Attitudes to Healthcare Reform*, London, Stockholm Network, 2004.

HOPE, *Hospital Co-operation in Border Regions in Europe*, Bruxelles, HOPE (Standing Committee of the Hospitals of the European Union), 2003.

Lawson, K. et al., *Evaluation of Treating Patients Overseas*, York, York Health Economics Consortium. Sur l'ordre du Ministère de la Santé britannique, 2002.

MORI, *Many Patients "Willing to travel abroad for Treatment"*, www.mori.com (consulté le 5 juin 2003), 2002.

LITTERATURE

Baeten, R., Mobilité des patients et réponses politiques de l'UE, in *Revue belge de sécurité sociale*, 4e trimestre, 2002, p. 871-888.

Bartolini, S., *Exit Options, Boundary Building*, Political Structuring (EUI working paper), Florence, EUI, 1998.

Baselmans, N., H.E.G.M. Hermans, Grensoverschrijdende Samenwerking: Oplossing voor Capaciteitsproblemen bij Ziekenhuizen?, in *Zorg & Financiering*, 5, p. 11-27, 2003.

Brouwer, W.B.F., H.E.G.M. Hermans, Private Clinics for Employees as a Dutch Solution for Waiting Lists: Economic and Legal Arguments, in *Health Policy*, 47, p. 1-17, 1999.

Brouwer, W.B.F., Exel, J. van, Hermans, H.E.G.M., et Stoop, A., Should I stay or should I go? Waiting Lists and Cross-Border Care in the Netherlands, in *Health Policy*, 63, 3, p. 289-298, 2003.

Cornelissen, R., The Principle of Territoriality and the Community Regulations on Social Security (Regulations 1408/71 and 574/72), in *Common Market Law Review*, 33, p. 439-471, 1996.

Crivelli, L.A., Cross-Border Care between Swiss Cantons: A Testing Lab for the Single European Market, in Leidl, R. (red.), *Health Care and its Financing in the Single European Market*, Amsterdam, IOS Press, p. 285-305, 1998.

Ferrera, M., Social Citizenship in the European Union: Toward a Spatial Reconfiguration?, in C.K. Ansell, G. di Palma (red.), *Restructuring Territoriality: Europe and the United States compared*, Cambridge, Cambridge University Press, p. 90-121, 2004.

France, G., Cross-border Flows of Italian Patients within the European Union: An International Trade Approach, in *European Journal of Public Health*, 7, 3 (supplement), p. 19-32, 1997.

Freeman, R., *The Politics of Health in Europe*, Manchester, Manchester University Press, 1999.

Gress, S., P. Groenewegen, J.Kerssens, B.Braun, J.Wasem, Free Choice of Sickness Funds in Regulated Competition: Evidence from Germany and The Netherlands, in *Health Policy*, 60, p. 235-254, 2002.

Hermans, H.E.G.M., A. den Exter, Cross-Border Alliances in Health Care: International Co-operation between Health Insurers and Providers in the Euregio Meuse-Rhine, *Croatian Medical Journal*, 40, 2, p. 266-272, 1999.

Hermans, B., Brouwer, W., *Quality Issues on Cross-Border Care: A Literature Research*, Dublin, EHMA, 2003.

Hirschman, A.O., *Exit, Voice, and Loyalty: Responses to Decline in Firms, Organizations, and States*, Cambridge, Harvard University Press, 1970.

Holsteyn, J. van, Minderheden en de Verkiezingen van 15 mei 2002, in H. Pellikaan, M. Trappenburg (red.), *Politiek in de Multiculturele Samenleving*, Amsterdam, Boom, p. 101-125, 2003.

Jorens, Y., The Right to Health Care across Borders, in M. McKee, E. Mossialos, R. Baeten (red.), *The Impact of EU Law on Health Care Systems*, (rapport sur ordre de la présidence belge de l'UE), Bruxelles, P.I.E.-Peter Lang, p. 83-122, 2002.

Katz, S.J., Verrilli, D., Barer, M.L., Canadians' Use of U.S. Medical Services, in *Health Affairs*, 17, 1, p. 225-235, 1998.

Leibfried, S. and Pierson, P., Semisovereign Welfare States, in Leibfried, S., Pierson, P. (red.), *European Social Policy: Between Fragmentation and Integration*, Washington, Brookings Institution, p. 43-77, 1995.

Mei, A.P. van der, *Free Movement of Persons within the European Community: Cross-Border Access to Public Benefits* (dissertation), Maastricht, Maastricht University, 2001.

Moran, M., *Death or Transfiguration? The Changing Government of the Health Care State* (EUI Working Paper 99/15), Florence, EUI, 1999.

Palm, W., Nickless, J., Lewalle, H. and Coheur, A., *Implications of Recent Jurisprudence on the Co-ordination of Health Care Protection Systems* (Rapport sur ordre du DG Emploi et Affaires sociales), Bruxelles, AIM, 2000.

Rokkan, S., *State Formation, Nation-Building, and Mass Politics in Europe: The Theory of Stein Rokkan* (based on his collected works), (red. P. Flora, S. Kuhnle, D.Urwin), Oxford, Oxford University Press, 1999.

De Swaan, A., *Zorg en de Staat*, Amsterdam, Bert Bakker, 1996.

Vollaard, J.P., Nieuw Europees Symbool: Gezondheidskaart vergemakkelijkt Grensoverschrijdende Zorg, in *Medisch Contact*, p. 958-959, 4 juin 2004a.

Vollaard, J.P., Solidarity, Territoriality and Healthcare: Cross-National Policy Learning in Europe, in Vigoda-Gadot, E., Levi-Faur, D. (red.), *International Public Policy and Management: Policy Learning beyond Regional, Cultural, and Political Boundaries*, Marcel Dekker, p. 267-296, 2004b.

Vollaard, J.P., European integration and unfreezing territoriality: The case of the European health card, in R. Holzhaecker and M. Haverland (red.), *European Research Reloaded*, Deventer, Kluwer, 2006 (à paraître).

TABLE DES MATIERES

LIMITES ET FONDEMENTS DE LA MOBILITE DES PATIENTS DANS L'UNION EUROPEENNE

1. INTRODUCTION	225
2. ORGANISATION TERRITORIALE DES SYSTEMES DE SOINS	225
3. LA LIBRE CIRCULATION EN EUROPE : UNE ATTEINTE A LA TERRITORIALITE ETATIQUE DES SOINS	228
4. LA LUTTE POUR LE CONTROLE DES SYSTEMES NATIONAUX DE SOINS	230
5. ETUDES EXISTANTES RELATIVES AU FONDEMENT DE LA MOBILITE DES PATIENTS	236
6. MODELE DE DECLARATION RELATIF AUX FONDEMENTS ET AUX LIMITES DE LA MOBILITE DES PATIENTS	238
7. LES SYSTEMES DE SOINS PERDENT-ILS LEUR ASSISE TERRITORIALE ?	240
7.1. EXIT	240
7.2. VOICE	242
7.3. FIDELITE.	243
8. SOLIDARITE EUROPEENNE DANS LE SECTEUR DES SOINS DE SANTE ?	244
BIBLIOGRAPHIE	247

INCLUSION SOCIALE

**LES INDICATEURS COMMUNS DANS LE PLAN D'ACTION NATIONAL
POUR L'INCLUSION SOCIALE : EVALUATION INTERMEDIAIRE**

257 |

LES INDICATEURS COMMUNS DANS LE PLAN D'ACTION NATIONAL POUR L'INCLUSION SOCIALE : EVALUATION INTERMEDIAIRE

PAR RUDI VAN DAM (1)

1. INTRODUCTION

Dans le cadre de la stratégie européenne de Lisbonne (2000), la Belgique, à l'instar des autres Etats membres de l'UE, établit régulièrement un Plan d'action national visant à réduire considérablement la pauvreté et l'exclusion sociale d'ici 2010. Ce plan est établi conformément à une méthode définie à l'échelon européen. Cette méthode confère une place centrale aux indicateurs dits : d'inclusion sociale. De manière globale, ces indicateurs peuvent être décrits comme des indices statistiques revêtant une valeur indicative particulière en ce qui concerne la problématique de la pauvreté et de l'exclusion sociale. Ils doivent notamment permettre d'évaluer si cette problématique évolue de manière favorable. Un premier Plan d'action national pour l'inclusion sociale (PANincl) avait été établi pour la période 2001-2003. A cette époque toutefois, aucune série d'indicateurs communs n'avait été convenue à l'échelon européen. Ces indicateurs ont néanmoins été inclus au PANincl suivant, relatif à la période 2003-2005. Le PANincl 2003-2005 était dès lors le premier plan dans lequel une série d'indicateurs UE communs devait être utilisée. Le présent article examine la manière dont les indicateurs ont été mis en œuvre et la mesure dans laquelle ils ont atteint leurs objectifs. Une telle évaluation permet de formuler des recommandations.

Afin de permettre une bonne compréhension de l'article, il convient de souligner que l'accent est mis principalement sur la série d'indicateurs communs approuvés à l'échelon européen. Il s'agit des indicateurs que chaque Etat membre de l'UE est tenu d'intégrer au PANincl. En outre, les pays peuvent utiliser leurs propres indicateurs nationaux afin d'observer la situation sur le plan de la pauvreté et de l'exclusion sociale. Ces indicateurs ne constituent pas le point d'attention central dans le présent article, bien qu'ils puissent être évoqués indirectement.

(1) L'auteur travaille pour le SPF Sécurité sociale, DG Politique sociale. Le présent article a été rédigé par l'auteur dans sa fonction de chercheur auprès du Centre de Politique sociale, Université d'Anvers. L'article, réalisé dans le cadre du programme Agora de la "Politique scientifique fédérale", constitue le traitement d'une note pour le 'Groupe Indicateurs du PANincl' (décembre 2004). L'auteur remercie Hendrik Larmuseau et Peter Lelie pour les commentaires fournis dans une version antérieure de l'article. L'auteur demeure bien entendu responsable de son contenu.

2. CADRE ET OBJECTIFS DES INDICATEURS D'INCLUSION SOCIALE

Le cadre global d'évaluation des indicateurs a été établi lors du sommet européen de Lisbonne (mars 2000), où il avait été convenu que les Etats membres devaient entreprendre des mesures qui, d'ici 2010, exerceraient un impact majeur sur l'éradication de la pauvreté. Lors du même sommet de Lisbonne, la Méthode ouverte de coordination (MOC) a été adoptée en tant que méthode permettant de concrétiser les progrès sur le plan social. Lors du sommet européen de Nice (décembre 2000), quatre objectifs clés avaient été fixés sur le plan de l'inclusion sociale. Les objectifs sont les suivants : (1) promouvoir la participation à l'emploi et l'accès de tous aux ressources, aux droits, aux biens et aux services, (2) prévenir les risques d'exclusion, (3) agir en faveur des plus vulnérables et (4) mobiliser l'ensemble des acteurs. Ultérieurement, lors du sommet européen de Laeken de décembre 2001, les Etats membres ont adopté une série d'indicateurs communs. Au sommet de Barcelone (2002), la 'stratégie de Lisbonne' a été complétée par l'accord conclu entre les Etats membres afin d'introduire aux PAN également des 'objectifs' de réduction de la pauvreté et de l'exclusion sociale.

Le Comité de protection sociale décrit l'objectif des indicateurs comme suit : « Ces indicateurs devraient permettre aux États membres et à la Commission de vérifier quels sont les progrès réalisés dans la recherche de l'objectif fixé par le Conseil européen de Lisbonne, à savoir, l'élimination de la pauvreté d'ici 2010, une meilleure compréhension de la pauvreté et de l'exclusion sociale dans le contexte européen et la définition et l'échange de meilleures pratiques » (CPS, octobre 2001). En outre, dans le 'Schéma commun' des PAN 2003-2005 de la Commission et des Etats membres, les indicateurs ont été dotés d'une fonction, dans la formulation 'd'objectifs'. Ce Schéma commun précisait qu'il faudrait fixer des objectifs quantifiés concernant la réduction du nombre de personnes menacées de pauvreté et d'exclusion sociale. Au besoin, ces objectifs devraient être fondés sur les indicateurs communs (Rapport conjoint de la Commission et du Conseil sur l'inclusion sociale, 2004) (2).

La littérature relative aux indicateurs attribue aux indicateurs, en tant qu'instruments politiques, d'autres objectifs et effets possibles. Atkinson et al. (2004) semblent aller au-delà des objectifs officiels en faisant référence à la possibilité que les indicateurs enregistrent, non seulement les effets d'une politique, mais contribuent également à son élaboration. Selon les auteurs, les indicateurs seraient ainsi susceptibles de créer une politique d'inclusion sociale plus cohérente dans les Etats membres de l'UE. Vandembroucke (2002) renvoie explicitement au rôle normatif que les indicateurs peuvent jouer s'ils sont liés aux objectifs. D'autres objectifs, plus ou

(2) Le texte indique également : « Le cas échéant, ces objectifs devraient en outre s'appuyer sur les données nationales qui reflètent le mieux les aspects de la pauvreté et de l'exclusion sociale qui constituent une priorité pour un État membre. »

moins similaires, sont les suivants : établissement d'un agenda politique ('agenda setting') et la 'création d'un langage commun de discussion pour les questions de politique sociale' (Atkinson, 2002, Atkinson et al. 2002b).

Les indicateurs constituent autant d'éléments de la Méthode ouverte de coordination (MOC). Dans le cadre de cette MOC, les Etats membres peuvent, conformément au principe de subsidiarité, choisir librement les instruments de politique leur permettant de réaliser les objectifs communs fixés. La Commission européenne et les Etats membres sont censés identifier, promouvoir et mettre en œuvre des 'meilleures pratiques'. Les indicateurs constituent des éléments fondamentaux et ne doivent pas uniquement permettre d'observer les progrès enregistrés, mais également d'identifier des mesures politiques qui influencent la pauvreté et l'exclusion sociale et sont dès lors un exemple à suivre (voir Atkinson et al., 2002, Vandembroucke, 2002, Nicaise et al., 2003, Berghman, 2004).

Les indicateurs sont répartis en trois catégories : indicateurs primaires, secondaires et tertiaires. Les indicateurs primaires sont les indicateurs principaux qui couvrent les vastes domaines considérés comme les plus importants sur la voie qui mène à l'exclusion sociale. Les indicateurs secondaires soutiennent ces indicateurs principaux et décrivent d'autres aspects du problème. Les indicateurs primaires et secondaires sont des indicateurs communs européens. Les indicateurs de troisième niveau ou tertiaires sont des indicateurs nationaux qui sont joints par les Etats membres aux indicateurs européens afin d'attirer l'attention sur des situations spécifiques ou de faciliter l'interprétation des indicateurs primaires et secondaires. Ces indicateurs ne sont pas harmonisés au niveau européen. L'annexe 1 contient un aperçu des indicateurs communs.

3. EVALUATION DES INDICATEURS DANS LE PANINCL

Lors du deuxième tour des PANincl, les Etats membres étaient censés utiliser les indicateurs communs pour la première fois, afin d'étayer leur analyse de la situation sociale et de mesurer les progrès enregistrés par rapport aux objectifs fixés. Le PANincl 2003-2005 répond-il aux attentes en ce qui concerne le rôle des indicateurs ?

Le rapport conjoint de la Commission européenne et du Conseil européen sur l'inclusion sociale (mars 2004) et l'analyse de Mabbett (2004) (3) répondent négativement à cette question. La constatation clé du Rapport conjoint est que de nombreux pays utilisent, certes, les indicateurs pour fournir une description plus ou moins détaillée de la situation de la pauvreté et de l'exclusion sociale, mais que cette analy-

(3) Etant donné qu'actuellement, la littérature abordant ce thème fait défaut, nous nous basons ici volontiers sur cette étude. Par souci de loyauté à l'égard de son auteur, il convient de noter qu'il s'agit d'un document rédigé aux fins d'une conférence, et ne constituant pas nécessairement la version finale.

se est à peine intégrée au volet central des PAN, à savoir celui abordant la stratégie permettant de s'attaquer à la pauvreté et à l'exclusion sociale. Il est vrai que les différents pays se distinguent par la mesure dans laquelle les indicateurs sont intégrés au PAN. Mabbett (2004) discerne ici différents niveaux (4) :

- rapporter et analyser les résultats;
- traduire les indicateurs communs en indicateurs nationaux ou en mesures politiques nationales;
- établissement de l'agenda, ce qui implique une influence des indicateurs sur l'agenda politique;
- orienter la politique sur les indicateurs de façon explicite;
- 'benchmarking' : les indicateurs donnent-ils lieu à la formulation de meilleures pratiques ?

Dans la plupart des PAN, le rôle des indicateurs demeure confiné au premier niveau. Certains pays vont un pas plus loin et établissent le lien avec leurs propres indicateurs nationaux (Royaume-Uni et Allemagne). L'influence sur l'agenda politique (niveau 3) s'exerce clairement de manière plus forte dans les pays méridionaux, sans doute en raison du fait, également, que ces pays enregistrent des résultats plus faibles pour les indicateurs. Mabbett trouve à peine quelques exemples de 'meilleures pratiques'.

Un autre aspect de l'intégration des indicateurs dans le PANincl pourrait être ajouté ici, à savoir la mesure dans laquelle les indicateurs sont utilisés comme base pour la formulation d'objectifs ('targets'). La Commission et le Conseil notent dans le Rapport conjoint, qui analyse l'ensemble des PAN, que la Grèce, l'Espagne, l'Irlande et le Portugal posent comme principe des objectifs globaux. En Grèce, en Espagne et au Portugal, cet objectif se base sur l'indicateur de Laeken, à savoir les 60 % du revenu médian. D'autres Etats membres (Irlande, France, Pays-Bas, Portugal, Suède et R.-U.) fixent systématiquement des objectifs quantitatifs, mais ces derniers ne reposent pas sur les indicateurs de Laeken. D'autres pays fixent des objectifs moins systématiques (Italie, Finlande, Allemagne) ou n'en fixent aucun (Belgique).

Sur la base de ces analyses, nous pouvons conclure que les indicateurs ne concrétisent pas, pour l'instant, le rôle qui leur a été attribué en vertu de la MOC, une constatation établie également dans le Rapport conjoint (p. 155). Pourquoi ?

Différentes explications peuvent être avancées concernant le manque d'intégration des indicateurs au PANincl. De manière générale, ce désintérêt a été imputé à l'absence de corrélation entre les indicateurs communs et la politique nationale. En outre, une importance majeure est accordée à la nature des indicateurs communs (cf. Rapport conjoint p. 155, Mabbett, 2004, Cantillon, 2004). En effet, sur le plan de la subsidiarité, l'on a opté pour des indicateurs dits 'outcome'; ceux-ci reflètent

(4) Il convient de noter ici que Mabbett a limité son analyse aux PAN du R.-U., de la Suède, de l'Espagne, de l'Allemagne et de la Grèce, en axant son contenu principalement sur la pauvreté infantile.

le résultat final au niveau d'une problématique sociale donnée (par exemple, le pourcentage de personnes situées en dessous de la norme du risque de pauvreté), mais laissent aux Etats le libre choix des instruments politiques permettant la réalisation des objectifs à ce niveau. L'avantage de ces indicateurs de résultats, est qu'ils rendent opérationnels les objectifs de Lisbonne. En outre, ils sont conformes, sur la base du principe de subsidiarité, au style de pratique politique européen. Par ailleurs, ils présentent néanmoins le désavantage d'être influençables, autant par des facteurs économiques et démographiques que par la politique pratiquée. Le lien existant entre les mesures et les indicateurs n'est dès lors pas évident et ne peut pas être établi directement. L'utilisation des indicateurs communs en tant qu'instruments de contrôle n'est dès lors pas évidente.

Un autre élément explicatif réside sans doute dans l'absence de tradition en ce qui concerne l'utilisation d'indicateurs sociaux dans la préparation politique. Mabbett renvoie ici au fait que la pratique politique européenne est déjà peu basée sur les preuves et est par ailleurs principalement axée sur des volets. En résulte, selon Mabbett, le fait que les mesures politiques des PAN s'inscrivent plutôt dans la lignée des Objectifs communs (Nice) que dans celle de l'analyse de la situation sur la base des indicateurs. Mabbett conclut que l'agenda politique qui se dégage de la MOC, trouve son origine en majeure partie dans un discours européen et tient peu compte des indicateurs (5). L'auteur insiste sur le risque qu'une telle politique initiée à l'échelon européen par l'intermédiaire de la MOC ne soit absorbée par les administrations nationales « dans un univers parallèle de micro-mesures et de micro-catégories ».

Un dernier élément explicatif est lié à l'exhaustivité et à l'état d'actualité de la liste d'indicateurs. L'on a souligné (notamment dans le Rapport conjoint, p. 157-158), que pour un certain nombre de domaines pertinents quant à la problématique de la pauvreté et de l'inclusion sociale, aucun indicateur commun n'est encore disponible. Tel est notamment le cas pour les domaines de la santé, des conditions de vie et du logement. Des données font également défaut concernant certains groupes vulnérables tels que les toxicomanes, les sans-abri et les minorités ethniques. Il est par ailleurs souligné que la période à laquelle les indicateurs se rapportent, est trop ancienne. C'est ainsi que nombre des principaux indicateurs communs du PANincl 2003-2005 se réfèrent à l'année 2000. Cette inadéquation est souvent perçue comme un obstacle majeur à la possibilité d'utilisation pratique des indicateurs comme instruments de préparation et de contrôle de la politique.

(5) Parmi les éléments de ce discours, l'on compte notamment l'accent mis sur une politique d'activation, sur la formation tout au long de la vie, la promotion de l'économie sociale, la conciliation entre vie privée et vie professionnelle et l'attention accordée aux catégories vulnérables, notamment aux minorités ethniques, aux personnes handicapées et aux sans-abri. Il est également frappant de constater dans les PAN de la plupart des nouveaux Etats membres que, en dépit de leur situation socio-économique radicalement différente, des éléments de ce discours et de cette approche s'y retrouvent largement.

4. QUEL AVENIR POUR LES INDICATEURS COMMUNS DANS LE PANINCL. ?

En 2005, à l'issue de la période de l'actuel PANincl, nous serons à mi-parcours du délai accordé dans la stratégie de Lisbonne sur le plan de l'inclusion sociale (2001-2010). Parallèlement, il convient de constater que l'un des instruments clés de cette stratégie ne fonctionne pas comme prévu (jusqu'à présent). Les indicateurs ne sont pas intégrés au PANincl. Ils ne font pas partie de l'élaboration des politiques et ne sont pas non plus utilisés comme instruments de contrôle. Ce paragraphe développe ensuite l'argument que pour respecter ces remarques, il convient de prendre des initiatives à quatre niveaux. De manière globale, ces propositions correspondent à une approche statistique et méthodique plus approfondie. Celle-ci correspond par ailleurs aux recommandations formulées dans le Rapport conjoint (p. 42). Pour réaliser ces recommandations, et comme mentionné à plusieurs reprises, une augmentation de la capacité statistique est néanmoins très souhaitable, tant sur le plan de la collecte des données que sur celui de l'élaboration des indicateurs et celui de la capacité d'analyse (cf. notamment le Rapport conjoint, p. 6, Groupe de haut niveau sur l'avenir de la politique sociale dans une Union européenne élargie (2004), p. 42).

Les recommandations suivantes sont abordées ci-après. En premier lieu, des efforts importants doivent être consentis sur le plan des données de base nécessaires. Ensuite, il conviendra de compléter et d'améliorer davantage la liste des indicateurs et de réaliser une analyse approfondie de ces indicateurs permettant d'identifier les défis. Enfin, une phase de planification est ensuite requise afin de vérifier quelles mesures sont possibles ou nécessaires et quelles en seront les conséquences.

4.1. COLLECTE DES DONNEES DE BASE POUR LA CREATION D'INDICATEURS

Les indicateurs ne peuvent remplir leur rôle dans la MOC que si les données recueillies sur lesquelles ils reposent, sont valides et fiables. Le fait que de nombreux indicateurs sont basés sur des informations provenant d'enquêtes, Atkinson et al. (2002) renvoient déjà à l'importance de la qualité de ces données (p. 37 et suiv.). C'est justement à ce niveau que des problèmes sont apparus en Belgique au cours de ces dernières années. Différentes enquêtes et études ont reflété des images différentes de la situation et de l'évolution de la pauvreté ainsi que de l'inégalité des revenus en Belgique (cf. notamment Cantillon, et al., 1999, Eurostat, 2000). Cette situation était imputable en partie à l'utilisation de différents concepts et méthodes, mais principalement également à des erreurs au niveau de la collecte des données et les procédures de traitement (cf. Van Hoorebeeck, et al., 2004). L'incertitude qui en découle au sujet des faits, a sans doute contribué à l'instauration d'un certain immobilisme et à une sous-exploitation des indicateurs. La Survey on Income and Living Conditions (SILC) constitue l'occasion de prendre un nouveau départ dans ce domaine. En dépit du fait que le Service Statistique et Informations économiques du SPF Economie (INS) consent des efforts considérables pour assurer la qualité de la SILC, certains points suscitent encore des préoccupations.

Un premier point d'attention réside dans l'ampleur de l'échantillon de l'enquête. Ce point est important principalement en vue d'assurer la fiabilité statistique de la ventilation des indicateurs en fonction des caractéristiques fondamentales et des évolutions des résultats. Dans ce domaine, l'enquête du Panel des ménages de la Communauté européenne (ECHP) comporte certainement beaucoup de lacunes. L'ampleur du remplaçant du ECHP, la SILC, peut être qualifiée de suffisante au niveau belge, mais s'avère plutôt minimaliste au niveau des Régions, surtout lorsque des scissions sont effectuées à ce niveau également. Une contribution à l'expansion de l'échantillon aux Régions – autant de partenaires concernés dans le PANincl – pourrait constituer une solution.

Outre l'étendue initiale de l'échantillon, la mesure dans laquelle les ménages sélectionnés collaborent à l'enquête, et le traitement statistique des informations revêtent également une importance capitale. Dans ce contexte, la question se pose de savoir s'il est possible de développer des stratégies, dans le cadre de la SILC, afin de combler une faiblesse traditionnelle des précédentes enquêtes belges sur les revenus (Panel Socioéconomique, PSBH/ECHP et enquête sur les budgets des ménages) à savoir le faible taux de réponse. Bruxelles pose ici plus particulièrement un défi bien spécifique. Les taux de réponse pour cette Région sont traditionnellement (encore) plus bas par rapport à ceux des autres régions. Dégager des indicateurs distincts pour cette Région devient dès lors une véritable gageure. Il est fortement souhaitable qu'une attention toute particulière soit accordée à ce problème.

Des défis majeurs se posent également en ce qui concerne la manière dont les participants à l'enquête sont interrogés concernant certaines caractéristiques (exemples : qualité de l'habitat, revenus des indépendants, etc.).

Parallèlement, il y a lieu de constater que l'encadrement de la SILC selon les normes internationales et eu égard aux ambitions et aux objectifs de la SILC et du PANincl, est plutôt minimal. Bien que ce volet dépasse quelque peu le cadre du PANincl, il semble tout de même opportun – étant donné l'importance des informations de base pour le PANincl – de plaider en faveur d'une stratégie globale de collecte d'informations (6) visant une amélioration systématique de la qualité des informations et permettant de combler les lacunes relatives à la disponibilité d'informations de base. Dans cette perspective, l'actualisation des données et les indicateurs qui se basent sur ces données, constituent également un point d'attention. Toutefois, il convient de souligner ici le fait que, si l'on ne souhaite pas affecter la qualité des données, un certain écart temporel existera toujours entre la période à laquelle les indicateurs se rapportent et l'actuelle élaboration des politiques. Il convient néanmoins de ne pas surestimer l'importance de ce facteur. Les défis politiques tels qu'ils devraient se dégager d'une analyse des indicateurs, présentent généralement un caractère plutôt structurel et n'évoluent pas de manière considérable sur 1 à 2 ans.

(6) Il est fait référence ici aux différents aspects de la collecte de données : conception de l'enquête et de l'échantillon, formulation des questions, formation des enquêteurs, organisation du travail sur le terrain, etc.

4.2. COMPLETER LES INDICATEURS COMMUNS

Il est évident que la liste des indicateurs communs requiert un développement supplémentaire. Déjà, lors la préparation de la liste déjà, l'on a constaté que certains indicateurs jugés importants ne pourraient pas être préparés immédiatement (cf. notamment Atkinson et al., 2002). En effet, il est apparu clairement que les informations de base faisaient défaut pour la préparation de certains indicateurs. Pour d'autres zones problématiques, aucun indicateur n'avait pu être trouvé en raison de l'absence d'une base conceptuelle suffisamment clarifiée ou en raison d'une combinaison d'imprécisions conceptuelles et d'informations manquantes.

Dans son rapport sur les indicateurs dans le domaine de la pauvreté et de l'exclusion sociale, le Comité de protection sociale (octobre 2001) recommande d'approfondir, outre les indicateurs adoptés de commun accord, les recherches sur les aspects ci-après :

- amélioration des informations comparables et prise en compte de la notion de 'logement décent', des coûts du logement et des personnes sans abri;
- établissement d'indicateurs sur les aptitudes pour la lecture, l'écriture et le calcul et sur l'accès à l'éducation;
- dans le domaine de la santé, études de critères en ce qui concerne l'espérance de vie corrigée en fonction de la qualité, la mortalité prématurée en fonction du statut socio-économique et (...) de l'accès aux soins de santé;
- prise en compte des groupes ne vivant pas dans des 'ménages privés', en particulier les personnes sans abri et les personnes institutionnalisées.

Pour l'instant, peu de progrès ont été enregistrés dans ce domaine depuis le sommet de Laeken, lorsque la liste initiale d'indicateurs communs avait été adoptée. Le principal progrès concerne l'indicateur lié à la compréhension à la lecture chez les élèves, basé sur l'enquête PISA de l'OCDE. Cet indicateur a été inclus dans la série d'indicateurs communs. Le seuil de pauvreté a ensuite été 'promu' au rang d'indicateur primaire, censé permettre de situer les différences relatives au bien-être entre les Etats membres de l'UE. Dans le PANincl belge, les indicateurs communs ont été complétés par une série étendue d'indicateurs nationaux (tertiaires), de sorte que pour la quasi totalité des dimensions pertinentes de la problématique de la pauvreté, au moins un indicateur soit disponible. Il n'en demeure pas moins que la série d'indicateurs belges (indicateurs communs et nationaux) est également susceptible d'un développement supplémentaire.

L'annexe 2 contient un aperçu détaillé des compléments et des améliorations souhaitables et possibles. Certains des défauts restants peuvent être comblés à court terme, tels que l'inventaire des catégories de la population manquantes, un indice d'inégalité sur le plan de la santé, indicateurs sur le cumul de besoins insatisfaits, etc. D'autres compléments ne sont possibles que grâce à un programme de recherche à long terme (ex. : développement d'une norme budgétaire) ou grâce à l'organisation de collectes d'informations complémentaires. De manière générale, la disponibilité et la qualité des informations nécessaires constituent d'ores et déjà le problème principal.

4.3. LA NECESSITE D'UNE ANALYSE DES INDICATEURS CONCERNANT L'INCLUSION SOCIALE

Bien que des éléments et des améliorations méthodologiques soient encore nécessaires, il est peu probable que ces derniers suffisent à une meilleure intégration de la série d'indicateurs dans le PANincl. D'autres études ont révélé que les indicateurs actuels, en dépit de leurs imperfections, permettent malgré tout d'aboutir à des diagnostics pertinents sur le plan politique de la situation de la pauvreté (cf. notamment Cantillon e.a., 1999, Van den Bosch, 2000, Atkinson e.a., 2005). Il convient dès lors de constater que les indicateurs du PANincl belge 2003-2005 sont sous-exploités. Cette constatation est sans doute valable également pour la plupart des autres Etats membres.

Pour combler le fossé existant entre les indicateurs et les mesures politiques, d'autres mesures semblent nécessaires. Il faut songer ici en premier lieu à une analyse plus efficace des indicateurs, en fonction d'un diagnostic des principaux défis à relever sur le plan de l'inclusion sociale. Le fait de « favoriser une meilleure compréhension de la pauvreté et de l'exclusion sociale », comme formulé par le Comité de protection sociale, constitue un objectif formel des indicateurs et constitue le point de départ nécessaire pour une meilleure intégration des indicateurs dans le PANincl. Une analyse plus approfondie constitue par ailleurs le point de départ d'une approche plus méthodique, telle que l'implique le PANincl et que le souligne à maintes reprises le Rapport conjoint (7).

Avoir en vue le traitement des indicateurs dans le PAN, cela implique que les indicateurs doivent être davantage des réponses à certaines questions : quels sont les groupes à risque, quelle est leur ampleur, pourquoi s'agit-il de groupes à risque, quelle est l'ampleur des déficits, dans quelle mesure certaines catégories de la population cumulent-elles les déficits, quelle politique fonctionne et dans quels domaines la politique présente-t-elle actuellement des déficits ? Bref, il conviendra de réunir les éléments nécessaires à une analyse des points forts/points faibles sur la base des indicateurs susceptibles d'orienter la politique en matière d'inclusion sociale. Par ailleurs, il s'agira là du point de départ nécessaire pour assurer une 'politique de Lisbonne' adéquate.

Une telle approche analytique permettra également de dégager les indicateurs supplémentaires (améliorations supplémentaires des indicateurs) qu'il conviendrait de prendre en considération en fonction de la formulation de conclusions pertinentes sur le plan politique.

(7) Le paragraphe 3 du Rapport conjoint (Démarches stratégiques adoptées dans les PAN/incl) souligne que trois aspects critiques doivent présider à la mise au point de plans stratégiques de lutte contre l'exclusion sociale, notamment l'élaboration de plans cohérents et conçus de manière logique (outre leur caractère exhaustif et pluridimensionnel et la nécessité, pour ces plans, de viser des objectifs clairs) « ...Pour cela ils doivent reposer sur une analyse en profondeur de la situation et définir des priorités et des objectifs clairs avant de proposer des actions spécifiques destinées à atteindre ces objectifs. » (p. 43).

Etant donné que les indicateurs exercent également une fonction de contrôle, l'analyse doit se pencher tout particulièrement sur l'aspect temporel. Atkinson (2002) souligne que l'aspect « l'observation des changements » n'est pas mis suffisamment en relief lors du développement des indicateurs. La question cruciale qu'il convient de se poser dans le cadre de la stratégie de Lisbonne est, en effet, celle de savoir si nous évoluons dans la direction souhaitée et, dans une moindre mesure, celle de connaître le niveau auquel nous nous situons. Le PAN belge actuel reprend uniquement les chiffres disponibles de l'année la plus récente, en avançant comme explication le fait qu'il était difficile de calculer, dans le délai imparti, la signification statistique des éventuelles modifications. En raison de la nature de certains indicateurs et de la conception des enquêtes servant de base de calcul des indicateurs, il s'agit effectivement d'une matière complexe d'un point de vue statistique, mais qui ne peut, nullement, constituer un argument durable pour ne pas intégrer des séries chronologiques. En effet, l'objectif de la stratégie de Lisbonne consiste à aboutir à une réduction substantielle de la pauvreté. En d'autres termes, les indicateurs doivent refléter une telle amélioration substantielle de la situation dans le domaine de la pauvreté et de l'exclusion sociale que même sans évaluation statistique, il est raisonnablement plausible qu'une réelle amélioration de la situation ait eu lieu. A partir de ce raisonnement, il est pertinent d'intégrer également à chaque PAN, et si la situation le permet (8), des séries chronologiques, même lorsqu'il est impossible d'y baser des jugements relatifs aux modifications rencontrées d'une année à l'autre. Dans tous les cas, en considérant une période plus longue, les indicateurs devraient tendre vers une inclusion accrue. Cela ne signifie toutefois pas qu'il ne faut pas s'efforcer de prévoir les évaluations statistiques nécessaires, de manière à mieux pouvoir interpréter les modifications à court terme et à élaborer des jugements sur les évolutions à long terme également de manière statistique (cf. Dewilde e.a., 2004 à titre d'exemple).

4.4. LIEN ENTRE MOYENS POLITIQUES ET REALISATIONS POLITIQUES

Comme déjà mentionné précédemment, il s'agit d'indicateurs de réalisations, conformément à la MOC, où les Etats membres peuvent choisir seuls les instruments politiques leur permettant d'atteindre les objectifs, et où ils peuvent éventuellement s'inspirer mutuellement quant aux mesures efficaces ou non. Après le premier PAN incluant ces indicateurs, il a été reconnu de façon quasi générale que les indicateurs de résultats, bien qu'étant essentiels, sont peu opérationnels à proprement parler pour la politique. Etant donné que ces indicateurs sont influencés par une multitude de facteurs économiques, sociaux et démographiques, ils ne sont pas suffisamment fonctionnels que pour permettre l'évaluation d'efforts politiques concrets. Au cours des années précédentes, un certain nombre d'instruments quantitatifs complémen-

(8) En tout état de cause, pour autant qu'aucune modification des définitions n'ait été introduite dans un indicateur et pour autant qu'aucun autre facteur (ex. : météorologique) ne soit en cause, outre les incertitudes statistiques ordinaires.

taires a été suggéré afin de relier les ressources politiques et les résultats. Il s'agit ici d'intégrer des indicateurs de moyens, l'utilisation de simulations standard dans des ménages types et l'utilisation de modèles de micro-simulation.

Le PANincl belge 2003-2005 est déjà allé au-delà de la série d'indicateurs communs en intégrant des indicateurs de moyens. Des allocations minimales sont liées ici à la norme de la pauvreté, comme calculé dans les enquêtes. Il s'agit de l'appropriation des allocations minimales (nettes) et de l'opportunité du revenu minimal (net). Une minorité d'Etats membres utilisent ce type d'indicateurs (Pays-Bas, Irlande, France et Grèce). Les indicateurs de moyens ne font pas partie de la série des indicateurs UE communs, étant donné qu'ils ne sont pas jugés compatibles avec la MOC. Ces indicateurs peuvent néanmoins revêtir une pertinence considérable étant donné que (1) ils sont directement influençables par la politique et (2) ils sont clairement liés aux indicateurs de résultat. En d'autres termes, ils permettent de répondre à l'objection selon laquelle la série d'indicateurs correspond de manière insuffisante à la politique. Par ailleurs, dans ce domaine, la mission principale ne se limite pas au PANincl. Ces indicateurs peuvent également établir un lien avec les autres PAN (emploi, pensions, santé) et constituer en tant que tels un stimulant pour l'élaboration d'une politique intégrée (9). Il importe dès lors que les indicateurs soient cohérents dans les différents PAN.

Une étape supplémentaire dans le rattachement des indicateurs des moyens aux indicateurs des réalisations consiste à utiliser des simulations standard. Cette approche consiste à calculer les revenus bruts et nets d'une série étendue de ménages hypothétiques, compte tenu de la situation du ménage, des dispositions existantes de l'Etat-providence dont les ménages peuvent bénéficier, et des revenus du marché susceptibles d'être présents dans le ménage. Concrètement, il est tenu compte ici de la composition du ménage (nombre et âge des membres du ménage), de leur statut sur le marché du travail (temps de travail, niveau de salaire, durée du chômage, etc.), de la situation du logement, etc. Cette méthode illustre le niveau de protection sociale offert à ces ménages type. Elle permet d'évaluer si ce niveau correspond aux objectifs fixés préalablement et de répertorier les éventuels pièges de dépendance (cf. Cantillon e.a., 2004).

Une troisième méthode permettant de lier les moyens et les réalisations consiste à utiliser des modèles de micro-simulation. Ces modèles sont alimentés par des bases d'informations empiriques, représentatives pour la population. Ces modèles comportent les règlements de sécurité sociale et la fiscalité et permettent d'analyser l'effet de modifications sur un ou plusieurs paramètres politiques sur le plan de la pauvreté liée aux revenus, à la répartition des revenus et à l'efficacité des mesures politiques adoptées. Ces modèles permettent dès lors de vérifier les conséquences directes des mesures politiques sur les indicateurs de résultat et leurs conséquences budgétaires (cf. notamment Sutherland, 2001, Verbist, 2005).

(9) Ce point a été prévu dans le 'streamlining' des différents PAN (inclusion, pensions, santé) à partir de 2006.

5. RESUME ET CONCLUSIONS

Lors du sommet de Lisbonne (2000), les Etats membres de l'Union européenne se sont engagés à réduire de manière substantielle la pauvreté et l'exclusion sociale d'ici 2010. Afin de réaliser cet objectif, les Etats établissent régulièrement un Plan d'action national inclusion sociale établissant la stratégie politique. Les indicateurs occupent ici une place centrale. Ils doivent permettre d'identifier les défis politiques, d'évaluer si la situation en la matière évolue de manière positive et de dégager les 'bonnes pratiques', en sorte que les Etats membres puissent s'inspirer mutuellement.

Des attentes élevées étaient liées à l'intégration d'une série d'indicateurs dans la stratégie de Lisbonne. Après leur première mise en œuvre dans le PANincl 2003-2005, le bilan n'est pas univoque. D'une part, il convient de reconnaître que l'aboutissement à un consensus pour une série d'indicateurs communs relatifs à la pauvreté et à l'inclusion sociale, et à leur application, constituent une réalisation importante. D'autre part, il y a lieu de constater que cette application n'a pas répondu aux attentes. Il s'avère que les indicateurs sont certes représentés, mais sont ensuite à peine intégrés au PANincl. L'on constate que les indicateurs continuent à être sous-exploités. Cette constatation est valable pour le PAN belge, mais également pour celui des autres Etats membres de l'UE.

Diverses explications possibles ont été avancées à cet égard. Premièrement, il convient de souligner que les instruments (les indicateurs) et la méthode chiffrée de soutien politique constituent pour certains Etats membres une donnée nouvelle qui peut ne pas être conforme à la manière 'ordinaire' d'élaboration politique ou aux instruments propres. La nature des indicateurs ne permettrait pas non plus une intégration accrue des indicateurs dans le PANincl. En effet, les indicateurs de résultats sont influencés également par d'autres facteurs. En raison de ces facteurs, les indicateurs ne correspondraient pas suffisamment aux mesures politiques. Cette situation est renforcée par le fait que la valeur d'actualisation des indicateurs est souvent perçue comme étant trop limitée. Ils sont dès lors considérés comme revêtant une faible valeur informative dans le cadre de l'élaboration politique actuelle. Enfin, il faut également souligner que la série d'indicateurs présente encore des lacunes dans un certain nombre de domaines pertinents sur le plan de la politique d'inclusion sociale.

En vue de renforcer le rôle des indicateurs, il est souhaitable de poursuivre l'optimisation des éléments existants du PANincl, mais également d'ajouter des éléments nouveaux. Quant à l'optimisation des éléments existants, les mesures suivantes ont été jugées nécessaires :

- l'amélioration des données utilisées comme base de calcul des indicateurs, où il est plaidé pour une stratégie de données plus ambitieuse permettant une amélioration quantitative systématique à toutes les étapes de la collecte de données;

- l'amélioration et le perfectionnement conceptuel accrus des indicateurs de pauvreté et d'inclusion sociale.

Ces améliorations et perfectionnements sont, bien que nécessaires, insuffisants à proprement parler pour permettre une meilleure intégration des indicateurs dans le PANincl. Il a dès lors été proposé de compléter à l'avenir le PANincl comme suit :

- une analyse plus approfondie des indicateurs, en fonction de la formulation des forces et des faiblesses de la politique relative à la pauvreté et à l'inclusion sociale et en fonction de la formulation des défis politiques prioritaires;
- le rattachement des indicateurs de moyens politiques aux indicateurs 'outcome' via une analyse des mesures politiques adoptées, se basant notamment sur des techniques de simulation.

Différentes études ont révélé que les indicateurs actuels, en dépit de leurs lacunes, permettent malgré tout d'aboutir à des diagnostics pertinents sur le plan politique concernant la situation de la pauvreté. Dans le cadre du PANincl, et comme mentionné ci-dessus, des progrès considérables doivent encore être réalisés en ce qui concerne l'exploitation des indicateurs. Pour réaliser ces propositions, il est impératif de procéder à une extension de la capacité statistique sur le plan de la collecte de données et de l'analyse des résultats. Cette nécessité a également été soulignée dans divers documents UE (Rapport conjoint, Rapport du Groupe de haut niveau sur l'avenir de la politique sociale dans une Union européenne élargie). Une telle extension représente une condition sine qua non pour une meilleure intégration des indicateurs au PANincl. Cette meilleure intégration des indicateurs au PANincl est requise, à son tour, afin d'assurer la concrétisation de la stratégie de Lisbonne. Enfin, il conviendra en effet de déterminer la réussite de 'Lisbonne' au moyen de tels indices.

BIBLIOGRAPHIE

Atkinson, A., Cantillon, B., Marlier, E. et Nolan, B., *Social Indicators. The EU and Social Inclusion*, Oxford University Press, 240 p., 2002.

Atkinson, A., Cantillon, B., Marlier, E. et Nolan, B., *Taking forward the EU social inclusion process, An Independent report commissioned by the Luxemburg Presidency of the Council of the European Union*, Présidence Luxembourgeoise du Conseil de l'Union européenne, 2005.

Atkinson, A., *Social Europe and Social Science*, ESRC, 13th Annual Lecture, 2002.

Atkinson, A., Social Inclusion and the European Union, in *Journal of Common Market Studies*, volume 40, n° 4, 2002.

Atkinson, A., Marlier, E. et Nolan, B., Indicators and Targets for Social Inclusion in the European Union, in *Journal of Common Market Studies*, volume 42, n° 1, 2004.

Berghman, J., The Open Method of Coordination and the European Social Model, in Cantillon, B. et Vandamme, J., *The Open Method of Coordination and Minimum Income Protection in Europe*, Acco, Louvain/Voorburg, 2004.

Cantillon, B., De Lathouwer, L., Marx, I., Van Dam, R. et Van den Bosch, K., Indicateurs sociaux 1976-1997, in *Revue belge de la sécurité sociale*, année 41, n° 4, 1999.

Cantillon, B., Deleeck, H. et Van den Bosch, K., Pour une norme européenne de la pauvreté : recommandations, in *Revue belge de la sécurité sociale*, année 43, n° 2, 2001.

Cantillon, B., Minimale inkomensgarantie in Europa tussen subsidiariteit en federalisme, in Cantillon, B. en Vandamme, J., *The Open Method of Coordination and Minimum Income Protection in Europe*, Acco, Louvain/Voorburg, 2004.

Cantillon, B., Van Mechelen, N. et Van den Bosch, K., *Best Practices, or, How to Link Policy Inputs and Well-Being Outcomes: The Role of Policy Input Indicators*, paper presented at the Cange Qual seminar, Paris, 17-19 mai 2004.

Conseil de l'Union européenne, *Lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale=Définition des objectifs appropriés*, Transmission de texte, Bruxelles, 30 novembre, 2000.

Conseil de l'Union européenne, Rapport conjoint de la Commission et du Conseil sur l'inclusion sociale, Bruxelles, 2004.

De Graeve, D., Subwerkgroep gezondheid: onderzoeksagenda voor de toekomst, in Werkgroep indicatoren NAPincl., *Overzicht van de actualisering van de indicatoren van het NAPincl. 2003-2005*, avril 2004.

Dewilde, C., Levecque, Van den Bosch, K. et Vranken, J., La fiabilité des chiffres de pauvreté en Belgique in *Revue belge de la sécurité sociale*, n° 2, 2004.

European Commission, *Report of the High-Level Group on the future of social policy in an enlarged European Union*, Directorate-General for Employment and Social Affairs, 2004.

Groupe de travail Indicateurs PANincl, Aperçu de l'actualisation des indicateurs du PANincl 2003-2005, avril, 2004.

Mabbett, D., *Learning by numbers: The role of indicators in the social inclusion process*, paper for the ESPAnet Conference Oxford, 9-11 September, 2004.

Nicaise, I., Groenez, S., Vleminckx, K. et Demeuse, M., sous la direction de Berghman, J., *The Belgian National Action Plan for Social Inclusion 2001-2003: a preliminary evaluation. Rapport d'experts non gouvernementaux, rapport à la Commission européenne (DG Emploi et Affaires sociales)*, juin, 2003.

Nicaise, I. et Groenez, S., Note de synthèse sous-groupe de travail 'enseignement', in *Groupe de travail Indicateurs PANincl, Aperçu de l'actualisation des indicateurs du PANincl 2003-2005*, avril, 2003.

Plan d'action national belge Inclusion sociale 2003-2005, version actualisée, juillet 2004 -11-16.

Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale, Une autre approche des indicateurs de pauvreté : recherche-action-formation, mars, 2004.

Sutherland, H., *Reducing Child Poverty in Europe: what can static microsimulation tell us?*, Euromod Working Paper No. EM5/01, 2001.

Van den Bosch, K., Armoede in België: een exploratie van de oorzaken van de stijging in de jaren negentig in Vranken, J., Geldof, D., Van Menxel, G., et Van Ouysel, J., *Jaarboek Armoede en sociale uitsluiting* Acco, Louvain/Leusden, 2000.

Van den Bosch, K., *Measuring deprivation in the EU: to use or not to use subjective information*, paper presented at the IARIW-conference, Cork, Irlande, août, 2004.

Verbist, G., *Taxes on Social Benefits in the EU. A distribution analysis using EUROMOD*, CSB-Berichten, avril, Université d'Anvers, 2005.

ANNEXES

ANNEXE 1 : LISTE D'INDICATEURS COMMUNS

1. Indicateurs primaires

■ Rapport interquintile de revenu S80/S20 : ratio entre le revenu total reçu par les 20 % de la population au revenu le plus haut (quintile supérieur) et le revenu total reçu par les 20% de la population au revenu le plus bas (quintile inférieur). Le revenu doit être compris comme le revenu disponible équivalent.

■ Seuil de risque de pauvreté (valeurs illustratives). La valeur du seuil de risque de pauvreté (60 % du revenu national médian équivalent) en parités de pouvoir d'achats, en euros et en monnaie nationale pour deux types de ménages illustratifs :
a) un isolé;
b) un ménage composé de deux adultes et deux enfants.

■ Taux de risque de pauvreté : pourcentage de personnes ayant un revenu équivalent disponible inférieur à 60 % du revenu national médian équivalent. Le revenu équivalent est défini comme le revenu total disponible du ménage, divisé par sa 'taille équivalente' afin de tenir compte de la taille et de la composition du ménage. Il est attribué à chaque membre du ménage.

a) Selon l'âge et le sexe;

b) Selon le statut d'activité le plus fréquent (population de 16 ans et plus);

c) Selon le type de ménage;

d) Selon le statut de propriétaire ou de locataire;

e) Selon l'intensité de travail du ménage.

■ Taux de risque persistant de pauvreté (60 % de la médiane) : pourcentage de personnes ayant un revenu disponible équivalent inférieur à 60 % du revenu national médian équivalent durant l'année en cours et durant au moins deux des trois années précédentes.

Selon l'âge et le sexe.

■ Ecart médian relatif de risque de pauvreté : différence entre le revenu médian équivalent des personnes se situant en dessous du seuil de risque de pauvreté et le seuil de risque de pauvreté, exprimé en pourcentage du seuil de risque de pauvreté. Selon l'âge et le sexe.

■ Taux de chômage de longue durée : population en chômage de longue durée (\geq 12 mois - définition de l'OIT) en pourcentage de la population active totale âgée de 15 ans et plus.

Selon le sexe.

■ Population vivant dans un ménage sans emploi rémunéré :

a) Enfants : pourcentage d'enfants (0 à 17 ans) vivant dans un ménage sans emploi rémunéré par rapport à tous les enfants.

b) Adultes d'âge actif : pourcentage d'adultes d'âge actif (18 à 59 ans) vivant dans un ménage sans emploi rémunéré par rapport à tous les adultes dans cette catégorie d'âge.

Les étudiants de 18 à 24 ans vivant dans un ménage qui ne compte que des étudiants, ne sont pas pris en considération, ni dans le numérateur, ni dans le dénominateur.

Selon le sexe.

■ Cohésion régionale : coefficient de variation des taux d'emploi au niveau NUTS 2 (en Belgique : les provinces).

Selon le sexe.

■ Espérance de vie : nombre d'années qu'une personne peut espérer vivre, en commençant à l'âge 0, 1 et 60.

Selon le sexe.

■ Autoévaluation de l'état de santé par niveau de revenus : pourcentage de la population âgée de 16 ans et plus dans le quintile inférieur et dans le quintile supérieur de la distribution des revenus équivalents, qui se considère en mauvaise ou en très mauvaise santé.

Selon l'âge et le sexe.

■ Jeunes quittant prématurément l'école et ne poursuivant pas d'études ou de formation : part de la population totale des personnes âgées de 18 à 24 ans ayant atteint le niveau 2 de la CITE (enseignement secondaire inférieur) ou moins et ne suivant pas d'études ou de formation dans les quatre semaines précédant l'Enquête Forces de Travail.

Selon le sexe.

■ Faible performance des élèves en compréhension à l'écrit : pourcentage d'élèves de 15 ans se situant au niveau 1 ou en dessous sur l'échelle de compréhension à l'écrit PISA.

2. Indicateurs secondaires

■ Coefficient Gini : mesure synthétique de la part cumulative du revenu équivalent reçue par les pourcentages cumulatifs du nombre d'individus. La valeur du coefficient varie entre 0 % (égalité totale) et 100 % (inégalité totale).

■ Dispersion de part et d'autre du seuil de risque de pauvreté : pourcentage de personnes ayant un revenu disponible équivalent inférieur à 40 %, 50 % et 70 % du revenu médian national équivalent.

Selon l'âge et le sexe.

■ Taux de risque de pauvreté, mesuré avec un seuil de risque de pauvreté fixé dans le temps : dans l'année 't', le pourcentage de personnes ayant un revenu disponible équivalent inférieur au seuil de risque de pauvreté déterminé dans l'année t-3 (1998) et adapté en fonction de l'inflation au cours des trois années écoulées. Selon l'âge et le sexe.

■ Taux de risque persistant de pauvreté (50 % de la médiane) : pourcentage de personnes ayant un revenu disponible équivalent inférieur à 50 % du revenu national médian équivalent durant l'année en cours et durant au moins deux des trois années précédentes (p.m.). Selon l'âge et le sexe.

■ Taux de risque de pauvreté avant transferts sociaux (allocations) : pourcentage de personnes confrontées au risque de pauvreté, le revenu équivalent se calculant comme suit :

- a) Revenu à l'exclusion de tous les transferts sociaux (allocations);
- b) Revenu y compris les pensions de retraite et les pensions de survie et à l'exclusion de tous les autres transferts sociaux (allocations);
- c) Revenu y compris tous les transferts sociaux (allocations) (= indicateur I.4). Le même seuil de risque de pauvreté, c.-à-d. 60 % du revenu médian national équivalent disponible (après transferts sociaux / allocations) est utilisé pour le calcul des trois statistiques. Selon l'âge et le sexe.

■ Part des chômeurs de longue durée : population en chômage de longue durée (>= 12 mois - définition de l'OIT) en pourcentage de la population totale au chômage âgée de 15 ans et plus. Selon le sexe.

■ Taux de chômage de très longue durée : population en chômage de très longue durée (>= 24 mois - définition de l'OIT) en pourcentage de la population active totale âgée de 15 ans et plus. Selon le sexe.

■ Risque de pauvreté des travailleurs : pourcentage de personnes qui sont classées comme étant 'au travail' selon la définition du statut d'activité le plus fréquent (ind.I.4.b.) (salariés et indépendants) et qui sont confrontées au risque de pauvreté. Selon les caractéristiques de la personne, du ménage et de l'emploi.

■ Pourcentage de personnes ayant un faible niveau d'études - niveau 2 de la CITE (enseignement secondaire inférieur) ou inférieur - dans la population âgée de 25 ans et plus. Selon l'âge et le sexe.

ANNEXE 2 : APERCU DES COMPLEMENTS POSSIBLES ET SOUHAITABLES DES INDICATEURS DU PANINCL BELGE

1. Catégories de population manquantes

Tant les personnes impliquées dans l'élaboration des indicateurs que les associations de pauvres ont constaté que certains groupes (vulnérables) de la population n'étaient absolument pas représentés dans les informations servant de base de calcul des indicateurs. Ces groupes ne sont pas pris en considération. L'exemple par excellence est l'absence d'un indicateur relatif au nombre de sans-abri. Nous avons déjà mentionné ci-dessus que le rapport conjoint note également l'absence d'informations pour certains autres groupes à risque : toxicomanes, personnes institutionnalisées, minorités ethniques, ... Les illégaux peuvent également y être ajoutés.

Les raisons pour lesquelles ces groupes ne sont pas inclus dans les instruments ordinaires, sont diverses. Elles sont de nature pratique ou liées à la méthodologie de l'enquête, mais elles sont également de nature conceptuelle. Ainsi, les personnes institutionnalisées ne sont généralement pas incluses dans les enquêtes existantes, étant donné que leurs conditions de vie et leur situation de bien-être sont difficilement comparables à celles des personnes vivant dans un ménage privé. Les sans-abri ne peuvent pas être intégrés à une enquête standard à grande échelle, car ils ne peuvent pas être joints à une adresse fixe. En outre, il n'existe actuellement aucun système d'enregistrement permettant un recensement (10). Parmi ces groupes, certains font néanmoins partie, en principe, de la population étudiée, pour autant qu'ils séjournent dans un ménage privé. Exemple : les toxicomanes. Pour ce groupe, la question est de savoir dans quelle mesure il peut être approché et identifié sur la base d'une interview standard. Les minorités ethniques font également partie de la population d'étude. Dans ce cas, le problème d'une analyse minutieuse est lié principalement à l'ampleur trop réduite de l'échantillon et à la possibilité d'établir une délimitation adéquate du groupe. Enfin, les illégaux sont quasi par définition invisibles pour les statistiques officielles. Ils ne sont pas enregistrés et l'on peut douter qu'ils puissent être approchés efficacement pour une interview standard dans le cadre d'une enquête à grande échelle. Pour certains de ces groupes à risque, se pose sans doute également le problème de leur ampleur relativement réduite, et du fait qu'un nombre important de questions doit être posé afin de pouvoir refléter une image adéquate de la situation, pouvant conduire ainsi à une importante surcharge du questionnaire.

En résumé, le fait que certains groupes à risque spécifiques ne sont pas suffisamment mis en relief dans les sources d'information actuelles, n'est pas le fruit du hasard, mais résulte de problèmes méthodologiques sérieux. Aucune solution évidente à ce problème n'est dès lors disponible. Il semble néanmoins qu'une exigence minimale doive être respectée, à savoir celle de fournir une quantification aussi

(10) Bien que diverses instances s'y attèlent actuellement.

juste que possible des groupes qui ne sont pas 'représentés' dans les principaux indicateurs – principalement la population institutionnalisée – en opérant une division en différentes catégories secondaires : établissements pour personnes âgées, maisons de repos et de soins, établissements carcéraux, autres personnes institutionnalisées à long terme (patients psychiatriques, personnes handicapées) et sans-abri (11). Outre une quantification, une surveillance est également recommandée quant aux conditions de vie de ces catégories. Etant donné que, pour ces différents groupes, il faut utiliser des critères spécifiques pour évaluer les conditions de vie, il est sans doute préférable de recourir à des enquêtes ciblées (régulières).

2. Indicateurs liés au logement

Sur le plan du logement, le PANincl belge va plus loin que les indicateurs communs. Des indicateurs ont été intégrés relatifs à l'offre et à la demande de logements sociaux, à la qualité du logement (équipements existants et manquements) et au coût du logement. Etant donné que le logement représente un domaine capital dans la problématique de la pauvreté et de l'exclusion sociale, l'intégration de ces indicateurs constitue un progrès notable. De manière globale, les indicateurs intégrés suffisent peut-être en tant qu'instruments de contrôle. Pourtant, d'autres développements sont souhaitables en ce qui concerne la qualité du logement et le coût de celui-ci.

Sur le plan de la qualité du logement, il convient de mener des enquêtes supplémentaires quant aux normes minimales d'un logement de qualité adéquate. Les éléments intégrés sont conformes à l'usage courant international, mais il est souhaitable de mener des enquêtes supplémentaires permettant de connaître le degré d'exhaustivité des éléments et les seuils fixant les normes d'un logement minimum acceptable. Le point principal de toute enquête supplémentaire dans ce domaine demeure toutefois la validité et la fiabilité des éléments et des indicateurs qui en découlent. En effet, les informations proviennent des personnes interrogées et il s'agit de savoir si ces personnes sont à même de fournir des informations valides et fiables sur des aspects plutôt techniques de la construction ou si des (catégories de) personnes interrogées différentes utilisent un cadre de référence identique à cet effet. Dans l'hypothèse où des différences notables s'en dégageraient, cela déformerait la comparaison entre ces catégories de la population.

L'indicateur qui reflète la capacité de payer le logement, est le pourcentage de ménages ayant un revenu inférieur à la moyenne et consacrant plus de 33 % de leurs revenus aux frais de logement (nets). Les difficultés rencontrées ici se situent principalement sur le plan des informations de base permettant de calculer cet indicateur. L'indicateur est calculé sur la base de l'Enquête sur les budgets des ménages. Cette source d'informations a été choisie parce que dans le PSBH/ECHP, les deux informa-

(11) Le "Rapport d'implantation 2005-2006" est donné, ici, en première ébauche.

tions requises - coût du logement et revenus - se rapportent à une période de référence différente : le coût du logement est lié au moment de la demande, le revenu est lié à l'année civile écoulée. L'Enquête sur les revenus des ménages présente cependant des désavantages importants : faible taux de réaction et ampleur d'échantillon finale (trop) réduite (12). Pour cet indicateur, la SILC n'offre pas de solution, étant donné que, pour les deux éléments d'information, les mêmes périodes de référence sont utilisées que dans le PSBH/ECHP. Ce problème devrait néanmoins être résolu, car l'ampleur de l'échantillon de l'enquête sur les budgets des ménages ne permet aucune ventilation judicieuse.

Une autre question liée à la situation du logement concerne la prise en considération des revenus provenant de l'occupation d'un logement propre, en d'autres termes le loyer théorique des propriétaires. Dans le cadre de la SILC, les Etats membres sont invités à fournir à Eurostat des informations à ce sujet au cours des années à venir (à partir de 2007 ?). Il est probable que ces informations soient utilisées à l'avenir à l'échelon de l'UE lors de l'élaboration des indicateurs relatifs au risque de pauvreté. Par ailleurs, ces informations sont déjà utilisées dans certains Etats membres. Il serait utile, même à titre de tentative, de calculer un indicateur du risque de pauvreté en tenant compte du loyer théorique. L'intégration de cette composante des revenus peut effectivement exercer un impact considérable sur le risque de pauvreté de différentes catégories de la population. Il est dès lors utile, tant d'un point de vue du contenu qu'en raison de la continuité future de l'analyse, de tenir compte de cette composante dans les plus brefs délais.

3. Indicateurs liés à la santé

En ce qui concerne la santé, le PAN belge est allé au-delà de la série d'indicateurs européens, en ajoutant notamment un indicateur relatif à l'espérance de vie et à l'espérance de vie en bonne santé. De Graeve (2003) qualifie l'actuelle série d'indicateurs de santé comme étant une « liste judicieuse constituant un compromis entre ce qu'il est souhaitable de suivre et ce qui est calculable à court terme ».

Pour l'avenir, De Graeve recommande l'intégration de deux éléments supplémentaires : un indicateur relatif aux 'dépenses de santé catastrophiques' et un indicateur plus pointu relatif à l'inégalité dans le domaine de la santé.

L'indicateur portant sur les dépenses de santé est comparable à celui des coûts du logement et peut en principe être calculé aisément. D'un point de vue conceptuel, il s'agit de connaître le niveau critique au-delà duquel les dépenses de santé deviennent problématiques. A ce niveau, un choix pragmatique peut être opéré éventuellement. Le principal problème qui se pose pour la création d'un tel indicateur, est le

(12) Un calcul brut (dans l'hypothèse d'un échantillon simple aléatoire et d'une ampleur de l'échantillon de 2000 ménages) nous apprend que 99 % de l'intervalle de fiabilité pour le pourcentage constaté de 13,7 % s'étale entre 11,7 et 15,7. En d'autres termes, même au niveau belge, des modifications sensibles sont requises afin d'être significatives d'un point de vue statistique.

déficit d'informations relatives aux dépenses de santé propres des personnes et des ménages. L'enquête sur les budgets des ménages ne peut être utilisée ici que par le biais d'une procédure complexe et méthodologiquement sophistiquée.

Dans l'actuelle série d'indicateurs (communs), la situation de santé autoproclamée des personnes en fonction des catégories de revenus constitue l'indicateur de l'inégalité. Il convient néanmoins de formuler certaines objections méthodologiques à cet égard (13). De Graeve propose dès lors, à titre de complément, d'intégrer dans la série d'indicateurs l'indice de la concentration. La méthodologie afférente est raisonnablement mise au point et l'indicateur peut être calculé sur le PSBH/ECHP et peut-être la SILC.

4. Indicateurs relatifs à l'enseignement et les aptitudes pour la lecture, l'écriture et le calcul

La série d'indicateurs communs contient deux indicateurs relatifs à l'enseignement : le pourcentage d'abandons précoces du système scolaire (niveau 1) et le pourcentage de personnes à faible niveau d'instruction (niveau 2). Le PAN belge comporte du reste cinq autres indicateurs : les abandons précoces du système scolaire par rapport au niveau d'enseignement le plus élevé des parents, le pourcentage de jeunes de l'enseignement spécial, le pourcentage de personnes peu lettrées (14), le pourcentage de jeunes ayant deux ou plusieurs années de retard scolaire et la participation à la formation tout au long de la vie.

Nicaise et Groenez (2003) formulent certains autres ajouts souhaitables à la liste des indicateurs. Ils suggèrent avant tout l'introduction d'un indicateur reflétant la manière dont l'enseignement est perçu par les enfants et les parents pauvres. Un tel indicateur correspond aux souhaits des associations donnant la parole aux pauvres. Un deuxième indicateur qu'il conviendrait d'intégrer, concerne le coût des études. A l'heure actuelle, seules des études sporadiques fournissent quelques informations à ce sujet. Ce constat s'applique également à deux des indicateurs intégrés : le pourcentage de personnes peu lettrées et les abandons précoces du système scolaire par rapport au niveau d'enseignement le plus élevé des parents. Ces indicateurs nécessitent la mise à disposition d'informations plus récurrentes.

(13) De Graeve (2003) note à ce sujet : « Un désavantage de ce critère est qu'un pourcentage relativement réduit de la population présente un état de santé 'mauvais' à 'très mauvais' et le hasard peut faire que l'évolution du critère varie parfois de manière considérable. En outre, le critère réduit les informations relatives à l'état de santé disponibles sur une échelle à cinq points, à une valeur dichotomique. Des enquêtes antérieures ont révélé que le point de rupture que l'on choisit ('très mauvais' et 'mauvais' réunis ou encore 'raisonnablement', par exemple) est susceptible de modifier l'image reflétée.

(14) L'indicateur national relatif à l'illettrisme, basé sur l'enquête IALS, a été remplacé entre-temps par l'indicateur basé sur l'enquête PISA en matière de compréhension à la lecture chez les élèves. Ce dernier a été ajouté depuis à la liste des indicateurs communs.

5. Indicateurs relatifs à l'intégration et à la participation sociale

La série d'indicateurs communs ne contient aucun indicateur relatif à l'intégration et à la participation sociale. Dans ce domaine, le PAN belge contient huit indicateurs, dont certains concernent le réseau social et d'autres la participation à des activités de loisirs et culturelles, la possibilité de partir en vacances et le fait de disposer d'une connexion Internet à domicile. Un indicateur majeur dans ce domaine est l'accès à la justice (aux tribunaux). Pour cet aspect, une clarté conceptuelle et des informations pertinentes font néanmoins défaut.

6. Contribution des pauvres à la construction de la série d'indicateurs

Dans son rapport final, le Service de lutte contre la pauvreté dresse certaines notes marginales relatives aux indicateurs de pauvreté. Des suggestions sont avancées concernant les aspects financiers et les indicateurs monétaires, le travail et les indicateurs de l'emploi, les droits et les indicateurs reflétant l'application des droits et relatifs à la politique de lutte contre la pauvreté ainsi que les indicateurs permettant d'évaluer cette politique. La principale objection émise contre la série actuelle d'indicateurs semble concerner le fait qu'elle ne reflète pas suffisamment l'univers de vie concret des pauvres et les problèmes auxquels ils sont confrontés. L'on plaide notamment pour une intégration d'indicateurs relatifs aux dettes liées aux droits de base (enseignement, logement et santé), à la qualité du travail et à la signification concrète d'un revenu (trop) faible. Bien que ces suggestions soient pertinentes au point de vue du contenu, leur mise en œuvre n'est pas si évidente. Ainsi, les deux premiers types d'indicateurs (dettes et qualité du travail) posent sans doute d'importants problèmes d'informations. L'on peut donc aisément imaginer que la prédisposition à rapporter l'existence de dettes dans le cadre d'une enquête est plutôt limitée. En ce qui concerne la qualité de l'emploi, il existe un certain nombre d'informations relatives aux travailleurs : montant du salaire, type de contrat, etc. Toutefois, il n'est pas évident d'aborder ce sujet de manière beaucoup plus approfondie dans le cadre d'une enquête standard. En outre, il semble principalement intéressant de vérifier quels types d'emplois sont disponibles pour les chômeurs ou vers quels types d'emplois les chômeurs d'un ménage à faibles revenus s'orientent s'ils trouvent de l'emploi. Une enquête de panel telle que PSBH/ECHP fournit en principe quelques pistes à cet égard. Reste à savoir si cette enquête est suffisamment étendue pour pouvoir y baser un indicateur fiable. Cet aspect pourrait être approfondi davantage. Il conviendrait également de songer à la mise au point d'une norme budgétaire. Un tel seuil de la pauvreté reflète peut-être, mieux qu'une norme relative, le standard de vie inclus dans la norme. Une norme budgétaire serait sans doute mieux à même d'indiquer que 'vivre en dessous de la norme' signifie : opérer des choix entre des besoins de base. L'on pourrait également analyser s'il est possible de créer des indicateurs permettant de fournir une image de l'incidence de certains cumuls de besoins de base non satisfaits.

7. Revenus et privation : vers une norme de pauvreté 'absolue' ?

Pour la série initiale d'indicateurs relatifs à la pauvreté financière, il a été opté pour une ligne de pauvreté relative, où la norme de la pauvreté est définie par rapport au niveau de revenus général dans l'Etat membre. Atkinson e.a. (2002) recommandent déjà la mise en place d'autres approches pour le moyen terme. A la suite du récent élargissement de l'UE, cette nécessité se fera probablement sentir plus rapidement que ce que l'on pensait à l'époque. Il ressort effectivement que les nouveaux Etats membres, dont le niveau de développement social et économique est très différent, enregistrent malgré tout des pourcentages de pauvreté financière fortement similaires à ceux des Etats membres d'origine. Ce résultat est une conséquence inhérente de l'utilisation de la méthode relative, mais ternit la 'validité intuitive' (Atkinson e.a., 2002) dont un indicateur de la pauvreté doit disposer. Cette information soulèvera sans doute, en tout cas au niveau européen, la question du développement d'un indicateur de la pauvreté 'absolu', à utiliser en plus de la mesure relative. Tant l'indice de privation que la norme budgétaire constituent des modes d'utilisation possibles d'une telle norme absolue.

Depuis le début du débat sur les indicateurs d'inclusion sociale, la question s'est posée de savoir s'il y avait lieu d'intégrer également un indicateur de la privation (entre autres Atkinson e.a., 2002). Pour différentes raisons, aucun indicateur n'a été repris dans la liste commune et, dans la plupart des PAN, aucun indicateur de ce type n'a été calculé. A ce niveau, les problèmes méthodologiques et conceptuels sous-tendent la problématique, notamment en ce qui concerne l'incertitude quant aux éléments à intégrer, au poids qu'il convient d'attribuer à ces éléments, à la possibilité d'établir une comparaison internationale de ce type d'indicateur et à l'incertitude quant à l'interprétation des évolutions et des effets des mesures politiques. En outre, il convient de prendre en considération certains aspects métrologiques (cf. Van den Bosch, 2004).

Pourtant, un indice de la privation est de plus en plus considéré - également pour les raisons déjà abordées ci-dessus - comme un complément utile aux indicateurs existants. Lors de l'élaboration d'une telle norme, qu'elle soit destinée à un usage national ou international, il convient de prendre en considération le fait que la série d'indicateurs communs reflète déjà une image pluridimensionnelle - mais non synthétique - de la situation sur le plan de la pauvreté et de l'exclusion sociale. Il est préférable de combler la nécessité d'instaurer un indice de la privation, principalement en intégrant les aspects liés aux conditions de vie qui ne sont pas encore intégrés aux indicateurs existants. Il convient dès lors d'opter pour une approche mettant l'accent sur la privation matérielle, à savoir toute forme de privation - pour des raisons financières - de biens ou de services considérés comme nécessaires (notamment certains produits de consommation durables, la possibilité de partir en vacances, une alimentation adéquate) ou le cumul d'un certain nombre de conditions de vie négatives (notamment des défauts au niveau du logement, des aspects négatifs du cadre de vie, etc.).

Intrinsèquement, un tel indice de privation répond également à l'attente des pauvres, lorsqu'ils demandent l'intégration d'indicateurs reflétant davantage le cumul de privations. Il convient toutefois de tenir compte de la possibilité qu'un tel indice de la privation, en raison de la technicité du calcul, ne réponde pas totalement à ces attentes et que des indicateurs supplémentaires demeurent nécessaires à cet effet.

Par rapport à une norme budgétaire, l'indice de privation présente l'avantage considérable que, dans la ECHP et la SILC, des informations sont disponibles et permettent d'effectuer un calcul. La mise au point d'une norme budgétaire, certainement en rapport avec l'UE, exige en revanche l'instauration d'un programme de développement à long terme. Par contre, la norme budgétaire peut être considérée comme étant politiquement très pertinente (cf. Cantillon, e.a., 2001). Au niveau de la 'validité intuitive' pour un grand public, la norme budgétaire enregistre de bons résultats. La mise au point d'un indicateur basé sur cette norme doit dès lors être envisagée continuellement.

SOMMAIRE

LES INDICATEURS DANS LE PLAN D'ACTION NATIONAL POUR L'INCLUSION SOCIALE : EVALUATION INTERMEDIAIRE

1. INTRODUCTION	257
2. CADRE ET OBJECTIFS DES INDICATEURS D'INCLUSION SOCIALE	258
3. EVALUATION DES INDICATEURS DANS LE PANINCL	259
4. QUEL AVENIR POUR LES INDICATEURS COMMUNS DANS LE PANINCL ?	262
4.1. COLLECTE DES INFORMATIONS DE BASE POUR LA CREATION D'INDICATEURS	262
4.2. COMPLETER LES INDICATEURS COMMUNS	264
4.3. LA NECESSITE D'UNE ANALYSE DES INDICATEURS CONCERNANT L'INCLUSION SOCIALE	265
4.4. LIEN ENTRE MOYENS ET REALISATIONS POLITIQUES.	266
5. RESUME ET CONCLUSIONS	268
BIBLIOGRAPHIE	270
ANNEXES	273
ANNEXE 1 : LISTE D'INDICATEURS COMMUNS	273
ANNEXE 2 : APERCU DES COMPLEMENTS POSSIBLES ET SOUHAITABLES DES INDICATEURS DU PANINCL BELGE	276

DROIT PENAL SOCIAL

**DE QUELQUES ASPECTS DE DROIT PENAL SOCIAL ET DE PROCEDURE
PENALE SUSCEPTIBLES D'ETRE RENCONTRES PAR LE JUGE SOCIAL
OU LE JUGE REPRESSIF**

DE QUELQUES ASPECTS DE DROIT PENAL SOCIAL ET DE PROCEDURE PENALE SUSCEPTIBLES D'ETRE RENCONTRES PAR LE JUGE SOCIAL OU LE JUGE REPRESSIF (1)

PAR SYLVIE DERRE* et OLIVIER MICHIELS**

* Assistante au service de droit pénal et de procédure pénale, Université de Liège

** Juge au tribunal de première instance de Liège et assistant à l'Université de Liège

1. INTRODUCTION

On pourrait penser que les incidences du droit pénal social se limitent aux procédures menées devant les juridictions répressives. S'il est vrai que son terrain de prédilection demeure la sanction de comportements pénalement répréhensibles, le droit pénal social présente toutefois différentes facettes. Ainsi, si la responsabilité pénale des personnes morales et les condamnations d'office prévues par la loi du 27 juin 1969 concernant la sécurité sociale des travailleurs relèvent des préoccupations immédiates du juge répressif, la notion de subordination, les amendes administratives ou encore l'autorité de chose jugée du pénal sur le civil, pour ne citer que ces trois exemples, procèdent de la pratique habituelle du juge civil. Dès lors, dans les lignes qui vont suivre, nous avons voulu mettre en lumière plusieurs sujets qui, de près ou de loin, se ramifient au domaine répressif tout en ayant comme objectif d'appréhender la doctrine, la jurisprudence et la législation actuelles.

2. L'ARTICLE 125 DE L'A.R. DU 28 DECEMBRE 1950 PORTANT REGLEMENT SUR LES FRAIS DE JUSTICE EN MATIERE REPRESSIVE

Cette disposition prévoit qu'en matière criminelle, correctionnelle et de police et en matière disciplinaire, aucune expédition ou copie des actes d'instruction ou de procédure ne peut être délivrée sans une autorisation expresse du procureur général près la Cour d'appel mais qu'il est délivré aux parties, sur leur demande, expédition de la plainte, de la dénonciation, des ordonnances et des jugements.

Cette règle est analysée comme le corollaire du principe du secret de l'instruction dont le procureur général est le garant (2).

(1) Ce texte a fait l'objet d'une formation organisée par le ministre de la justice à l'attention des magistrats des juridictions du travail.

(2) Cass., 11 janvier 1982, *Bull.*, 1982, p. 582 ; H-D. Bosly, Secret de l'instruction et décision administrative en matière sociale, *J.T.T.*, 1988, p. 333.

Il s'ensuit qu'une autorité de police ou un service d'inspection ne peuvent communiquer à une autorité administrative, sans l'autorisation du procureur général ou de son délégué, des documents recueillis dans l'exercice de leurs compétences de police judiciaire (3).

Par conséquent, si des informations recueillies par un agent de police, dans le cadre de ses fonctions, sont transmises d'initiative à un organisme de sécurité sociale, la décision administrative qui se fonde sur de telles informations est illégale et doit être annulée (4).

3. L'INCIDENCE DE LA TRANSACTION SUR LE LITIGE CIVIL

L'auditorat du travail peut, en application de l'article 216*bis* du Code d'instruction criminelle, proposer à l'auteur d'une infraction une transaction qui en principe, si elle est payée, éteint les poursuites.

L'article 216*bis* du Code d'instruction criminelle prévoit encore que « l'acceptation de la transaction par l'auteur constitue une présomption irréfragable de sa faute ».

Le tribunal du travail de Liège, dans le cadre d'un litige opposant l'ONSS à une commerçante qui avait accepté une transaction portant notamment sur la non déclaration à l'Office de plusieurs serveuses, avait estimé que s'il devait être donné son plein et entier effet à la disposition de l'article 216 bis du Code d'instruction criminelle, cette situation empêcherait la défenderesse de bénéficier d'un procès équitable au sens de l'article 6 de la Convention européenne des droits de l'homme.

En effet, le tribunal relevait que l'acceptation de la transaction ne constituait pas un jugement sur le plan pénal et, partant, le bénéficiaire de la transaction continuait à jouir de la présomption d'innocence puisque sa culpabilité n'a pas été établie en justice.

Dans le cas d'espèce, le tribunal a donc admis que la défenderesse puisse contester l'existence d'un lien de subordination (5).

Un recours fut formé contre cette décision et la cour du travail de Liège l'a réformée.

La cour estime que l'effet de la présomption irréfragable est de dispenser l'ONSS d'une partie de la charge de la preuve qui pèse sur lui en sa qualité de demandeur.

(3) Voir par exemple CT Mons, 6 mai 1988, *J.T.T.*, 1988, p. 339.

(4) Voir CT Liège, 24 juin 2004, J c UNMS, RG 31.228/02.

(5) TT Liège, 31 janvier 2003, en cause de ONSS c S. RG 299.517.

Par conséquent, la bénéficiaire de la transaction ne peut plus contester l'existence du lien de subordination pas plus qu'elle ne peut se plaindre d'une violation de l'article 6 de la convention européenne des droits de l'homme dans le cadre du procès qui l'oppose à l'ONSS puisque selon la cour « son droit à ce que sa cause soit entendue équitablement, publiquement et dans un délai raisonnable par un tribunal indépendant et impartial, est parfaitement garanti. Il n'est en l'espèce pas question de raisonner sur une culpabilité et la présomption d'innocence demeure intacte au profit du bénéficiaire de la transaction qui n'a fait l'objet d'aucune condamnation pénale. Simplement l'acceptation de la transaction a engendré l'existence d'une présomption de faute – en l'espèce irréfragable – comme il en existe d'autres en matière de responsabilité, telles que par exemple les hypothèses de responsabilité du fait d'autrui de l'article 1384 du Code civil (certaines étant réfringibles et d'autres non) ».

Il nous paraît que c'est l'analyse retenue par la cour du travail qui doit être privilégiée.

4. **L'INFRACTION DE NON DECLARATION A L'ONSS ET SON COROLLAIRE OBLIGE LE LIEN DE SUBORDINATION**

Lorsqu'une infraction se rattache à l'exécution d'un contrat de travail, dont l'existence est déniée, le juge, en statuant sur l'existence de ce contrat ou sur son exécution, se conforme aux règles de droit civil.

L'impérativité des effets légaux attachés au contrat de travail contraint le juge à vérifier la qualification donnée par les parties à leur relation de travail et à la rectifier le cas échéant si elle résulte d'une erreur ou d'une fraude ou si elle se révèle contraire aux dispositions de la convention écrite, quand celle-ci existe, ou aux modalités d'exécution du contrat, c'est-à-dire à la situation réelle des parties (6).

Le contrat de travail repose sur trois éléments : un travail, une rémunération pour le travail accompli et l'existence d'un lien de subordination (7).

La subordination juridique, élément qui caractérise le contrat de travail, implique « un pouvoir de direction accordé à l'employeur; corrélativement, elle suppose que le travailleur soit tenu d'obéir aux ordres et aux instructions qui émanent directement ou indirectement de son contractant » (8).

(6) M. Jamouille, Le contrat de travail, n° 315, p. 396 et référence citée et n° 316, p. 399 ; TT Huy, 13 juin 1986, *J.L.*, 1986, p. 589 ; voir aussi CT Liège, 25 septembre 1995, *J.T.T.*, 1996, p. 281.

(7) Voir M. Dumont, La preuve du lien de subordination, in *C.U.P.*, volume VIII, 1996, p. 273.

(8) M. Jamouille, Seize leçons sur le droit du travail, Collection scientifique de la faculté de droit de Liège, 1994, p. 112.

Il appartient, dès lors, au juge de déterminer, en regard de la situation de fait, telle qu'elle résulte des éléments de la cause, s'il existe un lien de subordination (9).

Une attention particulière doit être réservée à deux arrêts récents de la Cour de cassation (10). En effet, la Cour estime que « lorsque les éléments soumis à son appréciation ne permettent pas d'exclure la qualification donnée par les parties à la convention qu'elles ont conclue, le juge du fond ne peut y substituer une qualification différente ». En exécution de ce principe, la Haute Cour censure les décisions qui écartent la qualification de contrat d'entreprise, choisie par les parties, en retenant divers indices considérés comme révélateurs de l'existence d'un contrat de travail, alors que, ces éléments ne sont « ni séparément ni conjointement (...) incompatibles avec l'existence d'un contrat d'entreprise ».

La cour du travail de Liège a dégagé plusieurs enseignements de ces deux arrêts (11).

En premier lieu, la Cour de cassation confirme et renforce même la prééminence de l'écrit.

En deuxième lieu, elle paraît remettre partiellement en cause la 'méthode indiciaire'. Cette méthode consiste, on le sait, à épinglez de manière cumulative des éléments qui se retrouvent le plus souvent dans les conditions d'exécution et dans le contexte économico-social d'un contrat de travail, pour conclure à l'existence, dans le cas d'espèce, de pareil contrat, sans toujours se demander si ces éléments, isolément ou conjointement, sont ou non contraires à la convention découlant de la qualification voulue par les parties.

En troisième lieu, le juge doit d'abord vérifier la réalité du contrat choisi par les parties avant de vérifier, s'il échet, la réalité d'un contrat de travail.

La cour du travail de Liège, fût confrontée à une affaire dans laquelle l'ONSS, pour conclure à l'existence d'un lien de subordination avait retenu les critères suivants :

- le statut de travail indépendant était imposé aux gérants ainsi qu'une période d'écolage;
- le taux des commissions était fixé par la SA;
- le fonds de commerce appartenait à la SA;
- les frais d'exploitation étaient supportés par la SA;
- les heures d'ouverture et de fermeture du magasin étaient imposées par la SA;

(9) voir Cass., 7 septembre 1992, *Chron.D.S.*, 1993, p. 13 ; Cass., 5 octobre 1998, *Chron. D.S.*, 1999, p. 231 ; C. trav Liège, 24 juin 1982, *J.T.T.*, 1983, p. 3.

(10) Cass., 23 décembre 2002, *J.T.T.*, 2003, p. 271 ; Cass., 28 avril 2003, *J.T.T.*, 2003, p. 261 ; Cass., 8 décembre 2003, *J.T.T.*, 2004, p. 122.

(11) CT Liège, 8 septembre 2003, ONSS c M C, RG 30.236/01 ; CT Liège, 26 janvier 2004, ONSS et Etat Belge c SA R., RG 26 janvier 2004.

- les gérants ne pouvaient pas fermer le magasin ; s'ils voulaient s'absenter, ils devaient se faire remplacer;
- les gérants étaient tenus de s'approvisionner exclusivement auprès de la SA;
- les prix et promotions étaient imposés par la SA;
- des instructions et des directives étaient données régulièrement aux gérants;
- des remarques et des évaluations étaient faites sur la tenue du magasin;
- certains gérants engageaient du personnel pour les remplacer.

Dans cette affaire la cour du travail a constaté que, ni séparément, ni conjointement, les éléments invoqués par l'ONSS ne sont incompatibles avec l'existence d'un contrat d'entreprise et ne permettent d'écarter la qualification de convention de gérance libre appliquée à leur contrat par la SA et chacun de ses gérants (12).

Comme l'écrit J. Clesse, « Etablir que la qualification de contrat de travail est concevable, plausible, ne suffit pas ; le juge ne requalifiera le contrat d'entreprise en contrat de travail que si, et seulement si, il relève la présence d'éléments incompatibles avec un contrat d'entreprise (13)».

Par ailleurs, le juge correctionnel ne pourra se départir de la règle du doute qui doit profiter aux prévenus.

5. LES AMENDES ADMINISTRATIVES

Les juridictions sociales, en matière d'amende administrative, ne voient pas leur rôle limité à un contrôle de l'exécution de la décision prise par le ministère de l'emploi et du travail.

En effet, la cour ou le tribunal saisi vérifiera la régularité de la procédure, si le fait constitue une infraction pénale, si le demandeur est bien l'employeur, si la prescription n'est pas atteinte, si le taux de l'amende est légal et s'il correspond aux nécessités d'une juste répression (14).

Il semblait acquis que les personnes qui exercent devant le tribunal du travail le recours prévu par la loi du 30 juin 1971 relative aux amendes administratives ne pouvaient bénéficier d'une mesure de suspension du prononcé ou de sursis (15).

(12) CT Liège, 26 janvier 2004, ONSS et Etat Belge c SA R., RG 26 janvier 2004.

(13) J. Clesse, La notion générale de lien de subordination, in Le lien de subordination, actes du colloque organisé le 19 mars 2004 par l'ordre des avocats du barreau de Tournai et le jeune barreau de Tournai, Kluwer, 2004, p. 31 et références citées.

(14) Voir par exemple TT Charleroi, 5 septembre 2002, en cause de SPRL T. c Etat belge, RG 56.335/R.

(15) C.A., n° 40/97, 14 juillet 1997, *J.L.M.B.*, 1997, p. 1068 ; CT Neufchateau, 12 décembre 2001, Etat belge c SPRL B., RG 3.103/98.

Le tribunal du travail de Verviers a cependant estimé devoir interroger à nouveau la Cour d'arbitrage de la manière suivante :

« La loi du 30 juin 1971 (relative aux amendes administratives applicables en cas d'infraction à certaines lois sociales) crée-t-elle une discrimination par son silence qui empêche le tribunal du travail d'accorder le sursis à l'auteur d'une infraction administrative, privant par là cet auteur d'une chance d'équité découlant de la prise en compte de sa personnalité, et d'une récompense pour son amendement, alors que le juge répressif peut user de cette faculté de sursis lorsqu'il statue sur les poursuites pénales des mêmes faits infractionnels, disposant par là d'un contrôle juridictionnel plus équitable et plus effectif (au sens de la Convention européenne des droits de l'homme) que le contrôle exercé par le tribunal du travail sur les mêmes faits et sur leurs sanctions administratives de nature pénale ? »

La Cour considère, à propos de la mesure de suspension du prononcé de la condamnation « Bien que, selon les termes de la loi, la personne qui a saisi le tribunal du travail soit censée avoir commis un fait moins grave que celle qui est citée devant le tribunal correctionnel, il est raisonnablement justifié qu'elle ne puisse bénéficier d'une mesure de suspension du prononcé de la condamnation, une telle mesure étant difficilement conciliable avec une procédure qui ne se déroule pas devant une juridiction pénale. En effet, la décision que doit rendre le tribunal du travail ne consiste pas à infliger ou non une amende, mais à contrôler la décision administrative qui l'inflige. En outre, la suspension du prononcé vise essentiellement à éviter des effets qui s'attachent aux condamnations pénales : elle est inscrite au casier judiciaire central (article 590, 2°, du Code d'instruction criminelle) mais elle ne figure ni parmi les informations enregistrées dans le casier judiciaire auxquelles peuvent accéder certaines administrations publiques (article 594, 3°, du même Code), ni parmi celles qui sont inscrites sur l'extrait du casier judiciaire délivré, à sa demande, à la personne concernée (article 595, 1°, du même Code); la loi permet de demander que la suspension ne soit pas prononcée en audience publique (articles 4 et 5, § 2, de la loi du 29 juin 1964). La première question appelle une réponse négative.»

Mais en ce qui concerne le sursis la Cour estime que « Le raisonnement qui précède ne vaut pas pour le sursis à l'exécution des peines. Cette mesure, qui existe depuis la loi du 31 mai 1888 établissant la libération conditionnelle dans le système pénal, avait pour objectif initial de réduire les inconvénients inhérents à l'exécution des peines, notamment des courtes peines de prison, et à ne pas compromettre la réinsertion de l'intéressé. Elle a toutefois été étendue aux peines d'amende, ce que confirme l'article 8, § 1er, dernier alinéa, de la loi du 29 juin 1964, et elle n'a pas été considérée par le législateur comme incompatible avec une amende administrative prononcée par une autorité autre qu'une juridiction pénale (voir l'article 141, § 7, alinéa 3, introduit par la loi-programme du 24 décembre 2002 dans la loi coordonnée le 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités).

Qu'il soit accordé par le tribunal correctionnel ou par une autre juridiction, en l'espèce le tribunal du travail, le sursis peut, dans l'un et l'autre cas, inciter de la même manière le condamné à s'amender, par la menace d'exécuter, s'il venait à récidiver, la condamnation au paiement d'une amende qui constitue, dans les deux cas, une peine au sens de l'article 6 de la Convention européenne des droits de l'homme.

Il relève de l'appréciation du législateur, s'il maintient l'application de la loi du 29 juin 1964 en matière de droit pénal social, de déterminer à quelles conditions ou sur la base de quels critères un sursis peut être accordé et de fixer les conditions et la procédure de son retrait.

Sans doute les amendes administratives n'ont-elles pas le caractère infamant qui s'attache aux condamnations pénales, notamment en ce qu'elles ne sont pas inscrites au casier judiciaire. Toutefois, en raison de leur caractère inéluctable, elles ne permettent pas de tenir compte des antécédents, des efforts ou de la possibilité d'amendement de l'intéressé. Il y a lieu de rappeler que le tribunal du travail, en ce qu'il ne dispose pas de la faculté d'accorder le sursis, ne détient pas un pouvoir d'appréciation comparable à celui de l'administration puisque, aux termes de l'article 7, § 3, de la loi du 30 juin 1971, le fonctionnaire désigné par le Roi « décide, après avoir mis l'employeur en mesure de présenter ses moyens de défense, s'il y a lieu d'infliger une amende administrative du chef de l'infraction ». Or, un système qui organise un recours a posteriori contre une amende infligée par l'administration n'est admissible que si rien de ce qui relève de l'appréciation de l'administration n'échappe au contrôle du tribunal. « Dès lors que le législateur admet que le sursis à l'exécution des peines peut être appliqué aux personnes pénalement poursuivies pour infraction à la loi du 30 juin 1971, il n'est pas compatible avec les articles 10 et 11 de la Constitution qu'une mesure identique ne puisse être appliquée aux personnes qui exercent, devant le tribunal du travail, un recours contre la décision du fonctionnaire désigné par le Roi de leur infliger une amende administrative. La seconde question préjudicielle appelle une réponse affirmative (16) ».

Le législateur n'a pas tardé à intervenir. En effet, il a complété l'article 1er quater de la loi du 30 juin 1971 sur les amendes administratives d'un paragraphe 9 qui dispose qu'en cas de recours contre la décision des fonctionnaires compétents, les juridictions du travail ont les mêmes pouvoirs que ces fonctionnaires en matière de sursis (17).

Nous savons, que le fonctionnaire compétent peut accorder, en tout ou en partie, le sursis à l'exécution du paiement de l'amende administrative.

(16) CA, 105/2004, 16 juin 2004.

(17) Article 22 de loi programme du 27 décembre 2004 entré en vigueur le 10 janvier 2005.

Le sursis n'est possible que si le fonctionnaire compétent n'a pas infligé d'autre amende administrative à l'employeur pendant la période de référence. Celle-ci est définie comme la période d'un an qui précède la date de la commission de l'infraction qui a donné lieu ultérieurement à la décision infligeant une amende administrative dans laquelle le fonctionnaire compétent accorde le sursis.

Le sursis vaut pendant un délai d'épreuve d'un an. Le délai d'épreuve commence à courir à partir de la date de la notification de la décision infligeant l'amende administrative (18).

Dans son arrêt n° 148/2004, du 15 septembre 2004, la Cour d'arbitrage a précisé que si le législateur a aménagé les conséquences du dépassement du délai raisonnable par la disposition contenue à l'article 21^{ter} du titre préliminaire du Code de procédure pénale et si cet article ne s'applique pas au recours exercé devant le tribunal du travail, celui-ci n'est pas dispensé pour autant de tirer les conséquences d'un dépassement du délai raisonnable qu'il constate (19). Il nous paraît, dès lors, que les juridictions sociales peuvent, en cas de dépassement du délai raisonnable, réduire le montant de l'amende en deçà du minimum légal ou dispenser l'employeur du payement de celle-ci (20).

6. L'ARTICLE 155 DU CODE JUDICIAIRE

Il n'appartient qu'au procureur général de désigner le magistrat qui, en application de l'article 155, alinéa 2 du Code judiciaire, exerce l'action publique; cette désignation ressort de l'intervention même du magistrat du ministère public; il n'appartient pas au juge d'examiner cette désignation (21).

Toujours en application de cet article, l'auditorat du travail peut exercer l'action publique pour des infractions de droit commun uniquement si elles sont en concours ou en connexité avec des infractions qui sont de la compétence des juridictions du travail.

Si tel n'est pas le cas, il nous paraît que le tribunal saisi doit constater que la citation est irrégulière et partant les poursuites devront être déclarées irrecevables (22).

(18) Article 1er quater de la loi du 30 juin 1971 sur les amendes administratives. Cette même loi prévoit encore les modalités de révocation du sursis.

(19) CA, 15 septembre 2004, *JLMB*, 2004, p. 1768 et observations de JM Demarche ; *JT*, 2004, p. 890 et observations F. Kutu.

(20) F. Kutu, La sanction du dépassement du délai raisonnable par le tribunal du travail saisi du recours introduit par un employeur condamné à une amende administrative, *JT*, 2004, p. 892.

(21) Cass., 8 octobre 1996, *Bull.*, 1996, p. 947; *J.T.*, 1997, p. 496, note O. Michiels.

(22) Comparer avec Anvers 18 février 1997, *Chron. D.S.*, 1998, p. 373.

7. L'IMMUNITÉ CIVILE EN MATIÈRE D'ACCIDENT DU TRAVAIL

7.1. GÉNÉRALITÉS

La loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail organise un régime de réparation forfaitaire du préjudice professionnel (23) subi par la victime d'un accident du travail. Comme l'écrit M. Jamouille « la règle de la responsabilité patronale a disparu ; l'employeur n'est jamais plus le débiteur personnel des indemnités forfaitaires ; en revanche, il devient le titulaire d'une obligation de contracter une assurance accident en faveur de ses salariés, assurance dont il supporte le coût par le paiement des primes qui demeurent à sa charge exclusive (24) ». La loi de 1971 n'évince toutefois pas le droit commun si ce n'est en conférant à l'employeur, à ses préposés et à ses mandataires, dans des hypothèses strictement réglementées, une immunité civile (25). C'est pourquoi la loi sur les accidents du travail organise la coexistence entre la réparation forfaitaire et la réparation selon les règles du droit commun. Si la volonté du législateur fut de permettre à la victime d'un accident du travail d'obtenir une indemnisation du risque professionnel qui se concrétise par l'intervention d'une assurance privée, il n'a jamais été question de libérer le tiers responsable de l'accident de son obligation de réparation.

7.2. L'ARTICLE 46 DE LA LOI DU 10 AVRIL 1971

L'article 46 de la loi limite les hypothèses dans lesquelles un travailleur ou ses ayants droit peuvent intenter une action en responsabilité civile contre un employeur, son préposé ou son mandataire. L'action civile n'est autorisée que contre :

- l'employeur qui a causé intentionnellement l'accident du travail ou un accident ayant entraîné un accident du travail;
- l'employeur encore, dans la mesure où l'accident du travail a causé des dommages aux biens du travailleur;
- le mandataire ou le préposé de l'employeur qui a causé intentionnellement l'accident du travail;
- les autres personnes que l'employeur, ses mandataires ou préposés, qui sont responsables de l'accident;
- l'employeur, ses mandataires ou préposés lorsque l'accident est survenu sur le chemin du travail;
- l'employeur, ses mandataires ou préposés lorsque l'accident est un accident de roulage;
- l'employeur qui a méconnu gravement les obligations légales et réglementaires relatives à la sécurité et l'hygiène du travail, exposant de ce fait le travailleur au risque d'accident du travail, alors qu'un fonctionnaire compétent en la matière lui a signalé par écrit le danger auquel il expose ce travailleur.

(23) Nous entendons par là que certains dommages tels ceux aux biens, le dommage moral, le préjudice d'agrément, en principe le préjudice esthétique...sont exclus de la réparation forfaitaire.

(24) M. Jamouille « Introduction à la sécurité sociale belge », notes destinées aux étudiants, *Secrétariat juridique, Faculté de droit de Liège*, p. 89.

(25) Voir J. Clesse, *La réparation des accidents du travail et la responsabilité civile*, R.G.A.R., 1984, n° 10797 ; O. Michiels, *Les accidents du travail*, Story Scientia, 1999, n° 47 et suivants, p. 64.

7.3. LA PROBLEMATIQUE DES AYANTS DROIT DISPOSANT OU NE DISPOSANT PAS DU DROIT A UNE REPARATION EN LOI

La Cour de cassation entendait la notion d'ayants droit de manière extensive puisqu'elle estimait que l'immunité civile établie par l'article 46 de la loi sur les accidents du travail valait à l'égard des personnes indemnisées par l'assureur loi mais encore à l'égard de toutes celles qui pourraient prétendre, à la suite de l'accident, à une indemnisation en droit commun (26).

Dans son arrêt du 21 mai 2002, la Cour de cassation a cependant revu cette jurisprudence. En effet, elle enseigne actuellement « que la notion d'ayant droit visée par l'article 46 ne concerne que les personnes visées aux articles 12 à 17 de la loi (du 10 avril 1971), qui peuvent prétendre aux indemnités prévues par la loi ; (...) cette immunité ne vaut pas à l'égard des personnes qui ne bénéficient pas des indemnités en vertu de la loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail ».

Ainsi, la mère de la victime d'un accident du travail non mortel, qui ne peut prétendre à une indemnisation en vertu de la loi du 10 avril 1971 - seule la victime pouvant être indemnisée en loi - n'est pas un ayant droit au sens de l'article 46 de ladite loi (27).

La Cour de cassation rejoint en réalité la position adoptée par la Cour d'arbitrage qui dans son arrêt du 1^{er} mars 2001 avait envisagé la question de l'identité de traitement des ayants droit de la victime d'un accident mortel de travail qu'ils soient ou non bénéficiaires des indemnités forfaitaires (28).

En effet, dans cet arrêt, la Cour d'arbitrage a estimé « qu'il est disproportionné qu'elles (c'est à dire les personnes qui ne peuvent prétendre à une indemnisation forfaitaire) n'aient droit à aucune indemnisation : le bénéfice du régime de réparation offert à tous ne peut leur être ôté en considération d'un régime spécial qui exclut toute indemnisation en ce qui les concerne ». Dès lors la Cour propose une interprétation de la notion d'ayants droit qui ne concernerait que les personnes, visées par les articles 12 à 17 de la loi de 1971, qui peuvent bénéficier des indemnités forfaitaires et non les personnes, préjudiciées par le décès de la victime, qui ne sont pas visées par ces dispositions. En revanche, les ayants droit qui peuvent obtenir une réparation en loi mais qui en raison des règles de priorité fixées par les articles 12 à 17 de la loi de 1971 ne reçoivent aucune indemnité pourront se voir opposer l'exonération de responsabilité sans que cette situation ne soit jugée discriminatoire (29).

(26) Voir Cass., 2 novembre 1994, *J.T.*, 1995, p. 383.

(27) Cass., 21 mai 2002, *R.G.A.R.*, 2004, 13893.

(28) C.A., 1 mars 2001, *J.T.T.*, 2001, p. 453.

(29) M. Dumont et J. Clesse, Les arrêts récents de la Cour d'Arbitrage en droit social et leurs suites, in *C.U.P. Question de droit social*, volume 56, 2002 p. 156 et note ; J. Clesse et V. Neuprez « L'appréciation de la Cour d'arbitrage des exonérations de responsabilité civile dans le droit des accidents du travail », *J.L.M.B.*, 2002, p. 783.

8. LES CONDAMNATIONS D'OFFICE DE L'ARTICLE 35 DE LOI DU 27 JUIN 1969

8.1. L'ARTICLE 35 ALIENA 3 ET 4

L'article 35 aliéna 3 de la loi du 27 juin 1969 prévoit une condamnation d'office « en cas d'assujettissement frauduleux d'une ou de plusieurs personnes à l'application de la loi, à une indemnité égale au triple des cotisations déclarées frauduleusement ». L'article 35 aliéna 4 de la même loi prévoit une condamnation d'office au triple des cotisations éludées sans qu'elle ne puisse être inférieure à 1.275 EUR en cas de non assujettissement à l'ONSS.

Ces condamnations doivent être rangées dans la catégorie des condamnation d'office à caractère forfaitaire puisqu'elles invitent le juge répressif à sanctionner le prévenu par le paiement d'une somme d'argent dont le montant est le résultat d'une multiplication des sommes éludées par un coefficient déterminé par la loi. L'objectif de cette condamnation apparaît davantage comme empreint de la volonté de punir que de réparer le préjudice causé à l'ONSS par l'auteur de l'infraction.

La Cour d'arbitrage s'est penchée sur la nature juridique de la condamnation d'office prévue par l'article 35 alinéa 3 de la loi du 27 juin 1969. Dans son analyse, la Cour constitutionnelle se réfère notamment à la jurisprudence développée par la Cour Européenne des droits de l'Homme quant à la notion de « matière pénale » (30) ; Il faut rappeler que la Cour strasbourgeoise soutient que pour apprécier si une sanction doit s'examiner comme une peine au sens de l'article 7.1 de la Convention, il convient de déterminer « si elle est imposée à la suite d'une condamnation pour une infraction. D'autres éléments peuvent être jugés pertinents à cet égard : la nature et le but de la mesure en cause, sa qualification en droit interne, les procédures associées à son adoption et à son exécution, ainsi que sa gravité ». Et la Cour ajoute encore « les objectifs de prévention et de réparation se concilient avec celui de répression et peuvent être considérés comme des éléments constitutifs de la notion même de peine » (31). Sans surprise, la Cour d'arbitrage constate que la sanction litigieuse - qui a pour but de prévenir et de punir tous les employeurs, préposés et mandataires qui ne respectent pas les règles d'assujettissement à l'ONSS et qui s'ajoute à une peine prononcée par un juge pénal sans réparer le dommage causé par le prévenu à l'Office - est de nature pénale (32). La Cour constitutionnelle rejette sans ambage le caractère civil de la condamnation d'office portée par l'article 35 aliéna 3 et de manière explicite retient que tous les principes du droit pénal lui sont applicables.

La Cour poursuit son analyse en s'attachant aux conséquences de l'application de l'article 65 du Code pénal qui n'est pas évincé par les articles 35 et 38 de la loi du 27 juin 1969. Si la Cour d'arbitrage en était demeurée à ce constat, nous pourrions en

(30) C.A., 13 juin 2001, *J.L.M.B.* 2001, p. 1552, point B7.

(31) Comparer avec Cour eur. D.H., arrêt Welch 15 octobre 1993, *Public. Cour Eur. D.H.*, série A, n° 307 et Cour eur. D. H., arrêt Ozturk, 21 février 1984, *Public. Cour Eur. D.H.*, série A, n° 73.

(32) C.A., 13 juin 2001, point B8 comparer avec les motifs retenus par la Cour dans son arrêt du 15 septembre 1999 qui sont identiques.

déduire que les différentes infractions, intentionnelles ou non, imputées à un prévenu, et qui relèvent ou procèdent d'une même ou seule intention « c'est à dire qu'elles sont liées entre elles par la poursuite et par la réalisation d'un but unique, et constituent, dans cette acception, un seul fait, à savoir un comportement complexe » (33) donneraient lieu à l'application de l'article 65 du Code pénal. Dans cette hypothèse, qualifiée de délit collectif, seule la peine la plus forte est prononcée (34).

La Cour reste fidèle à cette logique lorsqu'elle relève que les peines d'amende et/ou d'emprisonnement prévues par l'article 35 alinéa 1 et la condamnation d'office forfaitaire portée par l'article 35 alinéas 3 et 4 ne peuvent donner lieu à l'application de l'article 65 du Code pénal qui ne vise pas le cumul d'une peine principale et de peines accessoires prévues par une même disposition pour une même infraction. En effet, la Haute Cour souligne « qu'en disposant que le juge condamne au paiement d'une indemnité égale au triple de toutes les cotisations déclarées frauduleusement (article 35 alinéa 3) ou au triple des cotisations éludées (article 35 aliéna 4), le législateur a exclu que les faits distincts puissent s'analyser comme constituant un concours matériel d'infractions auquel s'appliquerait la règle d'absorption prévue par l'article 65 du Code pénal » (35). Mais qu'en est-il dans les véritables hypothèses de concours ?

La Cour d'arbitrage relève, de l'exposé des motifs de la loi du 23 mars 1994, qui tend à lutter contre le travail au noir, la volonté exprimée par le législateur de maintenir et d'aggraver les pénalités sanctionnant les fraudes à la sécurité sociale. C'est dès lors dans un souci d'infliger des sanctions pécuniaires dissuasives (36) d'un montant supérieur au profit procuré par la fraude (37) et dans le but d'atténuer la perte que la multiplication de celle-ci fait subir au système de la sécurité sociale que le juge répressif a l'obligation d'infliger en toute hypothèse les condamnations prévues par l'article 35 alinéas 3 et 4 (38). Et la Cour conclut qu'il se déduit « de ces éléments qu'en disposant que le juge condamne « d'office » à une indemnité égale au triple des cotisations déclarées frauduleusement ou éludées, le législateur a entendu l'obliger à infliger cette condamnation, même dans l'hypothèse où la peine prévue par l'article 35 alinéa 1er, serait absorbée par la peine, plus forte, prononcée en application d'une autre disposition pénale. Toute autre interprétation aboutirait à créer une différence de traitement inadmissible en ce que celui qui, par hypothèse, a commis un fait plus grave, puisque ce fait est susceptible de deux incriminations, échapperait aux condamnations d'office et se trouverait ainsi dispensé de verser les sommes qui reviennent à l'ONSS » (39). Aussi, la condamnation d'office visée par l'article 35 alinéas 3 et 4 de la loi du 27 juin 1969 échappe à l'application de l'article 65 du Code pénal.

(33) Voir Cass., 29 septembre 1992, *Pas.*, 1992, p. 1069 ; Cass., 27 juin 1990, *J.L.M.B.*, 1990, p. 1375.

(34) Voir Cass., 13 janvier 1999, *Rev. dr. pén.*, 1999, p. 798.

(35) C.A., 13 juin 2001, point B13.

(36) C.A., 13 juin 2001, point B16.

(37) C.A., 13 juin 2001, point B17.

(38) C.A., 13 juin 2001, point B18.

(39) C.A., 13 juin 2001, point B19.

8.2. L'ARTICLE 35 ALINEA 2

L'article 35 alinéa 2 de la loi du 27 juin 1969 dispose que le juge qui prononce une peine à charge de l'employeur condamne d'office celui-ci à payer à l'ONSS le montant des cotisations, majorations de cotisations et intérêts de retard qui n'ont pas été versés à l'Office.

Cette condamnation, dont l'objet est le paiement des sommes dues, a une fonction essentiellement réparatrice et doit, dès lors, être considérée comme une condamnation civile constituant le complément de la condamnation pénale (40).

A ce propos, la Cour d'arbitrage précise que la condamnation prévue par l'article 35 alinéa 2 de la loi du 27 juin 1969 ne constitue pas une peine mais un mode particulier de réparation ou de restitution destiné, dans l'intérêt du financement de la sécurité sociale, à mettre fin à une situation contraire à la loi (41).

Par conséquent, selon nous, ce texte, interprété à la lumière du caractère civil de la condamnation qu'il porte, dispose que seul l'employeur assujéti à l'ONSS, contre lequel au demeurant l'Office peut exclusivement se retourner devant les juridictions du travail pour obtenir un titre, peut être tenu à ces paiements.

9. LA RESPONSABILITE PENALE DES PERSONNES MORALES

Depuis 1999, les personnes morales peuvent voir leur responsabilité pénale engagée. La notion « pénale » de la personne morale ne correspond pas exactement à la notion de groupement doté de la personnalité juridique; en effet, d'une part, des groupements dépourvus de personnalité juridique sont assimilés à des personnes morales (par exemple les associations momentanées, les sociétés civiles qui n'ont pas pris la forme d'une société commerciale) et d'autre part, certaines personnes morales de droit public sont exclues du champ d'application de la loi (telles l'Etat fédéral, les Régions, les Communautés, etc.).

Selon l'article 5 du Code pénal, la responsabilité pénale de la personne morale ne peut être engagée que si l'infraction est intrinsèquement liée à la réalisation de son objet, à la défense de ses intérêts ou lorsque les faits concrets démontrent qu'elle a été commise pour son compte. Sont ainsi considérées comme imputables à la personne morale, les infractions au RGPT ou les infractions de non-déclaration d'un travailleur à l'ONSS. La responsabilité pénale de la personne morale n'a pas un caractè-

(40) Voir Cass., 15 septembre 1999, *J.L.M.B.* 1999, p. 1619.

(41) C.A., 13 juillet 2000, n°92/2000, M.B. 30 septembre 2000, p. 33518 ; voir encore Corr. Liège, 10 mai 2002, *Rev. dr. pén.*, 2003, p. 548 et note de G.F. Raneri.

re objectif; elle ne peut dès lors être engagée lorsque les faits infractionnels ont été commis pour servir l'intérêt individuel et pour le compte d'une personne physique en lien avec la personne morale (42).

Lorsqu'on se trouve dans une des trois hypothèses énoncées ci-dessus, la responsabilité de la personne morale est engagée. Cette responsabilité n'implique cependant pas une condamnation automatique. En effet, selon l'article 5 du Code pénal, si la personne physique par laquelle la personne morale a commis l'infraction est identifiée et que celle-ci n'a pas agi sciemment et volontairement, le juge devra opérer un choix et condamner uniquement celle des deux qui a commis la faute la plus grave. Si par contre ladite personne physique a agi sciemment et volontairement, le juge pourra condamner à la fois la personne physique et la personne morale.

Il convient donc de distinguer trois hypothèses :

- aucune personne physique n'a pu être identifiée. Dans ce cas, la personne morale supportera seule les conséquences pénales de l'infraction;
- une personne physique a été identifiée et celle-ci a commis une infraction non-intentionnelle. Dans ce cas, le juge ne pourra pas condamner à la fois la personne physique et la personne morale; il ne pourra condamner que la personne qui a commis la faute la plus grave;
- une personne physique a été identifiée et celle-ci a commis une infraction volontaire (43). Dans ce cas, le juge pourra condamner la personne physique en plus de la personne morale; en d'autres termes, un cumul des condamnations sera possible mais non obligatoire.

En ce qui concerne l'action civile, plusieurs particularités sont à souligner.

D'une part, lorsque dans une hypothèse de non-cumul des responsabilités, seule la personne physique ou morale qui a commis la faute la plus grave est condamnée, l'autre n'est pas acquittée, mais bénéficie seulement d'une cause d'excuse absolutoire (44). Par conséquent, la victime de l'infraction peut réclamer la réparation de son préjudice tant à la personne physique qu'à la personne morale, puisque la faute des deux est établie et que le non-cumul n'implique qu'une exemption de peine et non une exonération de responsabilité.

(42) Corr. Liège, 26 septembre 2003, *J.L.M.B.*, 2004, p. 1375 ; voir également F. Kefer, qui donne l'exemple de l'assujettissement frauduleux à la sécurité sociale des travailleurs salariés d'un administrateur qui occupe une position dominante au sein d'une personne morale et qui ne se trouve donc pas en lien de subordination vis-à-vis de celle-ci, in *Le point sur le droit pénal. La responsabilité pénale de la personne morale. Une réponse de plus à la délinquance d'entreprise*, *C.U.P.*, février 2000, p. 23.

(43) Le caractère volontaire de l'infraction s'analyse in concreto, c'est-à-dire en tenant compte du comportement personnel des prévenus et en tentant de déterminer concrètement s'ils ont agi volontairement ou non, quel que soit l'élément moral théoriquement requis par l'infraction ; voir M. Burton, *Actualités de droit pénal et de procédure pénale. Le point sur la responsabilité pénale des personnes morales*, *C.U.P.*, décembre 2003, p. 242 ; voir également Cass., 4 mars 2003, P.02.1249.N.

(44) Cass., 3 octobre 2000, *J.L.M.B.*, 2001, p. 408 ; la Cour d'arbitrage utilise quant à elle l'expression « cause exclusive de peine », C.A., n° 99/2003, 2 juillet 2003.

D'autre part, lorsque la personne physique est le préposé de la personne morale, il convient de tenir compte de l'immunité civile dont bénéficie le travailleur en vertu de l'article 18 de la loi du 3 juillet 1978 sur le contrat de travail. Si, pour une infraction commise sciemment et volontairement par la personne physique, le tribunal condamne à la fois la personne morale et la personne physique, cette dernière ne pourra en principe pas invoquer l'article 18, puisque par hypothèse, le fait de commettre volontairement une infraction n'entre pas dans les limites de la faute légère occasionnelle. Par ailleurs, si pour une infraction non-intentionnelle, seule la personne morale est condamnée, le tribunal pourra éventuellement, dans le cadre de l'action civile, considérer que la faute du préposé, bien que moins grave que celle de la personne morale, n'est pas une faute légère occasionnelle et donc rejeter l'immunité de l'article 18 de la loi sur le contrat de travail.

10. **L'EXERCICE DE L'ACTION CIVILE EN REPARATION D'UN DOMMAGE CAUSE PAR UNE INFRACTION : LES ADAGES « ELECTA UNA VIA », « LE CRIMINEL TIENT LE CIVIL EN ETAT » ET L'AUTORITE DE CHOSE JUGEE DU PENAL SUR LE CIVIL**

L'article 4 du Titre préliminaire du Code d'instruction criminelle énonce que l'action civile peut être poursuivie en même temps et devant les mêmes juges que l'action publique ou qu'elle peut l'être séparément. La personne préjudiciée par une infraction dispose par conséquent du choix de porter sa demande devant les juridictions répressives ou devant les juridictions civiles.

Bien évidemment, la victime ne peut saisir à la fois les deux catégories de juridiction pour la réparation du même dommage, mais elle peut par contre diviser sa demande en réclamant la réparation d'une portion de son préjudice devant le juge pénal et d'une autre portion devant le juge civil (45). Elle peut également revenir sur son option en se désistant (46).

Cette règle connaît toutefois quelques exceptions ; ainsi, les articles 74 de la loi du 10 avril 1971 sur les accidents de travail et 55 des lois coordonnées du 3 juin 1970 sur les maladies professionnelles prévoient-ils que l'action en paiement ou en révision des indemnités prévues par ces lois ne peut être portée devant la juridiction répressive et qu'elle est indépendante de l'action publique éventuelle. L'article 74 de la loi du 10 avril 1971 sur les accidents de travail prévoit par ailleurs un système de question préjudicielle, qui impose au juge répressif de surseoir à statuer et d'interroger une juridiction du travail au sujet de toutes les questions relevant de l'interprétation ou de l'application de la loi sociale. La recevabilité de l'action civile devant une juridiction répressive est donc subordonnée à la qualification des faits (accident du travail ou pas), et cette opération préalable de qualification est soustrai-

(45) M. Franchimont, A. Masset et A. Jacobs, Manuel de procédure pénale, Collection scientifique de la faculté de droit de Liège - Jeune barreau de Liège, 1989, p. 145.

(46) Le désistement préalable n'est cependant plus obligatoire, voir Cass., 18 mai 1993, *Pas.*, 1993, I, p. 491 et Cass., 10 octobre 2003, *Rev. dr. pén.*, 2004, p. 828.

te à la compétence du juge pénal, qui doit différer sa décision au moment où la juridiction sociale se sera prononcée sur la nature juridique des faits délictueux (47). Par contre, si la juridiction pénale peut statuer sur l'action civile sans appliquer la loi sociale, elle n'est pas tenue d'attendre l'aboutissement de la procédure intentée devant la juridiction du travail (elle pourrait ainsi notamment mettre à charge du tiers prévenu la réparation du dommage moral ou l'indemnisation de la perte de revenus tirés d'une activité extra-professionnelle) (48).

Lorsque l'action civile est introduite devant une juridiction du travail, le principe « le criminel tient le civil en état » doit être respecté. Ce principe, également consacré par l'article 4 du Titre préliminaire du Code d'instruction criminelle signifie que le juge civil doit surseoir à statuer chaque fois qu'une action publique, intentée avant ou pendant l'action civile, est susceptible d'avoir une influence directe sur cette dernière, c'est-à-dire chaque fois qu'il y a des points communs entre les deux actions (49). Pour que le juge soit tenu de surseoir à statuer, il faut que l'action publique ait été mise en mouvement (50); une simple plainte, voire une information ne suffisent pas. La règle est d'ordre public ; la surséance doit donc être prononcée même d'office, à peine de nullité (51). Néanmoins, cela n'empêche pas le juge civil de poursuivre l'examen de la cause, pour autant qu'il rende son jugement après que la décision au répressif soit passée en force de chose jugée.

Par ailleurs, une fois que la décision au pénal est devenue définitive, une autorité particulière s'y attache : l'autorité de chose jugée. Cela implique que la juridiction civile doit tenir pour vrai et ne peut remettre en question ce qui a été certainement et nécessairement jugé au pénal, concernant l'existence d'un fait qui forme la base commune de l'action civile et de l'action pénale.

La juridiction civile n'est tenue par l'autorité de chose jugée d'une décision pénale qu'à la condition que celle-ci soit une décision belge, définitive et sur le fond, et que l'action civile soit fondée sur l'infraction en cause au pénal.

(47) L'incompétence du juge pénal quant aux questions relevant de l'application de la loi sociale empêche ce magistrat de se prononcer sur l'existence d'un accident du travail avant les juridictions sociales et dès lors, de lier celles-ci par l'autorité qui s'attache à sa décision.

(48) J. Clesse, La réparation des accidents du travail et la responsabilité civile, *R.G.A.R.*, 1984, n°10797, p. 3.

(49) Par exemple, dans l'hypothèse d'une action en paiement de la rémunération alors qu'une action publique devant le tribunal correctionnel est en cours pour le même complexe de faits, le tribunal du travail doit surseoir à statuer jusqu'à ce que la décision correctionnelle soit passée en force de chose jugée.

(50) H-D. Bosly et D. Vandermeersch, *Droit de la procédure pénale*, 3^{ème} éd., La Charte, 2003, p. 251.

(51) M. Franchimont, A. Masset et A. Jacobs, *op. cit.*, p. 151.

Cette autorité particulière s'attache non seulement au dispositif du jugement ou de l'arrêt, mais aussi aux motifs qui en sont le soutien nécessaire ; par contre, elle ne couvre que les dispositions pénales de la décision (52), et ne concerne que ce qui a été certainement, nécessairement et principalement jugé (53).

L'autorité de chose jugée est d'ordre public et vaut *erga omnes*. Ce dernier principe est cependant à nuancer, dès lors qu'il peut entrer en conflit avec l'article 6 C.E.D.H. (54). Ainsi, l'autorité de chose jugée ne fait pas obstacle à ce que lors d'un procès civil ultérieur, une partie ait la possibilité de contester les éléments déduits du procès pénal, lorsqu'elle n'était pas partie à l'instance pénale, ou dans la mesure où elle n'a pu librement y faire valoir ses intérêts (55).

11. CONCLUSIONS

Sans prétendre à l'exhaustivité et de manière sélective, il est vrai, nous avons tenté de cerner quelques aspects du droit pénal social et de la procédure pénale qui, peu ou prou, sont soumis aux juridictions tant civiles que pénales. D'autres sujets auraient pu être abordés, certains points auraient pu faire l'objet de commentaires plus approfondis. Notre souci fut cependant de jeter un éclairage sur plusieurs problèmes auxquels les praticiens de droit social et de droit pénal social peuvent être confrontés sans pour autant avoir l'ambition de pouvoir y fournir une réponse définitive. Le chemin est tracé ; nous avons invité le lecteur à nous suivre, c'est maintenant à lui qu'il convient de poursuivre son périple au delà des balises que nous lui avons fournies.

(52) Ainsi, les segments de la décision qui ont été prononcés sur l'action civile n'ont pas autorité de chose jugée au civil à l'égard des tiers.

(53) A été certainement jugé ce qui, même implicitement, est nécessaire à la décision, comme les constatations matérielles qui fondent la décision ; a été nécessairement jugé l'ensemble des constatations que le juge pénal est tenu de faire en vertu de la loi, sous peine de voir sa décision cassée par la Cour de cassation pour défaut de base légale, telles les mentions relatives à l'existence du fait incriminé et à ses éléments constitutifs, à sa qualification et à l'imputabilité ou non à la personne poursuivie; voir M. Franchimont, A. Masset et A. Jacobs, *op. cit.*, p. 956.

(54) A noter cependant que comme l'article 6 C.E.D.H. n'est pas d'ordre public, il ne peut être soulevé d'office par le juge et doit donc être soulevé par la partie concernée pour pouvoir porter atteinte au caractère absolu de l'autorité de chose jugée du pénal sur le civil.

(55) L'on vise par exemple l'assureur auto ou l'assureur incendie.

TABLE DES MATIERES

DE QUELQUES ASPECTS DE DROIT PENAL SOCIAL ET DE PROCEDURE PENALE SUSCEPTIBLES D'ETRE RENCONTRES PAR LE JUGE SOCIAL OU LE JUGE REPRESSIF

1. INTRODUCTION	287
2. L'ARTICLE 125 DE L'A.R. DU 28 DECEMBRE 1950 PORTANT REGLEMENT SUR LES FRAIS DE JUSTICE EN MATIERE REPRESSIVE	287
3. L'INCIDENCE DE LA TRANSACTION SUR LE LITIGE CIVIL	288
4. L'INFRACTION DE NON DECLARATION A L'ONSS ET SON COROLLAIRE OBLIGE LE LIEN DE SUBORDINATION	289
5. LES AMENDES ADMINISTRATIVES	291
6. L'ARTICLE 155 DU CODE JUDICIAIRE	294
7. L'IMMUNITE CIVILE EN MATIERE D'ACCIDENT DU TRAVAIL	295
7.1. GENERALITES	295
7.2. L'ARTICLE 46 DE LA LOI DU 10 AVRIL 1971	295
7.3. LA PROBLEMATIQUE DES AYANTS DROIT DISPOSANT OU NE DISPOSANT PAS DU DROIT A UNE REPARATION EN LOI	296
8. LES CONDAMNATIONS D'OFFICE DE L'ARTICLE 35 DE LA LOI DU 27 JUIN 1969	297
8.1. L'ARTICLE 35 ALINEA 3 ET 4	297
8.2. L'ARTICLE 35 ALINEA 2	299
9. LA RESPONSABILITE PENALE DES PERSONNES MORALES	299
10. L'EXERCICE DE L'ACTION CIVILE EN REPARATION D'UN DOMMAGE CAUSE PAR UNE INFRACTION : LES ADAGES « ELECTA UNA VIA », « LE CRIMINEL TIENT LE CIVIL EN ETAT » ET L'AUTORITE DE CHOSE JUGEE DU PENAL SUR LE CIVIL	301
11. CONCLUSIONS	303

LES DEVELOPPEMENTS DE L'EUROPE SOCIALE

**RESEAUX EUROPEENS RELATIFS AUX PENSIONS : LA PARTICIPATION
D'INTERETS ORGANISES AU PROCESSUS DECISIONNEL DE L'UE**

307 |

RESEAUX EUROPEENS RELATIFS AUX PENSIONS : LA PARTICIPATION D'INTERETS ORGANISES AU PROCESSUS DECISIONNEL DE L'UE

PAR **PHILIPPE POCHET*** et **DAVID NATALI****

* Directeur de l'Observatoire social européen

** Chercheur principal auprès de l'Observatoire social européen

1. INTRODUCTION

Le présent article est le troisième d'une série de contributions réalisées dans le cadre du projet de recherche 'Méthode ouverte de coordination dans le domaine des pensions et de l'intégration européenne' élaboré par l'Observatoire social européen et financé par le SPF Sécurité Sociale (Belgique). Alors que les deux premiers articles mettaient l'accent sur l'évolution récente des institutions nationales de pension au sein de l'Union élargie (Natali, 2004a) et sur les politiques de réforme basées sur l'interaction de gouvernements et de partenaires sociaux (Natali, 2004b), le présent article se consacre davantage à la dimension européenne des pensions.

Le principal objectif consiste à analyser le mode de formulation actuel de la politique des pensions au sein de l'UE, les contextes politiques sous-jacents et l'identité des principaux acteurs concernés par son développement. Il convient avant tout de reconstruire les débats européens, d'en dégager les points de cohérence, mais également d'identifier leurs dynamiques et interactions (grâce à un bref récapitulatif de documents clés). L'un des principaux problèmes à l'échelon européen consiste à définir la nature des problèmes liés aux pensions. Nous aborderons cette question à partir d'un point de vue global. D'une part, nous analyserons à la fois les programmes publics de retraite (également connus sous le nom de premier pilier) et les régimes complémentaires (professionnels et individuels). Comme mis en exergue par Palier et Bonoli (2000), un lien étroit sous-tend en réalité les pensions publiques (quant à leur niveau et à leur couverture) et l'espace que celles-ci laissent aux autres systèmes. En d'autres termes, une réduction des pensions publiques constitue une condition préalable à l'instauration de possibilités plus vastes pour les régimes individuels et privés. D'autre part, nous analyserons les multiples facettes de la politique des pensions en tenant compte d'arguments financiers, économiques et sociaux.

En second lieu, nous mettrons l'accent sur les principaux acteurs du processus décisionnel. Alors que le deuxième article de cette série (Natali, 2004b) soulignait le rôle du gouvernement et des partenaires sociaux à l'échelon national (se faisant ainsi l'écho de la littérature néo-corporatiste), nous proposons dans la présente une appro-

che analytique différente. Nous introduisons le concept de réseau de politiques (*policy network*) afin de mettre en exergue la nature poreuse du processus décisionnel européen (Rhodes, 1997; Marsh, 1998). Non seulement les institutions politiques et les acteurs sociaux, mais également les groupes d'intérêt économiques et financiers et la société civile jouent un rôle dans la gouvernance. L'approche du réseau de politiques sera particulièrement utile pour décrire le processus décisionnel européen fragmenté des politiques sociales (Peterson et Bomberg, 1999; Peterson, 2003).

Cette approche est développée dans une perspective diachronique. En réalité, la question des pensions a été abordée à l'échelon européen en trois phases. La première phase est liée à la création du marché intérieur. Cette phase met l'accent sur la promotion de la mobilité du travail et sur la création d'un marché financier intégré. Dans cette perspective, la question des pensions est considérée comme un facteur lié à la véritable liberté de circulation. D'un point de vue normatif, la privatisation constitue un élément capital.

La deuxième vague dérive de l'adoption de l'union monétaire; deux catégories peuvent être distinguées à ce niveau. Premièrement, la limite imposée quant aux déficits publics, et les objectifs du Pacte de stabilité et de croissance visant à maintenir l'équilibre ou même un léger surplus dans les finances publiques. Les pensions représentant le volet le plus coûteux des dépenses sociales, la pression en faveur d'une stabilisation, voire d'une réduction des coûts a été renforcée. Par ailleurs, des craintes ont été soulevées quant à la capacité de financement des pensions à moyen terme, mais également aux risques impliqués en vue d'assurer la pérennité de l'Union économique et monétaire (UEM). La pérennité occupe ici une position centrale.

Enfin, depuis 1999, la Commission européenne (CE) et les ministres des Affaires sociales ont accordé une attention accrue à la protection sociale (CCE, 1999). Depuis le sommet de Lisbonne, la méthode ouverte de coordination a été appliquée, d'abord dans le cas de la pauvreté et de l'exclusion sociale et ensuite aux pensions (Pochet, 2002). Cette approche vise (principalement) des perspectives sociales telles que la redistribution et la réduction de la pauvreté parmi les seniors.

Par souci de clarté, nous avons opté pour une présentation chronologique et thématique. La section 2 fournit un résumé succinct de l'assise théorique du présent article, puisé dans la littérature relative au réseau de politiques. Nous résumerons dès lors brièvement les différents modes d'intervention de l'Union européenne dans le débat relatif aux pensions. La section 3 souligne les problèmes liés à la mobilité du travail et à la création d'un espace financier intégré. Cette section, ainsi que les suivantes, aborde le débat européen et les acteurs impliqués. La section 4 présente la manière dont ce débat a été relié à celui de l'union monétaire et la pérennité des pensions publiques financées préalablement. La section 5 indique la manière dont les problèmes sociaux ont progressivement monopolisé ce débat depuis 2000, stimulant ainsi de nouvelles interconnexions entre des zones du débat qui avaient auparavant tendance à demeurer compartimentées. A la section 6, nous dressons une série de conclusions.

2. EXAMEN DU ROLE DE L'UE DANS LES PENSIONS PAR LE BIAIS D'UNE ANALYSE DU RESEAU DE POLITIQUES

Les institutions européennes ont abordé le problème des pensions en différentes étapes et en s'alignant sur diverses perspectives. La volonté initiale de favoriser la libre circulation des personnes et des services et de stimuler la concurrence entre les institutions financières a été associée ultérieurement à l'objectif visant à améliorer la stabilité économique et monétaire de l'Union européenne et finalement, à celui visant à coordonner sa dimension sociale. Ce processus 'étape par étape' a été cohérent avec la coexistence de différentes séries d'acteurs, basées chacune sur l'interaction mutuelle des intervenants et des institutions. Nous proposons une analyse du réseau des politiques publiques (Policy Network Analysis - PNA) afin d'améliorer la connaissance de ce type d'interaction dans le processus d'élaboration des politiques.

Le concept de 'réseau' a été défini initialement en Grande-Bretagne à la fin des années 1970 : l'objectif consistait à distinguer la gouvernance démocratique moderne à la fois de l'Etat webérien classique (basé sur des hiérarchies) et des marchés purement privés (cf. Rhodes, 1997; Mayntz, 2003). Les contributions ultérieures de littératures universitaires étaient profondément ancrées dans l'hypothèse selon laquelle la gouvernance contemporaine est de plus en plus 'hétérarchique' et fluide, et implique une multitude d'acteurs publics et non publics. Alors que les institutions formelles maintiennent la responsabilité décisionnelle, les choix sont élaborés par voie de négociation (basée, de manière alternée, sur la coopération et la concurrence) entre différentes forces.

Actuellement, cette approche a été adoptée pour l'étude de l'intégration européenne et semble particulièrement utile étant donné la particularité de l'UE en tant que système de gouvernance. Nombre d'auteurs ont utilisé le concept de réseau pour décrire la nature fortement segmentée et dispersée du processus décisionnel de l'UE, où de nombreux 'acteurs' tentent d'influencer les décisions (Peterson et Bomberg, 1999; Rosamond, 2000).

Comme proposé par Peterson (2003), le réseau de politiques publiques représente un groupe d'acteurs dont chacun vise un intérêt ou un enjeu dans un secteur politique donné et a la capacité de contribuer à la réussite ou à l'échec d'une politique. Conformément au modèle proposé par Rhodes (1997) et Marsh (1998), les réseaux peuvent être différenciés sur la base de trois variables clés. La première variable concerne la stabilité relative de l'affiliation (soit les principaux participants ont tendance à dominer le processus décisionnel dans le temps, soit l'adhésion est fluide). La deuxième est représentée par la fermeture du réseau au monde extérieur (en fonction de la perméabilité d'une certaine communauté aux acteurs extérieurs). La troisième est la force des dépendances des ressources (la plupart des acteurs se suffisent-ils à eux-mêmes ou dépendent-ils les uns des autres pour des ressources telles que les fonds et l'information ?).

Dans cet article, nous analyserons uniquement les deux premières variables.

Par conséquent, les réseaux peuvent être définis par le biais d'un continuum avec des communautés de politiques publiques hautement intégrées et cohésives, d'une part, et des réseaux thématiques faiblement intégrés de l'autre. Le premier consiste en un groupe restreint de quelques participants partageant des valeurs de base, affichant une continuité dans l'adhésion et les résultats, et où l'interaction des acteurs implique des négociations. Selon Marsh (1998), les derniers sont des réseaux peu structurés comportant un nombre élevé de membres, avec un accès variable et des différents relatifs aux valeurs, une interaction basée sur la consultation (plutôt que sur la négociation) et une relation de pouvoir inégale entre les participants autosuffisants. Il s'agit dans les deux cas de types idéaux, alors que les expériences concrètes se placent entre les deux.

Tout au long de ce continuum, diverses contributions à la littérature scientifique ont défini des types de réseaux spécifiques. Tel est le cas des communautés épistémiques, où des groupes d'experts, de scientifiques et de professionnels à compétences reconnues dominant le réseau (Haas, 1992; Verdun, 1999). Ce réseau est basé sur le partage d'expériences et d'opinions sur des problèmes et de solutions particulièrement utiles dans le sillage de la coordination de politiques internationales. L'approche basée sur une *advocacy coalition* constitue une autre expression d'intérêt dans une analyse des processus décisionnels basée sur les acteurs. Dans ce cas, le réseau se compose d'acteurs qui ne partagent pas uniquement des connaissances, mais également des objectifs et des valeurs sur le plan des politiques (système de croyances). Le rôle (à long terme) des acteurs et des agences non étatiques est dès lors décisif en vue de l'adoption de décisions d'actions politiques (Sabatier, 1988).

Trois caractéristiques du régime de l'UE en particulier semblent s'expliquer plus efficacement via le PNA. Premièrement, certaines décisions prises à l'échelon UE sont adoptées par une série d'acteurs et de lobbies qui ne sont pas sous le contrôle des institutions européennes. L'autorité politique est faible et fragmentée. Une étude relative au fonctionnement des mécanismes d'interaction des élites ainsi que de la nature des informations échangées sera décisive afin de comprendre les procédures décisionnelles et leurs principales conséquences.

Deuxièmement, le processus de formulation des politiques à l'échelon supranational est beaucoup plus compliqué que celui à l'échelon national. Des comités, groupes de travail, fonctionnaires et experts, faisant chacun valoir son programme personnel, coexistent et interagissent afin d'influencer les décisions et leur mise en œuvre. En outre, ces groupements varient en fonction des secteurs et des domaines des politiques. L'UE est généralement décrite comme un 'régime différencié' caractérisé par la 'polycentricité' (Peterson, 2003).

Troisièmement et en conséquence, un tel processus décisionnel 'de niveau intermédiaire' est particulièrement important à l'échelon européen, où le rôle de la bureaucratie et des élites exerce un impact plus profond qu'à l'échelon national (Peterson et Bomberg, 1999). L'expertise technique et les connaissances spécialisées constituent des ressources critiques dans un contexte plus dépolitisé.

Pour toutes ces raisons, l'analyse du réseau de politiques publiques peut aider à expliquer les conséquences du processus décisionnel de l'Union européenne. Cette analyse peut être utilisée plus particulièrement pour mieux comprendre les premières phases de ce processus au moment de la formulation des décisions ainsi qu'à une étape ultérieure de leur mise en œuvre.

Cette approche est particulièrement utile dans le cas des politiques sociales. Dans ce contexte, différentes contributions à la littérature scientifique ont révélé, en réalité, la pertinence des communautés de politiques publiques pour le développement d'un rôle plus actif de l'UE (plus particulièrement dans le domaine de la santé et de la sécurité et de la politique en matière de genre, Falkner, 1999; Wendler, 2001). Comme l'indiquait Falkner (1999), plus particulièrement après l'adoption du Traité de Maastricht, l'augmentation rapide de l'inclusion et de la consultation de groupes d'intérêts et d'acteurs de la société civile a caractérisé le processus décisionnel sur le plan social. Quant à la politique des pensions en particulier, Dudek et Omtzigt (2001) ont distingué cinq moyens grâce auxquels l'UE influence les options disponibles pour une réforme des pensions. Ceux-ci peuvent être aisément redéfinis sous la forme d'une multitude de réseaux impliquant tant des acteurs nationaux que des acteurs supranationaux. Parmi eux et grâce aux forums de discussion créés par l'UE, des idées ont été diffusées, la conscientisation s'est accrue et des réseaux de politiques ont été mis sur pied. L'influence se fait sentir dans le domaine des idées, de leur circulation et de leur légitimité (1).

Conformément à cette littérature, nous tentons de définir, dans la section ci-dessous, les trois principaux réseaux (représentés par des institutions, des partenaires sociaux, des lobbies, des experts, des fonctionnaires, etc.) activés au cours des trois dernières années. Le premier est le réseau relatif à la régulation des pensions complémentaires afin d'accroître l'efficacité du marché unique. Il a constitué la première phase de l'intervention de l'UE dans ce domaine. Le deuxième est le réseau agencé autour de l'intégration économique (deuxième étape de l'intervention), alors que le troisième (et dernier) concerne la dimension sociale dans la manifestation de la Méthode ouverte de coordination (pour une étude approfondie de l'évolution des politiques sociales de l'UE, cf. Pochet, 2004).

3. VERS UN MARCHÉ UNIQUE (DES PENSIONS COMPLÉMENTAIRES)

L'action européenne dans le domaine des pensions complémentaires se base sur deux volets du traité de l'UE. Premièrement, il s'agit de la libre circulation des personnes, des biens, des services et des capitaux, et deuxièmement, du volet abordant la politique de la concurrence. Dans ces deux domaines, l'autorité d'intervention à l'échelon européen est puissante et a été validée par de nombreux arrêts de la Cour de Justice européenne (Esposito et Mum, 2004).

(1) A l'échelon européen, divers documents mobilisent ces réseaux de politiques. Les points relatifs à l'Union économique et monétaire (UEM) sont façonnés par les grandes orientations des politiques économiques (GOPE) et les affaires d'emploi, par le processus de Luxembourg (pour une description, cf. CCE, 2002).

3.1. ARGUMENTS RELATIFS AUX POLITIQUES (SUR LA BASE DE DOCUMENTS CLES)

Il y a deux tendances dans ce débat : d'une part, il entend décrire les obstacles à la liberté de circulation (deuxième et troisième piliers) (2) dans le domaine des pensions et, d'autre part, les limites excessives imposées à la libre concurrence entre les agents économiques. Comme le souligne Math (2001a), divers acteurs économiques prônent avec insistance pour que les systèmes de protection sociale complémentaires – fortement liés actuellement à l'échelon national et souvent obligatoires et monopolistiques, bénéficiant de dispositions fiscales protectrices – soient soumis à la politique de concurrence européenne et intégrés dans un système de concurrence des autres secteurs (compagnies d'assurance et fonds de pension). Il ne s'agit pas, clairement, d'une coïncidence que le débat européen ait été développé sous les auspices de commissaires européens libéraux (Pochet, 2003). Ce processus s'est déroulé en plusieurs étapes au cours desquelles cet argument a été davantage mis en exergue. Au cours des années 1990, les premières tentatives avaient lamentablement échoué. En 1995, dans le contexte de la création du marché unique, une nouvelle directive concernant les activités des institutions de retraite avait dû être retirée sous la pression de plusieurs Etats membres. En 1996, la European Federation for Retirement Pensions (EFRP) a déploré cet échec de la réalisation des trois objectifs que la fédération avait définis comme prioritaires (De Ryck, 1996) : liberté de gestion d'actifs transfrontalière, d'investissements transfrontaliers et d'affiliation transfrontalière (3).

Le Livre vert sur les pensions complémentaires (CCE, 1997) a ravivé cette initiative. Ce Livre vert visait à établir un cadre communautaire de 'réglementation prudentielle' et une réglementation fiscale et à réduire les obstacles à la mobilité du travail. Ce Livre vert allait jouer un rôle crucial. En raison de l'échec essuyé précédemment, les questions institutionnelles ont été abordées sur un ton extrêmement prudent. Il a ainsi été spécifié que chaque Etat était libre de choisir la répartition de son système de pension entre les trois piliers – le premier pilier est et restera dominant, une subsidiarité s'appliquera dans ce domaine, etc. L'objectif est évidemment modeste – encourager la diversification dans un cadre dominé par des régimes de pension publics : « *Les régimes de pension publics (1er pilier) incluent la majeure partie des paiements de pensions (88 %), mais la nécessité de maintenir des niveaux de revenus de retraite résultera probablement en une confiance accrue dans les autres sources principales de revenus de retraite complémentaires* ». Les différentes lignes d'argumentation développées dans le Livre vert constituent le moteur des actions et des propositions futures. Le problème du vieillissement démographique et les tendances démographiques constituant le point de départ de ces documents ne sont pas abordés ici (cf. plus particulièrement CCE, 2000a) et seront documentés ailleurs.

(2) Les pensions publiques sont régies par le Règlement 1408/71.

(3) La European Federation of Retirement Provision (EFRP) représente des fonds de pension responsables du 2^e pilier ou de la constitution de pensions professionnelles. Ses membres sont répartis à travers 20 Etats membres de l'UE et 4 Etats non-membres de l'UE (Croatie, Islande, Norvège et Suisse).

L'un des arguments invoqués dans le Livre vert était que le poids des coûts généraux salariaux serait moins lourd à porter si le taux de rendement obtenu sur les marchés financiers était plus élevé. Le Livre avançait l'exemple suivant, utilisé ultérieurement dans divers documents : « *Supposons que l'objectif visé soit une pension complémentaire fixe atteignant 35 % du salaire, sur la base d'une carrière de 40 ans. Si le taux réel de rendement de l'actif s'élève à 6%, le coût représente 5% du salaire : toutes choses égales par ailleurs, si le taux réel de rendement s'élève à 4%, le coût correspond à 10% du salaire, et si le taux réel de rendement n'est que de 2%, le coût représente 19 % du salaire* » (CCE 1997: 11). Le marché doit être intégré au maximum de manière à permettre un accroissement des rendements. En conséquence, si le taux de rendement d'un système de prélèvements obligatoires est plutôt faible, un passage partiel à un régime privé serait tout aussi bénéfique pour les employeurs que pour les travailleurs.

Dans le sillage du Livre vert, la Commission a déposé en mai 1998 un Plan d'action pour les Services financiers, approuvé par le Conseil européen organisé en juin 1999 à Cologne. L'un des objectifs stratégiques de ce plan consistait à établir un véritable marché unique pour les transactions financières sur les marchés de gros. L'adoption de dispositions législatives relatives aux investissements par des Institutions de retraite professionnelle (IRP) a été présentée dans le Plan comme une condition préalable permettant d'atteindre cet objectif. Ultérieurement, le Conseil européen de Lisbonne a fortement mis en exergue la nécessité d'intégrer des services et des marchés financiers au sein de l'UE. Un marché financier unique était considéré comme un facteur clé permettant de promouvoir la concurrence de l'économie européenne, le développement de la nouvelle économie et la cohésion sociale. Dans ses conclusions, la présidence a souligné qu'il convenait en priorité d'ôter les obstacles restants aux investissements dans le domaine des fonds de pension. En outre, il a demandé la mise en œuvre du plan d'ici 2005. Le rapport Lamfalussy du 15 février 2001 portant sur la réglementation du marché européen des valeurs mobilières est revenu sur les arguments ordinaires en faveur du développement de pensions et de fonds de pensions privées.

Un deuxième volet de l'argumentation concerne la mobilité (4). Bien que la mobilité du travail interétatique demeure très faible, les partisans du développement d'une politique des pensions renversent l'argument. La circulation des travailleurs est faible parce que certains obstacles empêchent les travailleurs d'exercer pleinement leur droit à la liberté de mouvement. En conséquence, la Commission a présenté une communication relative à un nouveau marché du travail, ouvert et accessible à tous. Cette communication a été suivie d'un plan d'action visant à promouvoir la mobilité. Se conformant aux recommandations formulées dans le rapport Veil sur la libre circulation, la Commission a mis sur pied le Forum des pensions (établi précédemment par la décision publiée au JOCE L196 du 20 juillet 2001), qui s'est réuni

(4) La première intervention en la matière a été lancée en 1968 avec le Règlement 1612/68 relatif à des systèmes complémentaires de retraite.

pour la première fois en 2000. Son rôle consiste à épauler la Commission dans la résolution de problèmes liés à la circulation transfrontalière. Ce Forum a marqué le souhait de la Commission d'accroître le nombre de participants. Le Forum représente des Etats et des partenaires sociaux ainsi que des fonds de retraite, des compagnies d'assurance et des institutions d'investissement. L'objectif consiste à dépolitiser le débat et à neutraliser l'idéologie qui sous-tend la question et à transformer cette dernière en une matière technique. Cet objectif a donné lieu à une consultation entre les partenaires sociaux, organisée en juin 2002 (Confédération européenne des syndicats, CES, Union des confédérations de l'industrie et des employeurs d'Europe, UNICE et Centre européen des entreprises à participation publique, CEEP) sur la portabilité des droits de pension privés. Les syndicats ont réagi de manière comparativement positive à cette consultation. En outre, d'autres groupes d'intérêt et lobbies ont été inclus au Forum. La Plate-forme européenne des personnes âgées (AGE), par exemple, est membre depuis 2001. AGE est un réseau d'organisations sans but lucratif de personnes âgées, impliquées dans une série d'activités politiques et informatives visant à mettre les enjeux des personnes âgées à l'ordre du jour de l'UE. Cette plate-forme est cofinancée par ses membres et par la Commission européenne (AGE, 2003a).

Deux autres aspects ont également été abordés dans le Livre vert. Systèmes d'imposition : 'Les impôts jouent un rôle considérable dans la constitution des pensions et la conception du régime, assurant un traitement privilégié à l'échelon des contributions, des revenus des fonds, des gains de capital et des versements de prestations. Il existe des réglementations de contrôle de l'utilisation de ces privilèges fiscaux' (ch. V). Sur cette base, la Commission a adopté, le 19 avril 2001, une communication relative à l'élimination des obstacles d'imposition à la constitution transfrontalière de retraites professionnelles. (Les difficultés occasionnées par les différences existant dans les systèmes d'imposition font l'objet d'autres initiatives de l'UE et ne sont pas abordées ici en détail. Pour une analyse récente, cf. Radaelli, 2004). Les 'Réglementations prudentielles' (ch. III) sont également abordées ici. La stratégie ayant conduit à la publication du Livre vert s'est avérée judicieuse étant donné que la Commission a réussi à prendre le dessus et à utiliser les réponses au Livre vert comme base pour de nouvelles propositions.

Ces différents éléments ont permis à la Commission de présenter en octobre 2000 une proposition de directive relative aux institutions de retraite professionnelle (fonds de pension, caisses de retraite, etc.). L'objectif consistait à créer à l'échelon de l'UE un cadre prudentiel suffisamment fort pour assurer la protection des droits des futurs retraités et accroître l'accessibilité aux retraites professionnelles. Le projet de directive a également cherché à permettre à une institution établie dans un Etat membre de gérer les régimes de retraite d'entreprises établies dans d'autres Etats membres. Une fois de plus, cette proposition a suscité de nombreux débats, mais le Conseil ECOFIN l'a finalement approuvée en juin 2002. Au mois de mai 2003, le Conseil des Ministres l'a adoptée. Conformément au débat susmentionné, la directive se base sur le 'principe du bon père de famille' (ex. : des investissements

consentis dans le meilleur intérêt des bénéficiaires, la diversification afin d'assurer la sécurité, les liquidités et la rentabilité, des actifs investis principalement sur des marchés réglementés), la divulgation (fournir davantage d'informations aux membres des caisses) et les activités transfrontalières (les entreprises sont à même de sponsoriser des IRP établies dans d'autres Etats membres) (pour une analyse de la directive 2003/41, cf. Esposito et Mum, 2004; Natali, 2005a).

3.2. ACTEURS IMPLIQUES

Après avoir mis en évidence les principaux documents et leur logique sous-jacente, nous nous tournons à présent vers les agences et les institutions contribuant à ce volet du débat UE. Parmi ces dernières, le Parlement européen (5), le Comité économique et social européen et le secteur des services financiers ne cessent de prôner avec insistance depuis plusieurs années l'établissement d'un cadre européen pour les IRP. Alors que certains Etats membres se sont montrés (très) réticents, d'autres ont néanmoins marqué leur soutien aux initiatives de la Commission.

Sur le plan parlementaire, le Forum des pensions du Parlement européen a été activé en 2003, à l'initiative de MEP néerlandais. Il s'agit d'une plate-forme de dialogue visant à promouvoir l'analyse et la connaissance de caisses publiques non financées et de caisses professionnelles financées, grâce à un échange d'informations entre la Commission (DG Marché intérieur, DG Emploi et Affaires sociales et DG Affaires économiques) et des représentants d'institutions d'assurance. Ses principaux sponsors sont des fonds de pension pour fonctionnaires aux Pays-Bas. La Fédération européenne de l'assurance et de la réassurance (CEA – Comité européen des assurances), l'Association européenne des institutions paritaires de la protection sociale (AEIP) et l'EFRP font partie du comité de direction du Forum (Natali, 2004c) (6).

De nombreux acteurs privés jouent donc un rôle dans ce domaine. Ces acteurs interviennent en tant que lobbies classiques (la Fédération européenne des Fonds et Sociétés d'investissement (FEFSI), le CEA et l'EFRP) afin d'aboutir à des amendements et de promouvoir leurs intérêts – qui ne sont pas toujours identiques, comme le dénote la tension existant entre le CEA et l'EFRP (cf. Math, 2001b) relative à la proposition de la Commission sur les activités des fonds de retraite professionnelle. En 2003, l'EFRP avait initié un deuxième rapport visant à proposer une stratégie permettant de faire face à l'émergence de fonds professionnels paneuropéens basés sur des sections nationales (EFRP, 2003). A la même époque, le rapport annuel de la FEFSI décrivait la directive 2003/41 comme « ... *un progrès majeur vers un marché*

(5) Le 13 avril 2000, le Parlement européen a adopté une résolution accueillant favorablement l'intention de la Commission de proposer une directive sur les retraites complémentaires.

(6) La CEA (Fédération européenne de l'assurance et de la réassurance) regroupe des compagnies d'assurance de l'ensemble des 25 Etats membres et de 5 pays non UE. L'Association européenne des institutions paritaires de la protection sociale (AEIP) se compose d'institutions paritaires (où tant les représentants des employeurs que ceux des employés jouent un rôle de direction) et inclut 5 Etats membres de l'UE et la Suisse.

unique pour les services financiers, (mais) qui n'a pas atteint ce qui était son principal objectif à savoir la création d'une véritable situation équitable pour l'ensemble des institutions financières. (Par conséquent) la FEFSI et ses membres devront veiller de près à la transposition de la directive dans la législation nationale et encourager le législateur national "à emprunter la direction adéquate..." » (FEFSI, 2003 : 13) (7).

L'une des stratégies adoptées consiste à justifier leurs requêtes en produisant, ou en se référant à des études académiques réalisées dans le domaine. Dans ce contexte, le rôle de la European Round Table of Industrialists (ERT), un groupe composé de quelques quarante grands industriels (8), revêt une importance capitale. L'ERT a mis sur pied un groupe de travail présidé par Carlo De Benedetti et qui a produit un document intitulé : « *European pensions, an appeal for reform - Pensions schemes that Europe can really afford* » publié par la Fondation De Benedetti (ERT, 2000) et largement diffusé dans les médias. Comme Math (2001b : 6) l'affirme : « *La Fondation qui organise des conférences et édite des publications à destination des décideurs politiques, s'est associé le concours de nombreux chercheurs et universitaires; ses travaux se présentent comme des recherches indépendantes et viennent apporter une légitimité scientifique à des préconisations politiques. Ils font l'objet d'une large diffusion, en particulier dans la presse proche des milieux d'affaires* ».

Conformément à l'objectif cherchant à renforcer le débat sur les questions clés (telles que la privatisation et les économies), d'autres organisations ont été actives à l'échelon européen. Tel est le cas de 'Friends of Europe' (Les Amis de l'Europe), un organisme sans but lucratif visant à assurer une meilleure compréhension des politiques européennes (9). Son programme couvre un vaste éventail de thèmes, abordés non seulement par le biais d'événements, mais également dans des publications. Plus qu'un classique groupe de réflexion, FOE s'efforce de proposer un forum ouvert à l'ensemble des acteurs concernés : UE et stratégies nationaux, leaders commerciaux et représentants d'ONG. La presse est également activement impliquée dans ses activités (conférences, tables rondes et groupes de discussion). Au mois de mars 2005, FOE a organisé à Bruxelles une réunion axée sur le thème 'Comment l'Europe peut-elle surmonter la crise des pensions ?'. Cette table ronde s'est focalisée sur la 'crise du sous-financement chronique des pensions' en Europe, avec la participation de représentants de la Commission européenne, de la European Finan-

(7) La Fédération européenne des Fonds et Sociétés d'Investissement (FEFSI) est le groupe d'encadrement paneuropéen du secteur des fonds d'investissement de 19 Etats membres (y compris la Pologne, la Hongrie, la Slovaquie et la République Tchèque), la Norvège, le Lichtenstein, la Suisse et la Turquie.

(8) L'ERT a joué un rôle important dans la dynamique du marché intérieur et le Livre blanc de 1985, ainsi qu'à un stade ultérieur, dans les réseaux trans-Européens mis en exergue dans le Livre blanc de 1993 de Delors. Il s'agit de l'un des groupes les plus influents de Bruxelles.

(9) Parmi les administrateurs de cette organisation, on compte Pascal Lamy, Giuliano Amato et Carl Bildt.

cial Services Roundtable et de la CES, mais également du ministre polonais des Finances. L'argument clé appuyé par certains des participants était que la 'crise des pensions' constitue un problème plus urgent que ce que les gens et les stratégies politiques semblent le penser et qu'un rôle accru des fonds en capitalisation pourrait constituer la meilleure manière d'y faire face (FOE, 2005).

Cette position adoptée par un secteur d'employeurs européens et d'acteurs financiers contraste sensiblement avec celle de l'UNICE, qui réunit des fédérations nationales d'employeurs, et qui a adopté une attitude discrète sur ce point. Ce n'est qu'en novembre 2001 que l'UNICE a adopté le 'Document stratégique sur la viabilité des retraites'. L'UNICE souligne clairement qu'il n'existe pas de modèle européen unique pour le système des retraites. Une solution 'taille unique' n'est ni souhaitable, ni appropriée ou faisable au sein de l'UE'. L'UE devrait dès lors jouer un rôle plutôt modeste et l'unique justification pour l'UE de poursuivre les réformes nationales des retraites est de maintenir la stabilité de la zone euro (Arcq et Pochet, 2002).

Dans le domaine des pensions privées, l'Europe a un rôle particulier à jouer pour rassembler un groupe asymétrique d'acteurs intéressés. Par l'intermédiaire de deux commissaires à fortes personnalités - Leon Brittan à la fin des années 1980 et au début des années 1990 et Frits Bolkestein au début des années 2000 - la Commission a représenté un catalyseur important pour mettre ce point à l'ordre du jour de l'UE. La demande d'un changement radical a été exprimée avec force : 'Désamorcer la 'bombe à retardement' que représente le problème des retraites', tel était le titre d'un discours prononcé par M. Bolkestein (2001). Au fil du temps, divers arguments ont été avancés afin de développer une approche plus efficace. Outre le thème général du vieillissement démographique, celui de la mobilité des travailleurs occupe désormais une place plus importante. L'argument est donc devenu plus neutre - une solution pragmatique doit être trouvée aux problèmes pratiques liés à la mobilité du travail. Des réseaux favorables aux fonds de retraite et à un rôle accru des pensions privées utilisent le 'Rapport annuel sur les réformes structurelles', publié dans le cadre du processus de Cardiff (ayant mis l'accent sur des réformes du marché pour les produits et les capitaux) afin d'étayer leurs idées. Néanmoins, ce processus est subordonné aux GOPE (grandes orientations des politiques économiques) qui sont contrôlées par les ministres des Finances (cf. ci-dessous) (CCE, 2001).

Dans un tel contexte, la Cour de Justice européenne (CJ) a joué un rôle capital. Les pensions publiques de base, à l'instar d'autres mécanismes de sécurité sociale, ne sont pas soumises à la politique de la concurrence. Toutefois, la disposition du troisième pilier est soumise à des règles de concurrence. Pour d'autres régimes de revenus de retraite complémentaires (deuxième pilier), la situation est plus floue. La CJ tend de plus en plus à se prononcer à ce sujet, et en l'absence de normes précises en la matière exemptant les formes complémentaires de protection sociale de la loi européenne sur la concurrence, la Cour tend à annuler la logique économique libérale découlant des textes du Traité de Rome. Depuis l'arrêt Albany (C-67/96

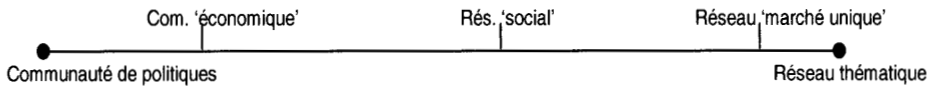
Albany International BV v. Stichting Bedrijfspensioenfond Textielindustrie), il semble que la Cour soit parvenue à un équilibre sur la manière d'interpréter les éléments constitutifs ou non d'un plan de retraite collectif de 'deuxième pilier', exclu de la loi sur la concurrence (Bosco, 2000). Il convient également de noter que la réforme des traités adoptée à Nice (2000) avait ajouté une phrase à l'article 137, à savoir : « (...) ne porteront pas atteinte à la faculté reconnue aux États membres de définir les principes fondamentaux de leur système de sécurité sociale et ne doivent pas en affecter sensiblement l'équilibre financier ». En d'autres termes, la Cour n'était pas à même de renverser l'équilibre fondamental existant à l'intérieur de chaque système national, ni les volets financiers qui constituent, de toute évidence, l'élément central des pensions.

Les deux dernières décisions de la CJE concernaient des restrictions aux cotisations et aux paiements transfrontaliers. Ces restrictions sont considérées comme étant contraires aux principes fondamentaux du Traité. Le cas Danner (octobre 2002) concernait le traitement fiscal de cotisations payées par des ressortissants non finlandais (résidents de Finlande) à des fonds établis en dehors de la Finlande. La Cour a déclaré que la décision de l'autorité fiscale finlandaise - en vertu de laquelle des cotisations payées à une caisse de retraite allemande par un ressortissant allemand résidant en Finlande ne seraient pas soumises au même allègement fiscal que celui qui aurait pu être accordé à un ressortissant finlandais - était contraire à l'article 59 du Traité de Rome. La Cour a rejeté l'argument avancé par les autorités finlandaises en vertu duquel des cotisations aux régimes étrangers devaient faire l'objet d'une imposition en raison de l'absence de garantie de la capacité d'imposer les retraites au moment de leur paiement (Thompson, 2004).

Le deuxième cas (cas Skandia de juin 2003) était lié aux cotisations payées à une caisse de pension professionnelle gérée par une entreprise non suédoise. En réalité, en vertu de la législation suédoise, les cotisations versées à une compagnie d'assurance établie en Suède sont déductibles d'impôt, contrairement aux cotisations versées à une compagnie établie à l'étranger. La Cour a rejeté l'argument des autorités suédoises en vertu duquel un traitement fiscal différent permettait de maintenir des contrôles fiscaux efficaces et de préserver l'intégrité de l'assiette fiscale. La CJE a jugé ensuite qu'aucune mesure compensatoire n'existait pour compenser le désavantage subi par l'employeur optant pour un assureur étranger (Thompson, 2004). En réalité, la Cour est un acteur externe, moins étroitement lié aux acteurs faisant partie du réseau.

Enfin, la Charte des droits fondamentaux adoptée par le Conseil européen à Nice (2000) a modifié l'équilibre entre la mission économique de l'UE et d'autres objectifs, plus généraux et notamment sociaux. Son intégration dans les accords établis par la Convention sur l'avenir de l'Europe et les conférences intergouvernementales afférentes devraient renforcer le souci de la Cour de Justice de ne pas mettre à mal l'équilibre national des États membres. Des incertitudes demeurent néanmoins.

Conformément au modèle proposé par Rhodes (1997) et Marsh (1998), le réseau du 'marché unique' peut être défini comme un réseau thématique, où un nombre élevé de membres sont impliqués dans le processus décisionnel (Figure 1).

FIGURE 1 : RESEAUX EUROPEENS DE POLITIQUES RELATIVES AUX PENSIONS

Tous les participants ne partagent pas une perspective commune : d'aucuns (ex. : DG Marché intérieur, gestionnaires de fonds de pension et autres groupements d'intérêt économique) ont prôné l'instauration d'un marché plus intégré de pensions complémentaires, facilitant la libre circulation des travailleurs et la croissance des marchés de capitaux; d'autres (syndicats et société civile européenne) se sont davantage préoccupés de la différence des droits sociaux des travailleurs et des citoyens. Tandis que le premier groupe occupe un rôle central (autour du Conseil ECOFIN), le deuxième dispose d'un accès et de ressources plus marginaux. En outre, le réseau est perméable à de nombreux groupements d'intérêt.

4. STABILITE ECONOMIQUE ET MONETAIRE DE L'UNION EUROPEENNE

Le deuxième volet de la discussion se développant à l'échelon européen provient des ministres des Finances et de leurs comités consultatifs, plus particulièrement du Comité de politique économique (CPE) et du Comité économique et financier (CEF). La question ne concerne pas autant la politique de la libre circulation et de la libre concurrence que la stabilité de l'union monétaire. La viabilité à long terme de pensions publiques non financées constitue ici le problème principal. Les déclarations des Conseils ECOFIN et les diverses prises de position des Conseils européens ne sont pas abordées dans le présent document (pour une description détaillée, cf. de la Porte, 2002; de la Porte et Pochet, 2002). Nous nous focaliserons ici sur les descriptions normatives présentées dans les différents documents et sur leur consolidation progressive.

4.1. ARGUMENTS RELATIFS AUX POLITIQUES (SUR LA BASE DE DOCUMENTS CLES)

La première initiative abordant le problème de la réforme des pensions a été lancée en 1997 par le CPE, sans que ce dernier ne soit investi d'un mandat spécifique lui permettant d'aborder ce problème. Le CPE était guidé par la philosophie prônant la nécessité d'adapter la réforme des pensions aux circonstances d'une population vieillissante, tout en garantissant une consolidation fiscale durable et en améliorant la condition des marchés de l'emploi européens. Les arguments avancés en faveur de la réforme du système des pensions – les arguments démographiques, de la charge fiscale et de l'efficacité du marché de l'emploi – se sont mués en caractéristiques permanentes de l'architecture des débats européens relatifs aux pensions. La principale recommandation concernait la maîtrise des bénéfices en tant qu'instrument principal permettant de garantir la solvabilité des systèmes de pension à prélève-

ments obligatoires. Le CPE a recommandé d'abord un report de l'âge de la retraite. Une deuxième recommandation consistait à passer d'un système basé sur la solidarité à un système de retraite basé sur des contributions individuelles. Une troisième recommandation visait à accroître progressivement le rôle des systèmes en capitalisation (Pochet, 2003).

A l'issue de ce premier exercice, un agenda de travail a été établi afin de valider ces propositions par le biais de différents rapports (de la Porte et Pochet, 2002). En 2000, le CPE a soumis un nouveau rapport, plus important, qui tentait, sur la base d'hypothèses nationales partagées (concernant plus particulièrement des prévisions démographiques), d'évaluer la charge des pensions publiques sous la forme d'un pourcentage du PNB jusqu'en 2050 (pour une vision critique de ces hypothèses de base, cf. Math, 2001c; Math et Pochet, 2001; pour des prévisions différentes, cf. Fitoussi et Le Cacheux, 2002). Selon les conclusions basées sur deux différents futurs scénarios – l'une qui pourrait être qualifiée de normale, l'autre basée sur les objectifs de Lisbonne (ex. : accroître progressivement le taux d'emploi) – les charges de retraite exprimées sous forme de pourcentage du PIB augmentent. Les conséquences sur la dette publique en particulier ont été mises en exergue. Le CPE a présenté quatre recommandations à cet égard :

- les réformes devraient viser avant tout un recul de l'âge de la pension;
- la politique fiscale devrait être plus saine et la dette publique devrait être réduite progressivement;
- le lien entre les cotisations sociales et les bénéfices au niveau individuel devrait être renforcé, conformément au principe d'équité;
- le rôle des systèmes financés en capitalisation devrait être progressivement revu à la hausse.

Ces arguments ont rapidement été abordés au sein de cercles économiques et financiers (cf. Mantel, 2001). Un deuxième rapport a été présenté sur la question des coûts à long terme du vieillissement (CPE, 2001). Un groupe de travail a été mis sur pied (Ageing Working Group, AWG) et chargé d'analyser les conséquences des réformes paramétriques (CPE, 2002). Trois aspects ont été mesurés à cette occasion : l'indexation, le recul de l'âge de la retraite et une mise à la retraite davantage liée à l'espérance de vie. Le rapport a conclu que ces trois variables devraient être appliquées, avec des variations entre les pays et les systèmes. Le rapport avance un argument énergétique pour reculer l'âge de la retraite étant donné que, sur la base de ses calculs, cette mesure n'exerce pas uniquement un effet positif sur le plan du coût global, mais – et plus important encore – elle n'engendre aucune réduction du niveau relatif des pensions (contrairement à d'éventuelles modifications des règles d'indexation). Il convient de noter que cette position épouse l'objectif central de la stratégie européenne visant à accroître le taux d'emploi à 70 %, et à 50 % pour les plus de 55 ans. En 2003, le CPE a publié un autre rapport, intitulé 'Impact du vieillissement sur les finances publiques' (CPE, 2003). Ce dernier soulignait l'impact présent et futur des tendances démographiques non seulement sur les pensions, mais

également sur d'autres secteurs politiques clés (ex. : soins de santé, soins de longue durée, chômage, etc.). Fort de son mandat octroyé par les Conseils européens de Stockholm (mars 2001) et de Barcelone (mars 2002), le CPE a présenté une série d'informations et d'indicateurs permettant d'évaluer la viabilité des finances publiques. Comme dans le cas des pensions, le rapport a pris en considération certaines des réformes adoptées par des Etats membres individuels à la fin des années 1990 et au début des années 2000. Le CPE a tiré des conclusions clés et proposé des exigences claires. Les Etats membres ont été regroupés en quatre groupes en fonction de la source des déséquilibres budgétaires potentiels et de la gravité des risques.

4.2. ACTEURS IMPLIQUES

Aux côtés du Conseil et de ses organes techniques, la Commission joue également un rôle clé. Le Conseil de Lisbonne (2000) a mandaté la Commission à préparer une étude relative à la 'contribution des finances publiques à la croissance et à l'emploi : améliorer la qualité et la viabilité' (CCE, 2000a et 2000b). Le rapport aborde la question des pensions de retraite, soulignant l'importance de la question relative à la 'qualité' des dépenses publiques, étant donné que cette question oriente certains acteurs au cœur de la Commission. L'argument se présente comme suit : il convient de distinguer les dépenses publiques 'adéquates' des autres dépenses publiques. Par exemple, les investissements, la formation et les mesures actives visant à stimuler l'emploi constituent des domaines de dépense 'adéquats'. Dans ce contexte, et en supposant qu'une réduction budgétaire s'impose, les pensions se placent en première ligne dans la catégorie des dépenses 'inadéquates'. Il s'agit là d'une stratégie à moyen terme. Plutôt qu'une intervention directe dans le débat des pensions, nous observons ici une tentative d'aboutir à une définition commune des points qui sont ou non acceptables sur le plan des dépenses publiques.

La Banque centrale européenne (BCE) constitue un autre acteur (externe) important dans ce débat. Dans plusieurs documents, la BCE a fait part de sa préoccupation quant à la stabilité budgétaire des pensions publiques (non financées) et a recommandé une réduction des taux de la dette publique, l'établissement de réserves financières et la poursuite de la réforme de la sécurité sociale avec une 'détermination accrue'. Plus particulièrement, la BCE s'intéresse aux effets du vieillissement sur les décisions de consommation ou d'économie et, en conséquence, sur les taux d'intérêt et l'état des finances publiques.

Les GOPE constituent le document principal structurant les réseaux entourant les ministres des Finances. En 2001, le Conseil ECOFIN avait proposé qu'à l'avenir, une partie des GOPE soit consacrée au vieillissement et à ses retombées financières. Les Etats membres devraient développer des stratégies permettant de relever le défi démographique à plus long terme et de les présenter conjointement avec leurs programmes de stabilité et de convergence. Les stratégies devraient être examinées dans le contexte de la surveillance multilatérale. Cette proposition a été acceptée par le Conseil européen. Comme indiqué par Navarro (2004), le rôle des partenaires

sociaux dans le processus décisionnel macroéconomique est particulièrement limité, surtout en ce qui concerne le Processus de Cologne (visant à établir un dialogue permanent entre les partenaires sociaux, les gouvernements et la BCE).

L'émergence de l'UEM en tant que point central du débat économique sur les pensions a entraîné un changement notable. Nous nous trouvons ici au cœur du projet européen et des débats actuels sur la gouvernance : comment assurer le fonctionnement de l'union monétaire alors que les contrôles économiques sont, essentiellement, décentralisés ? Les acteurs nationaux qui poursuivent ces discussions – y compris la viabilité des pensions – constituent des éléments centraux de l'architecture européenne (sur la base du Conseil ECOFIN). ECOFIN est soutenu par des comités bénéficiant de manière égale de la puissance de leurs institutions nationales membres (de nombreuses études économétriques sont coordonnées de manière similaire). Contrairement aux débats – très idéologiques – liés au marché intérieur, les études du CPE n'appuient pas, a priori, l'idée d'un rôle plus important des pensions privées. Nombre de documents soulignent les risques liés aux pensions du deuxième et du troisième piliers (10). Néanmoins, bien que les analyses soient plus subtiles, les conclusions politiques sont identiques (et semblent parfois déconnectées de l'analyse). L'argument central avancé par le CPE pour justifier l'idée d'un rôle accru des initiatives privées est, classiquement, celui de la diversification des risques. L'on peut noter ici que les études du CPE s'écartent des calculs économétriques en tant que tels, et abordent de manière plus substantielle, et plus nominative, la performance des divers systèmes nationaux.

La récente révision du Pacte de stabilité et de croissance constitue la dernière intervention dans le domaine des programmes de vieillesse. Le rapport du Conseil ECOFIN de mars 2005 (adopté ensuite par le Conseil UE) consacre deux de ses dix-neuf pages aux réformes structurelles à adopter afin d'améliorer l'orientation vers la croissance du Pacte' (Conseil de l'Union européenne, 2005). Au deuxième paragraphe du rapport, le respect des objectifs budgétaires est associé à l'encouragement de réformes améliorant la viabilité à long terme des finances publiques. Une attention particulière est donc accordée aux innovations relatives à la pension introduisant des systèmes à piliers multiples incluant un pilier obligatoire financé en capitalisation. Conformément à une vision plus flexible de la stabilité et en dépit des possibles détériorations à court terme des finances publiques, de telles réformes sont favorisées en raison de l'amélioration substantielle de l'équilibre à long terme du budget public. Le troisième paragraphe clarifie le mode de réalisation de cette position générale. Le Conseil a approuvé le fait qu'un déficit excessif dû à l'adoption de réformes de pension introduisant le système à piliers multiples susmentionné,

(10) Le rapport sur les réformes structurelles publié par le CPE (2002 : 30) mentionne : *“Ces efforts (incitants fiscaux supplémentaires) contribueront à la capitalisation d'un actif de pensions privées, mais sont également susceptibles d'impliquer des coûts considérables et d'entraîner, par le détournement d'actif dans des formes fiscalement attrayantes ou subventionnées, des effets négatifs à long terme sur l'équilibre budgétaire du gouvernement. Les conséquences globales de ce type de programmes d'incitation pour la pérennité fiscale sont dès lors incertaines”.*

nécessitait une 'analyse plus minutieuse'. En d'autres termes, la Commission et le Conseil évalueront le développement de politiques budgétaires tout en examinant le coût net de la réforme des pensions pour les cinq premières années de sa mise en œuvre, ou après 2004 pour les pays ayant déjà introduit ce type de système. Il s'agira d'une évaluation régressive et dans ce sens, l'on considérera 100, 80, 60, 40 et 20 % du coût net pour le pilier public.

Le Pacte révisé est, d'une part, cohérent par rapport à la position traditionnelle du réseau économique centré sur le Conseil ECOFIN. Les réformes des pensions s'intègrent dans les efforts (réformes structurelles) visant à réduire l'impact à long terme du vieillissement démographique sur les politiques budgétaires. D'autre part, un nouvel accent est mis sur un type particulier de systèmes de pension (le modèle à piliers multiples) qui est (implicitement ?) favorisé et jugé comme une contribution à la viabilité à long terme des finances publiques. Cet argument semble cohérent avec l'intérêt de quelques Etats membres ayant déjà introduit un niveau à financement obligatoire (ex. : la Pologne). En outre, le système à piliers multiples s'aligne sur le principal objectif du réseau du 'marché unique' consistant à améliorer le rôle des forces du marché dans la pension de vieillesse.

Le cercle 'orienté vers l'économie' présente certaines particularités par rapport à celui du 'marché unique'. Premièrement, le nombre de participants est plus limité et plus cohérent. Le Conseil ECOFIN (et ses organes techniques, le Comité économique et financier - CEF, et le Comité de politique économique - CPE) en constitue le pivot, en fournissant la stratégie de réseau globale (conformément à l'argument de 'stabilité et croissance'). Les autres acteurs principaux sont la Direction générale des affaires économiques et financières et la Banque centrale européenne. Ces dernières partagent les mêmes valeurs : la viabilité des finances publiques (mise à mal par le vieillissement) et la nécessité d'une croissance économique plus marquée. En ce qui concerne les programmes de retraite, la nécessité d'instaurer des systèmes plus diversifiés (laissant une place aux caisses professionnelles et individuelles) est liée aux objectifs susmentionnés et au besoin de réduire la pression financière sur la protection (publique) de la vieillesse. Il s'agit, plutôt d'une communauté très fermée que d'un réseau. Elle s'avère plus stable (tant sur le plan des valeurs que sur celui de l'affiliation), moins perméable aux groupes d'intérêt qu'un simple réseau thématique et se rapproche plus du type idéal de la communauté de politiques (Figure 1). En dépit de cette stabilité, la révision du Pacte proposée par le Conseil ECOFIN consiste en deux changements principaux. D'une part, cette révision confère au Pacte une flexibilité accrue et le rend moins sévère pour ses membres. D'autre part, la mise en œuvre de réformes structurelles (et plus particulièrement des pensions) est qualifiée de décisive pour laisser une plus grande marge de manoeuvre aux stratégies politiques nationales.

5. PENSIONS : LA DIMENSION SOCIALE

Alors que la libre circulation des travailleurs et des capitaux et l'impact de l'UEM ont contribué à l'élaboration des discussions communautaires, ce processus s'est déroulé sans que les ministres nationaux en charge des pensions ne se soient prononcés sur le sujet. Cette situation est due, d'une part, à l'absence de responsabilité légale clairement définie dans le Traité et, d'autre part, à l'existence d'une importante diversité des systèmes nationaux et aux réformes déjà mises en œuvre ou en cours. Sur le plan du financement à moyen terme, ces points jouent un rôle plus ou moins important d'un pays à l'autre. Cependant, une raison négative a contraint les ministres des affaires sociales d'aborder, à contrecœur, la question: le risque étant que, nature problématique, de la réforme des pensions puisse être réglée par d'autres acteurs. Comme l'indique Chassard (2001: 317), « *Il importe que les "experts sociaux" fassent entendre leurs voix à l'unisson, de sorte à ne pas laisser la voie libre à ceux qui considèrent la protection sociale sous un angle exclusivement financier* ». Il convient de noter ici la réaction immédiate du Conseil des ministres des Affaires sociales : un Comité de la protection sociale (CPS) a été créé à un stade initial. Celui-ci a immédiatement été chargé de produire un rapport établissant les preuves des aspects sociaux des pensions. Des acteurs orientés socialement ont dès lors commencé à utiliser un nouveau mode de gouvernance : la Méthode ouverte de coordination (MOC) (de la Porte et Pochet, 2002).

5.1. ARGUMENTS RELATIFS AUX POLITIQUES (SUR LA BASE DE DOCUMENTS CLES)

Dans le premier rapport, le CPS a considéré les imbrications des différents domaines (protection sociale, emploi et finances publiques) comme étant capitales. Le message principal était le suivant : « *il importera de se rappeler que la viabilité financière ne peut être réalisée au détriment de la capacité des systèmes de pensions d'atteindre leurs objectifs sociaux.* » (CPS, 2001 : 18). Un seul paragraphe est consacré aux raisons d'aborder le problème à l'échelon européen. Voici la faiblesse de l'approche sociale : si l'on s'oppose à une définition purement financière du problème, une définition positive des objectifs sociaux communs est requise et ce point est toujours problématique (11). Cet élément peut s'expliquer partiellement par le fait que certains ministres des Affaires sociales partagent l'objectif de réforme de leur système national des pensions avec leurs collègues des Finances (cf. de la Porte et Pochet, 2002).

La création d'un nouveau réseau autour du CPS vise à analyser la réforme des pensions à partir d'un angle plus social. Dès le départ, ce groupe est plus hétérogène que son équivalent économique (le CPE) et doit asseoir sa propre légitimité tant sur la base des analyses qu'il produit que par le biais de ses relations politiques et idéologiques avec le CPE. Néanmoins, le développement institutionnel livre une indica-

(11) Par exemple, comment soutenir la notion de solidarité lorsque la majorité des réformes nationales sont destinées à relier les dépenses d'une personne à ce qui lui sera octroyé à l'avenir ?

tion de la nature dynamique du problème analysé. Dans ce contexte, le ministre belge des Affaires sociales et des Pensions, Frank Vandenbroucke, a joué un rôle clé, plus particulièrement au cours de la présidence belge, en parvenant à convaincre ses collègues d'adopter des objectifs communs et en développant ensuite des indicateurs permettant l'application de la Méthode ouverte de coordination (Pochet, 2003). Le ministre a également commandé un rapport au cours de la présidence belge, rédigé par Esping-Andersen *et al.* (2001) exposant les raisons d'une approche sociale commune des pensions. A la suite de ce rapport et de celui du CPE (cf. section précédente), le Conseil européen a approuvé trois objectifs globaux majeurs ainsi que l'application de la méthode ouverte de coordination. Ces objectifs visent à :

- maintenir la cohésion sociale et la solidarité sociale, réduisant notamment le risque de pauvreté;
- sauvegarder la viabilité financière des systèmes de pension, plus particulièrement en améliorant la performance de l'emploi, en adaptant la structure et les paramètres des systèmes de pension et en augmentant la marge de manœuvre budgétaire;
- adapter les systèmes de pension à une société et à des marchés de l'emploi changeants.

Le CPE et le CPS ont été chargés de produire un document commun afin de rendre ces principes très généraux plus concrets. Un accord sur onze objectifs a finalement été obtenu (CPS et CPE, 2001). Au sujet et au-delà du contenu spécifique de ces objectifs, la discussion s'est focalisée sur deux éléments plus vastes : le contrôle du processus décisionnel et le rôle des GOPE en tant que document clé. Néanmoins, même si la formulation est vague et ambiguë, certaines réflexions méritent notre attention : premièrement, la hiérarchie des objectifs mettant en évidence les considérations sociales; deuxièmement, la priorité minimale accordée au marché intérieur et aux aspects liés à la mobilité du travail; troisièmement, la priorité accordée aux problèmes macroéconomiques – cinq objectifs les mentionnent. Ces onze objectifs offrent une structure pour les missions futures de l'UE dans ce domaine et des discussions seront élaborées selon cette matrice. Ceci étant dit, les tensions existant entre les différentes approches n'ont pas disparu, mais leur document les a gratifiés d'un cadre.

L'ordre du jour des travaux relatifs aux pensions était dès lors défini. En septembre 2002, les Etats membres ont présenté leur premiers Rapports de stratégie nationale pour les pensions (disponibles sur le site Web de la Commission) en s'alignant sur les onze principes définis à l'échelon européen. Ces rapports mentionnent explicitement la nécessité de négocier des changements des systèmes de pension, plus particulièrement avec les syndicats, et plusieurs de ces rapports ont été rédigés conjointement par plusieurs ministres, renforçant ainsi leur légitimité. La Commission devait se pencher sur les Rapports de stratégie nationale et identifier des approches de bonnes pratiques, novatrices et d'intérêt commun pour les Etats membres. Au printemps 2003, le Conseil et la Commission ont produit un rapport conjoint évalu-

ant les stratégies de pension nationales et identifiant les bonnes pratiques en la matière. En 2004, ils ont évalué les objectifs et les méthodes de travail établis et ont décidé des objectifs, des méthodes et du programme pour l'avenir de la stratégie des pensions (Natali, 2005). En 2005, une nouvelle série de Rapports de stratégie nationale est attendue tant pour les anciens que pour les nouveaux Etats membres. En outre, la nécessité d'instaurer une stratégie plus efficace permettant de résoudre ces problèmes a incité les institutions européennes à actualiser les diverses MOC à partir de 2006. La Communication présentée par la Commission en 2003 a représenté la proposition la plus importante émise jusqu'à présent pour rationaliser et simplifier la coordination entre la protection sociale et les processus existants établis par le Traité. Le principal objectif consistait à lancer simultanément, en 2006, le deuxième cycle trisannuel de coordination des politiques économique et de l'emploi ainsi que les nouveaux objectifs rationalisés pour la protection sociale. Ce document a permis de définir des objectifs communs pour les trois piliers de la protection sociale : inclusion sociale, pensions, soins de santé et de longue durée. L'objectif commun consiste à remplacer les ensembles distincts d'objectifs existant pour chaque domaine à partir de 2006. Bien que depuis Lisbonne déjà, la MOC pour les pensions ait incorporé les autres mécanismes fournis par le Traité, l'on tente pour la première fois dans cette Communication de remplacer les méthodes en vigueur dans les trois secteurs susmentionnés par une méthode ouverte générale de coordination de la protection sociale (Natali, 2004c). Fin 2004, le projet cadre du premier Rapport conjoint sur la protection sociale et l'inclusion sociale était présenté par la Commission pour discussion au sein du CPS (CCE, 2004).

5.2. ACTEURS IMPLIQUES

Au sein du réseau 'orienté socialement', le rôle principal est assumé par le Conseil des ministres des Affaires sociales, avec le soutien du CPS. Comme mentionné ci-dessus, le Comité de la protection sociale doit coopérer avec des organes plus économiques (tels que le CPE). En réalité, le CPE et le CPS ont été priés de développer des approches communes et de permettre une comparaison avec les indicateurs afin d'étayer la méthode ouverte de coordination relative à l'avenir des pensions. Cette coopération devrait inclure la préparation de simulations et de projections relatives aux prévisions et aux implications à moyen et à long terme des politiques des pensions. Un rapport intermédiaire du sous-groupe 'Indicateurs' (ISG) du CPS affirme : « *les difficultés découlent de la nécessité de définir des indicateurs communs comparables à la grande diversité des systèmes de pension existant dans les Etats membres. Les objectifs communs approuvés à Laeken peuvent être réalisés grâce à différents systèmes de pension et différentes combinaisons de financements publics et privés. Les indicateurs communs devront rester neutres par rapport à l'architecture du système de pension d'un pays* » (CPS, 2002 : p. 2). En 2004, le sous-groupe 'Indicateurs' a publié une série de rapports intermédiaires abordant ce défi. La plupart de ces rapports se focalisaient sur des statistiques relatives à l'adéquation et à la viabilité financières des programmes publics (premier pilier) (CPS, 2004b) et aux régimes complémentaires (deuxième et troisième piliers) (CPS, 2004a, et 2004c).

Quant aux partenaires sociaux et à leur rôle dans les MOC, celui-ci est particulièrement limité (plus particulièrement par rapport aux MOC sur l'inclusion sociale et la stratégie européenne pour l'emploi). Seul le dernier des onze objectifs introduit l'élément de la participation (... promouvoir le plus large consensus possible sur les politiques et les réformes des pensions...) (de la Porte et Pochet, 2002). Leur influence opère principalement par voie de consultation du Comité de protection sociale. Par conséquent, il s'agit davantage d'un cas de lobbying (consultation informelle dans des communautés non formalisées, ouvertes et fluctuantes que d'un réseau établi (promotion active des groupes d'intérêt) (cf. Wendler, 2001). La CES, quant à elle, a mis sur pied un groupe de travail sur la protection sociale. En février 2003, elle a publié une communication relative au Rapport conjoint sur les pensions. Il s'agissait d'une critique détaillée relative à certains de ses volets tels que le risque de subordination des objectifs sociaux à une logique purement économique et la nécessité d'accorder une attention accrue à la viabilité financière des régimes complémentaires privés (et pas uniquement au pilier public) (CES, 2003). En outre, la CES a mis sur pied un autre groupe de travail ad hoc sur les fonds de pension. Les syndicats européens ont également tenté de renforcer leur coopération avec des ONG actives dans le secteur social. En 2001, la Plate-forme des ONG européennes du secteur social et la CES ont publié une communication commune sur la promotion de la dimension sociale de l'UE et plus particulièrement du volet de la protection sociale (Natali, 2004c) (12). Comme dans le réseau du 'Marché unique', AGE a été particulièrement active dans le lobbying d'institutions européennes pour la défense d'objectifs sociaux' relatifs aux systèmes des pensions sur la base des MOC (AGE, 2003b). Les ONG actives dans le domaine sociale exercent cependant un rôle encore plus marginal que les partenaires sociaux : ces organisations ne font pas partie d'une consultation formelle. Ces ONG entretiennent uniquement des contacts informels avec des membres du Comité de la protection sociale (communication personnelle, fonctionnaire AGE).

Un autre moyen d'améliorer la participation des groupes d'intérêt dans les MOC sur les pensions consiste à réduire les tensions existant entre et au sein des partenaires sociaux. Après une période de conflit étendue jusqu'au début du nouveau siècle, en septembre 2003, les partenaires sociaux européens (CES, UNICE, UEAPME et CEEP) ont transmis une lettre conjointe à la Commission au sujet de la protection sociale et de la rationalisation des MOC dans ce domaine. A cette occasion, les acteurs sociaux se sont prononcés en faveur de leur rationalisation, mais ont souligné la nécessité de prendre en considération les spécificités de chaque politique individuelle. En outre, ils ont demandé d'être impliqués de plus près dans le processus de coordination et plus particulièrement dans la phase de révision par les pairs (CES, UNICE/UEAPME et CEEP, 2003).

(12) Les membres de la Plate-forme sociale représentent des milliers d'organisations, associations et autres organismes bénévoles, aux niveaux local, régional, national et européen, qui défendent les intérêts d'une grande diversité de groupes de la société civile. On y retrouve des organisations de femmes, de personnes âgées, de personnes handicapées, sans emploi, de migrants, de personnes en situation de pauvreté, etc.

En résumé, le réseau 'orienté socialement' présente une affiliation particulièrement restreinte. Les fonctionnaires nationaux et les décideurs politiques des Etats membres interagissent avec la Commission (Direction générale Emploi et Affaires sociales) par l'intermédiaire du Comité de la protection sociale, avec un rôle particulier joué par le sous-groupe 'Indicateurs'. Cette communauté partage certaines valeurs clés, mais avec des différences programmatiques. Comme pour les autres réseaux analysés dans le présent article, l'élargissement peut constituer une source supplémentaire d'hétérogénéité. Une récente déclaration de Vladimir Spidla, nouveau Commissaire en charge de l'emploi, par exemple, confirme une vision davantage libérale des affaires sociales de certains nouveaux Etats membres (cohérente par rapport à l'argument des acteurs orientés vers l'économie). « (...) *la Commission européenne proposera des règles permettant une portabilité accrue de l'employeur et des pensions autofinancées dans le but de faire passer le nombre de ces comptes de 10 % à 30 % des revenus de retraite. L'Europe doit trouver davantage de solutions de rechange aux pensions accordées par le gouvernement afin de pouvoir faire face aux très sombres prévisions démographiques (...). Il est évident que nous devons mettre en œuvre des réformes des pensions* » (Riga, 2005).

Concernant la participation, le réseau n'est pas très ouvert actuellement aux acteurs sociaux, qui sont invités périodiquement à participer aux réunions de la Direction du CPS. Il s'agit ici d'un cas de consultation (non obligatoire) de partenaires sociaux n'exerçant aucun rôle actif dans la gouvernance (de la Porte et Nanz, 2004). Les ONG européennes actives dans le domaine social communiquent uniquement leurs commentaires et leurs propositions par le biais de communications publiques et lors de contacts informels avec la Commission et les organes techniques du Conseil. Il s'agit dès lors d'une forme de communauté de politiques composée de peu de membres (administratifs et politiques), basée sur leur interaction fréquente et stable, mais (par rapport à une communauté de politiques de type idéal et au réseau économique) avec une cohérence moindre (Figure 1). Cette forme de communauté présente une perméabilité limitée aux intérêts organisés.

6. CONCLUSIONS

La question des pensions est devenue un problème qu'il convient d'aborder à l'échelon européen à plusieurs égards. Si nous rappelons les cinq sources d'influence soulignées à la section 2, une série de développements peut être identifiée. Premièrement, il existe à présent au moins trois réseaux de politiques.

Le premier a été introduit lors de la décision de compléter le marché unique. La DG en charge du marché intérieur a abordé la question alors que, au cours des années 1990, divers acteurs, plus particulièrement économiques et financiers, ont été impliqués de manière croissante. Le réseau thématique, centré sur la direction du marché intérieur, se compose de nombreux groupes de lobbying supportés - volontairement ou non - par des réseaux académiques influents dans leur domaine. Ce problè-

me a été ravivé par le Livre vert et ensuite par la directive 2003/41 sur les pensions complémentaires (Parlement européen et Conseil de l'Union européenne, 2003). Il s'agissait également d'une conséquence de la monnaie unique, qui a exigé l'instauration de marchés financiers plus intégrés. Le Forum des pensions lié à la Commission (et dans une moindre mesure le Forum des pensions du Parlement) a contribué à l'ouverture de ce cercle aux partenaires sociaux et à la société civile. Ces institutions ont partagé les mêmes lignes directrices et objectifs politiques alors que d'autres acteurs non étatiques ont avancé des arguments plus différents.

Le deuxième cercle est représenté par une communauté qui se compose de macroéconomistes entourant le CPE. Dans ce cas, les groupes impliqués sont toujours asymétriques et les syndicats sont toujours faiblement représentés. Bien que les Etats membres contrôlent l'ordre du jour par le biais de mandats précis déterminés par les chefs d'Etat et les gouvernements nationaux, la Commission est actuellement chargée de maintenir cet ordre du jour – et ses réformes afférentes – ouvert à l'échelon national. La discussion doit aborder différents intérêts et être moins fragmentée qu'auparavant. Les réformes nationales entreprises afin de pouvoir accéder à l'Union monétaire (la France et l'Italie en constituent des exemples) ont stimulé le débat en faveur de réformes plus importantes et plus radicales. Même si les appels à la réforme ont été stridents et relayés par l'un ou l'autre groupe de pression (cf. Fondation De Benedetti), leur impact sur le développement en cours de la discussion européenne a été marginal. Dans cette communauté, des institutions (Commission, Conseil ECOFIN, BCE, etc.) ont adopté une approche claire et cohérente promouvant la viabilité financière des programmes de pension.

Parallèlement, les ministres des Affaires sociales ont réussi à mettre d'autres aspects à l'ordre du jour, aspects sortant du cadre financier. Ils ont également réussi, grâce au soutien du Comité de la protection sociale, à développer une position commune nécessaire à la poursuite des discussions. Un autre aspect a également vu le jour : la viabilité des finances publiques. L'accent principal est mis ici sur les caisses non financées. Toutefois, l'exposé du problème développé dans ce cadre ne coïncide pas totalement avec les préoccupations des partisans des pensions privées. Ce troisième réseau, beaucoup plus fragmenté, entoure le CPS et vise à mettre davantage l'accent sur la finalité sociale des pensions. Il s'agit d'un réseau auquel des acteurs non étatiques participent simplement par voie de consultation (formelle pour les partenaires sociaux, informelle pour les ONG) par le CPS.

Les trois cercles montrent différents niveaux de stabilité et de fermeture au monde extérieur et se différencient dès lors le long du continuum existant entre les réseaux thématiques et les communautés de politiques. Ces groupes ne s'excluent pas mutuellement, mais tendent à se chevaucher partiellement. Ils interagissent par le biais de divers processus (législation, coordination légère, etc.).

(Traduction)

BIBLIOGRAPHIE

AGE (2003a), *Special Briefing: The Occupational Pensions Directive*, Plate-forme européenne des personnes âgées, Bruxelles, mai 2003, http://www.age-platform.org/AGE/IMG/pdf/Briefing_occ_pen_dir.pdf.

AGE (2003b), *Points-clés d'AGE concernant la coordination des politiques européennes en matière de pensions*, Plate-forme européenne des personnes âgées, Bruxelles, janvier 2003, .

Arcq, E. et Pochet, P., UNICE et CEEP in 2001: Changes in prospect?, in Gabaglio, E. et Hoffmann, R. (eds.), *European Trade Union Yearbook 2001*, Institut syndical européen, Bruxelles, pp. 205-222., 2002.

Bolkestein, F., *Pensions en Europe : comment désamorcer la bombe à retardement ?*, Discours prononcé devant la Commission européenne, février 2001, http://europa.eu.int/comm/internal_market/en/speeches/spch52.htm.

Bosco, A., Vers une remise en cause des systèmes nationaux de protection sociale ? Observations par la jurisprudence récente de la Cour de justice, *Problématiques européennes*, No. 7, Groupement d'études et de recherches Notre Europe, juillet 2000, <http://www.notre-europe.asso.fr>.

Chassard, Y. European Integration and Social Protection: From the Spaak Report to the Open Method of Co-ordination, in Mayes, D. G., Berghman, J. et Salais, R. (eds.), *Social Exclusion and European Policy*, Edward Elgar Publishing, Cheltenham, pp. 91-321, 2001.

CCE, *Retraites complémentaires dans le marché unique, Livre vert*, COM (1997), 283 du 10 juin 1997.

CCE, Communication de la Commission, *Une stratégie concertée pour moderniser la protection sociale*, COM (1999), 347 du 14 juillet 1999.

CCE (2000a), Communication de la Commission, *L'évolution à venir de la protection sociale dans une perspective à long terme : Des pensions sûres et viables*, COM (2000), 622 final du 11 octobre 2000.

CCE (2000b), Proposition de directive du Parlement européen et du Conseil concernant les activités des institutions de retraite professionnelle, COM (2000), 507 final du 11 octobre 2000.

CCE (2001), *Economic Reform: Report on the functioning of Community product and capital markets*, COM (2001), 736 du 7 décembre 2001.

CCE (2002), Communication de la Commission, *Le plan d'action de la Commission en matière de compétences et de mobilité* COM (2002), 72 final du 13 février 2002.

CCE (2004), Outline Draft of the Joint Report on Social Protection and Social Inclusion: draft for discussion by the Social Protection Committee on 14 December, COM (2004), Bruxelles, 2004.

CES, Social Protection Newsletter, No. 9/2003, Confédération européenne des syndicats, Bruxelles, 2003.

CES, UNICE/UEAPME et CEEP, *Lettre commune streamlining – Position of the European social partners on the Commission communication on streamlining of open coordination in the field of social protection*, Bruxelles, 16 septembre 2003.

CPE, *Budgetary challenges posed by ageing populations: the impact of public spending on pensions, health and long term care for the elderly and possible indicators of long term sustainability of public finances*, EPC/ECFIN/655/01-EN final, Bruxelles, 24 octobre 2001, (http://europa.eu.int/comm/economy_finance/epc/documents/ageing_en.pdf).

CPE, Annual Report on Structural Reforms 2002, ECFIN/EPC/117/02-EN, Bruxelles, 5 mars 2002, (http://www.europa.eu.int/comm/economy_finance/epc/documents/ar02final_en.pdf).

CPE, *The impact of ageing populations on public finances: overview of analysis carried out at EU level and proposals for a future work programme*, Report by the EPC working group on ageing population as adopted by the Ecofin Council on 4 November 2003, EPC/ECFIN/435/03 final, 22 octobre 2003 (http://europa.eu.int/comm/economy_finance/epc/documents/2003/pensionmaster_en.pdf).

CPS, *Des pensions sûres et viables*, Rapport du Comité de la protection sociale au Conseil européen de Göteborg sur l'évolution à venir de la protection sociale, juin 2001.

CPS, *Draft progress report of the Indicators Sub-group's discussion on pensions indicators*, avril 2002.

CPS (2004a), *Current and Prospective Pension Replacement Rates*, Report on Work in Progress, Indicator Sub-Group (ISG) of the Social Protection Committee, Bruxelles, 23 février 2004 (http://europa.eu.int/comm/employment_social/social_protection/docs/progress_2004_en.pdf).

CPS (2004b), *Common Indicators Relating to National Strategies for Adequate and Sustainable Pensions*, Second Progress Report of the Indicator Sub-Group of the Social Protection Committee, Brussels (http://europa.eu.int/comm/employment_social/social_protection_committee/2nd_prog_report_pensions_indicators_en.pdf).

CPS (2004c), "Sustainability of second and third pillar schemes and their contribution to adequacy. A Review of Available Data", Sous-groupe 'Indicateurs', Bruxelles, juillet 2004.

CPS et CPE (2001), «Qualité et viabilité des pensions», Rapport conjoint du Comité de protection sociale et du Comité de politique économique sur les objectifs et méthodes de travail dans le domaine des pensions, n°.14098/01, 23 novembre 2001.

Conseil de l'Union européenne, Améliorer la mise en œuvre du pacte de stabilité et de croissance, Rapport n° 7423/05, Bruxelles, 21 mars 2005.

de la Porte, C., The soft open method of co-ordination in social protection, in Gabaglio, E. et Hoffmann, R. (eds.), *European Trade Union Yearbook 2001*, Institut syndical européen, Bruxelles, pp. 339-363, 2002.

de la Porte, C. et Nanz, P., OMC - A Deliberative-Democratic Mode of Governance? The Cases of Employment and Pensions, *Journal of European Public Policy*, Vol. 11, No. 2, avril, pp. 267-288, 2004.

de la Porte, C. et Pochet, P., Public pension reform: European actors, discourses and out-comes, in de la Porte, C. et Pochet, P. (eds.), *Building Social Europe through the Open Method of Co-ordination*, PIE-Peter Lang, Bruxelles, pp. 223-250, 2002.

De Ryck, K., *European Pension Funds: Their impact on European Capital Market and Competitiveness*, Report commissioned by the European Federation for Retirement Provision, Bruxelles, 1996.

Dudek, C. et Omtzigt, P., The role of Brussels in national pension reforms, *EUI Working Papers*, No. 47, European University Institute, Florence, 2001.

EFRP, *European Institutions for Occupational Retirement Provision. The EFRP model for pan-European pensions*, European Federation for Retirement Provision, Bruxelles, octobre 2003.

ERT, *European Pensions. An Appeal for Reform. Pensions schemes that Europe can really afford*, A report by the European Round Table of Industrialists chaired by Carlo De Benedetti, European Round Table of Industrialists, Bruxelles, janvier 2000 (http://www.ert.be/pf/enf_frame.htm).

Esping-Andersen, G., Gallie, D., Hemerijck, A., et Myles, J., *New welfare architecture for Europe? Lessons from Canada*, Report to the Belgian Presidency of the European Union, Bruxelles, septembre 2001.

Eposito, M. et Mum, D., Pension Funds in the European debate and within the multilevel decision-making of the European Union, *DWP working paper*, No. 2004.02.02, Institut syndical européen, Bruxelles, 2004.

FEFSI, Rapport annuel 2003-2004, Fédération européenne des Fonds et Sociétés d'investissement, Bruxelles, 2003.

Falkner, G., European Social Policy: Towards Multi-level and Multi-Actor Governance, in Kohler-Koch, B. et Eising, R. (eds.), *The Transformation of Governance in the European Union*, Routledge, Londres, pp. 142-164, 1999.

Fitoussi, J.-P. et Le Cacheux, J., *Rapport sur l'État de l'Union européenne 2002*, Fayard/Presses de Sciences Po, Paris, 2002.

FOE, *How Can Europe Overcome the Pension Crisis?*, Café Crossfire Evening Debate, Executive Summary, Friends of Europe, Bruxelles, 30 mars 2005.

Haas, P.M., Introduction: Epistemic Communities and International Policy Co-ordination, *International Organisation*, Vol. 46, No.1, pp. 1-36, 1992.

Mantel, J., *Progress Report European Pension Reforms - Pension Reform Barometer for Europe*, Merrill Lynch, Londres, 17 janvier 2001.

Marsh, D., The Development of the Policy Network Approach in Marsh, D. (ed.), *Comparing Policy Networks*, Open University Press, Buckingham, pp. 3-20, 1998.

Math, A.(2001a), Réformes des retraites et concurrence. Une analyse des rôles et stratégies des acteurs au niveau communautaire, *Document de travail*, No. 01/04, IRES, Paris, octobre 2001, (<http://www.ires-fr.org/files/publicat/doctravail/doc-math.pdf>).

Math, A. (2001b), Europe. Défense des intérêts patronaux au niveau européen: le cas des retraites, *Chronique internationale de l'IRES*, No. 72, Institut de Recherches Economiques et Sociales, Paris, 2001.

Math, A. (2001c), Les retraites par répartition dans le collimateur européen? A propos d'un rapport du Comité de politique économique sur l'impact du vieillissement sur les systèmes de retraite, *Working Paper*, No. 24, Observatoire social européen, Bruxelles, 2001.

Math, A. et Pochet, P., Les pensions en Europe: Débats, acteurs et méthode, *Revue belge de sécurité sociale*, No.2, juin, pp. 345-362, 2001.

Mayntz, R., *From Government to Governance: Political steering in modern societies*, Paper for the Summer Academy on IPP, Wuerzburg, 7-11 septembre 2003.

Natali, D. (2004a), The Hybridisation of Pension Systems within the Enlarged EU. Recent Reforms in Old and New Members, *Revue belge de sécurité sociale*, No. 2, pp. 353-378, 2004.

Natali, D. (2004b), Le rôle des syndicats dans l'innovation des systèmes de retraite: processus et contenu de réforme dans divers pays de l'Union, *Revue belge de sécurité sociale*, n° 4, pp. 857-882, 2004.

Natali, D. (2004c), *La MOC Pensions: un résumé historique (2000-2004)*, Working Paper for kick off workshop of the research project on 'The OMC in pensions and European Integration', financed by the SPF Sécurité sociale, Bruxelles, 25 mars 2004.

Natali, D. (2005), L'UE et les retraites : développements récents de la législation et de la coordination « souple », , in Degryse, C. et Pochet, P. (eds.), *Bilan social de l'Union européenne 2004*, ETUI-REHS, Observatoire social européen et Saltsa, Bruxelles, pp.205-233, 2005.

Navarro, L., Forces et faiblesse de la coordination des politiques économiques, in Dehousse, R. (ed.), *L'Europe sans Bruxelles? Une analyse de la méthode ouverte de coordination*, L'Harmattan, Paris, pp. 35-56, 2004.

Palier, B. et Bonoli, G., La montée en puissance des fonds de pension: une lecture comparative des réformes des systèmes de retraite, entre modèle global et chemine-ments nationaux, *Année de la régulation*, Vol. 4, No. 4, pp. 209-250, 2000.

Parlement européen et Conseil de l'Union européenne, Directive du Parlement européen et du Conseil, du 3 juin 2003, concernant les activités et la surveillance des institutions de retraite professionnelle, OJ L 235 du 23 septembre 2003, pp.10-21, 2003.

Peterson, J., Policy Networks, *Working paper for the Political Science Series*, No.90/03, Institute for Advanced Studies, Vienne, 2003.

Peterson, J. et Bomberg, E., *Decision-making in the European Union*, Palgrave, New York, 1999.

Pochet, P., Pensions : avancées substantielles vers un objectif incertain, in Degryse, C. et Pochet, P. (eds.), *Bilan social de l'Union européenne 2001*, Institut syndical européen et Observatoire social européen, Bruxelles, pp. 165-181, 2002.

Pochet, P., Pensions: the European Debate, in Clark, G. L. et Whiteside, N. (eds.), *Pension Security in the 21st Century – Redrawing the Public-Private Debate*, Oxford University Press, Oxford, pp. 44-63, 2003.

Pochet, P., La MOC et la protection sociale: des développements ambigus, in Dehousse, R. (ed.), *L'Europe sans Bruxelles? Une analyse de la méthode ouverte de coordination*, L'Harmattan, Paris, pp. 99-130, 2004.

Radaelli, C., Le code de conduite contre la concurrence fiscale dommageable: une forme déguisée de méthode ouverte de coordination?, in Dehousse, R. (ed.), *L'Europe sans Bruxelles? Une analyse de la méthode ouverte de coordination*, L'Harmattan, Paris, pp. 131-155, 2004.

Riga, J., EU Commission to Push Pension Overhaul This Year, *Press Release*, Bloomberg, Bruxelles, 17 mars 2005.

Rhodes, R.W.A., *Understanding Governance*, Open University Press, Buckingham, 1997.

Rosamond, B., *Theories of European Integration*, Palgrave, Londres, 2000.

Sabatier, P., « An Advocacy Coalition Framework for Policy Change and the Role of Policy-Oriented Learning Therein », *Policy Sciences*, No. 21, pp. 129-168, 1988.

Thompson, C., *One step closer to pensions harmonisation*, Baker & McKenzie, 9 mars 2004 (<http://lawzone.thelawyer.com>).

Verdun, A., The Role of the Delors Committee on the Creation of EMU: An Epistemic Community?, *Journal of European Public Policy*, Vol. 6, No. 2, pp. 308-328, 1999.

Wendler, F., *The Political Inclusion of Organized Interests in EU Social Policy*, paper for the 29th ECPR Joint Sessions, Grenoble, 6-11 avril 2001.

TABLE DES MATIERES

RESEAUX EUROPEENS RELATIFS AUX PENSIONS : LA PARTICIPATION D'INTERETS ORGANISES AU PROCESSUS DECISIONNEL DE L'UE

1. INTRODUCTION	307
2. EXAMEN DU ROLE DE L'UE DANS LES PENSIONS PAR LE BIAIS DE L'ANALYSE DU RESEAU DE POLITIQUES	309
3. VERS UN MARCHÉ UNIQUE (DE PENSIONS COMPLÉMENTAIRES)	311
3.1. ARGUMENTS RELATIFS AUX POLITIQUES (SUR LA BASE DE DOCUMENTS CLES)	312
3.2. ACTEURS IMPLIQUES	315
4. STABILITÉ ÉCONOMIQUE ET MONÉTAIRE DE L'UNION EUROPÉENNE	319
4.1. ARGUMENTS RELATIFS AUX POLITIQUES (SUR LA BASE DE DOCUMENTS CLES)	319
4.2. ACTEURS IMPLIQUES	321
5. PENSIONS : LA DIMENSION SOCIALE	324
5.1. ARGUMENTS RELATIFS AUX POLITIQUES (SUR LA BASE DE DOCUMENTS CLES).	324
5.2. ACTEURS IMPLIQUES	326
6. CONCLUSIONS	328
BIBLIOGRAPHIE	330

VIE DANS NOS INSTITUTIONS

STATISTIQUE DE CERTAINES CATEGORIES D'ATTRIBUTAIRES D'ALLOCATIONS FAMILIALES DANS LE REGIME DES TRAVAILLEURS SALARIES - RECENSEMENT 2004

339 |

ENFANTS ELEVES HORS DU ROYAUME - RECENSEMENT 2004

359 |

STATISTIQUE DE CERTAINES CATEGORIES D'ATTRIBUTAIRES D'ALLOCATIONS FAMILIALES DANS LE REGIME DES TRAVAILLEURS SALARIES - RECENSEMENT 2004

PAR L'OFFICE NATIONAL D'ALLOCATIONS FAMILIALES POUR TRAVAILLEURS SALARIES

1. INTRODUCTION

Depuis 1987, des statistiques sont recueillies tous les deux ans auprès des caisses d'allocations familiales au sujet d'un certain nombre de catégories d'attributaires d'allocations familiales dans le régime des travailleurs salariés. Ce recensement (situation à la date du 31 décembre 2003) illustre qui dans le ménage ouvre le droit aux allocations familiales.

Non seulement les parents peuvent ouvrir ce droit, mais aussi les beaux-parents, les grands-parents, les frères ou les sœurs et ceux qui accueillent les enfants. La législation détermine en effet l'ordre de priorité entre les attributaires lorsque plusieurs attributaires potentiels peuvent ouvrir un droit pour un enfant : d'abord le père, puis la mère, le beau-père, la belle-mère, ou enfin l'aînée des autres personnes pouvant être attributaires.

La statistique donne une description des catégories légales d'attributaires. L'évolution de ces catégories est influencée par les changements sociaux tels que le nombre croissant de divorces et la participation accrue de la femme au marché de l'emploi. Les attributaires sont classés selon le lien de parenté qui les unit à l'enfant ou selon la situation familiale ou la règle de priorité spécifique qui permet d'ouvrir le droit.

Sont également rassemblées dans cette statistique, des données concernant certaines catégories spécifiques d'attributaires. Il s'agit entre autres des données concernant les attributaires féminins dont le conjoint est travailleur indépendant, qui donnent une image de la répartition de la charge entre le régime des travailleurs salariés et celui des travailleurs indépendants.

On trouve également des données relatives à des attributaires ayant un lien indirect avec des prestations de travail, comme les bénéficiaires d'une pension de survie, les travailleurs en interruption de carrière et les détenus.

Enfin, la statistique contient des données se rapportant aux attributaires n'ayant aucun lien avec les prestations salariées, à savoir les attributaires handicapés (pour eux-mêmes ou pour leurs enfants) et les étudiants et les apprentis attributaires.

Dans la discussion ci après, les données ont été scindées de la façon suivante :

- les attributaires qui ne sont pas les parents de l'enfant, selon leur lien de parenté avec l'enfant;

- les attributaires séparés et les conjoints abandonnés;
- les attributaires féminins prioritaires (mères célibataires et autres);
- les attributaires par cession de priorité;
- les attributaires ayant un statut (professionnel) particulier.

Le texte qui suit présente les chiffres des dossiers traités en décembre 2003. Les tableaux en annexes illustrent l'évolution du nombre d'attributaires par catégorie pour la période 1991-2003, également détaillée selon le sexe.

2. LES ATTRIBUTAIRES QUI NE SONT PAS LES PARENTS DE L'ENFANT

Dans le tableau 1 figurant à la page suivante, on trouve pour décembre 2003 le nombre d'attributaires qui ne sont pas les parents de l'enfant pour lequel ils ouvrent le droit, répartis en fonction du lien de parenté qui les unit avec l'enfant.

Il apparaît qu'on comptait 26.937 attributaires qui n'étaient pas les parents de l'enfant pour lequel ils ouvraient le droit, sur un total de 1.032.715 attributaires dans le régime des travailleurs salariés. Cela signifie que seuls 2,61 % du nombre des attributaires n'étaient pas les parents de l'enfant pour lequel ils ouvraient le droit. Ce nombre présente une tendance à la baisse : en 1991, il y avait encore 30.503 attributaires qui n'étaient pas les parents de l'enfant, ce qui représentait 3 % du nombre total des attributaires. Cette tendance à la baisse peut s'expliquer par la participation croissante de la femme au marché de l'emploi. Il y a davantage de chances qu'auparavant que l'un des parents soit travailleur salarié et ouvre ainsi un droit aux allocations familiales pour travailleurs salariés. Le régime des travailleurs salariés dessert en effet plus de 70 % du nombre total de familles qui bénéficient des allocations familiales en Belgique.

TABLEAU 1 : ATTRIBUTAIRES QUI NE SONT PAS LES PARENTS DE L'ENFANT – DECEMBRE 2003

Lien de parenté avec l'enfant	Référence LC	HOMMES	FEMMES	TOTAL
beaux-pères, belles mères	art. 51, § 3, 1°	8.920	885	9.805
parents adoptifs et tuteurs officieux	art. 51, § 3, 2°	1.543	366	1.909
grands-parents et arrière-grands-parents	art. 51, § 3, 3°	2.526	1.425	3.951
oncles et tantes	art. 51, § 3, 3°	794	404	1.198
frères et sœurs :		1.252	926	2.178
- dans le même ménage que l'enfant	art. 51, § 3, 4°	660	453	1.113
- en dehors du ménage de l'enfant	art. 51, § 3, 5°	592	473	1.065
attributaires pour les enfants du partenaire ou de l'ex-conjoint	art. 51, § 3, 6°	3.266	160	3.426
attributaires qui accueillent des enfants :		2.300	1.292	3.592
- placés par une autorité publique ou un juge	art. 51, § 3, 7°	2.099	990	3.089
- placés par le tribunal de la jeunesse	art. 51, § 3, 8°	201	302	503
attributaires qui accueillent des enfants				
- dérogation ministérielle	art. 51, § 4°	399	479	878
TOTAL		21.000	5.937	26.937

Notons encore à propos du nombre total de ces attributaires qui ne sont pas les parents de l'enfant que la plupart sont des hommes (78 %). Ceci peut s'expliquer par l'ordre de priorité entre les attributaires. Dans la catégorie des beaux-parents, la belle-mère suit les parents et le beau-père. Si ce n'est pas un des (beaux-)parents qui ouvre le droit dans un ménage, c'est l'aînée des autres personnes qui devient l'attributaire. En général, dans le ménage le mari est plus âgé que la femme.

Les différentes catégories sont étudiées séparément ci-dessous.

2.1. BEAUX-PARENTS

En décembre 2003, on dénombrait 9.805 beaux-parents attributaires d'allocations familiales pour travailleurs salariés. Seuls 9 % de ce groupe sont des femmes, ce qui s'explique par le fait que dans l'ordre de priorité entre les attributaires potentiels, les belles-mères viennent en dernière position, après les parents et le beau-père.

Au cours des dernières années, on a observé une tendance à la baisse du nombre de beaux-parents attributaires. Par rapport à 2001, ce nombre a diminué de 3 %, et de près de 10 % comparativement à 1999.

2.2. PARENTS ADOPTIFS ET TUTEURS OFFICIEUX

Seuls 1.909 attributaires étaient adoptants ou tuteurs officieux en 2003. Ce nombre réduit oscille autour des 2.000 unités depuis 1991. Le maximum a été atteint en décembre 2001, avec 2.188 unités. Depuis lors, la baisse a été de 10 % en deux ans.

Une des explications peut être la diminution du nombre d'adoptions. Depuis 1993, une prime d'adoption est accordée dans le régime des travailleurs salariés. Après le succès initial de cette nouvelle mesure, avec un maximum de 572 primes d'adoption en 1996, le nombre a fortement diminué d'environ 20 % et oscille depuis 2001 autour des 400 adoptions par an.

Ceci est confirmé par la tendance à la baisse du nombre total d'adoptions en Belgique, enregistré par le SPF Justice. Au cours de la période 2001-2002, ce nombre est passé de 867 adoptions en 2000 à 618 en 2002 : une baisse de 29 %, qui est encore plus forte que celle des primes d'adoptions dans le régime des travailleurs salariés.

Le nombre de cas de tutelle officieuse est plus réduit. La tutelle officieuse peut être prononcée par le tribunal lorsque les deux parents sont décédés. On ne compte qu'une trentaine de jugements par an.

2.3. GRANDS-PARENTS ET ARRIERE-GRANDS-PARENTS

3.951 attributaires étaient les grands-parents (ou les arrière-grands-parents) de l'enfant bénéficiaire, et près des deux tiers étaient le grand-père.

Le nombre de grands-parents attributaires est resté relativement stable durant la période 1993-2001, mais en 2003 on a noté une forte baisse de 6,4 % par rapport à 2001. La diminution n'a touché que le nombre des grands-pères attributaires et non celui des grands-mères, qui a même légèrement augmenté.

La diminution du nombre de grands-pères attributaires peut s'expliquer en partie par une modification de la loi relative à la cession de la priorité, qui est entrée en vigueur en juillet 2001. Dans cette modification de la loi, il est stipulé que la priorité peut être cédée en faveur d'un attributaire faisant partie du ménage de l'enfant, à condition qu'il s'agisse d'un (beau-)père ou d'une (belle-)mère ou d'une personne avec laquelle le père ou la mère forme un ménage de fait. Ce n'est que lorsque ces parents ne font pas partie du ménage que la priorité peut être cédée par exemple au grand-père, lorsque celui-ci fait partie du ménage. Avant la modification de la loi, il était plus facile de céder la priorité à un des grands-parents.

Les raisons plus fondamentales de la diminution se trouvent sans doute dans d'autres facteurs. La baisse des pensionnés attributaires masculins est en effet déjà entamée depuis 1991, avant la modification de la loi décrite au paragraphe précédent. En raison de la plus grande participation des femmes au marché de l'emploi, on doit certainement faire moins rapidement appel aux grands-parents pour jouer le rôle d'attributaire des allocations familiales.

2.4. ONCLES ET TANTES

Seul un nombre réduit d'attributaires (1.198) sont oncles ou tantes de l'enfant bénéficiaire. Les deux tiers de ceux-ci sont des oncles. Le nombre d'oncles et tantes attributaires augmente toutefois continuellement, et la hausse est de 4,3 % par rapport à 2001 et de 35,5 % depuis 1991. Ils ne constituent cependant qu'une petite partie du nombre total d'attributaires (seulement 0,12 %), ce qui est normal étant donné qu'ils viennent en dernière position dans l'ordre de priorité entre les attributaires (après les parents et les beaux-parents).

2.5. FRERES ET SOEURS

Si les parents ne peuvent pas être attributaires, les frères ou les sœurs peuvent aussi jouer ce rôle. Les frères et sœurs attributaires peuvent être répartis en deux groupes, selon qu'ils appartiennent ou non au même ménage que l'enfant bénéficiaire.

Le nombre de frères et sœurs attributaires faisant partie du même ménage que l'enfant bénéficiaire a diminué au cours de la période 1995-2001, passant de 1.278 unités à 1.065. En 2003, on a enregistré une nouvelle hausse jusqu'à 1.113 frères et sœurs attributaires.

Le nombre de frères et sœurs attributaires qui ne font pas partie du même ménage que l'enfant bénéficiaire a continuellement augmenté au cours des dix années écoulées : de 627 en 1993 à 1.065 en 2003, soit une hausse de près de 70 %.

Le nombre total de frères et sœurs attributaires s'élevait à 2.178 unités, ce qui ne représente que 0,2 % du nombre total des attributaires dans le régime des travailleurs salariés.

2.6. ATTRIBUTAIRES POUR LES ENFANTS DU PARTENAIRE OU DE L'EX-CONJOINT

Quelqu'un peut également être attributaire pour les enfants de son ex-conjoint ou d'une personne avec laquelle il forme un ménage de fait. Il en va de même pour les enfants que l'ex-conjoint ou le partenaire a adoptés ou pris sous tutelle officielle, à condition que ces enfants fassent partie du même ménage que l'attributaire.

En décembre 2003, on dénombrait 3.426 attributaires de ce type, dont 95 % étaient des hommes. Par rapport au recensement précédent, la diminution est de 10,9 %.

Depuis 1997, le nombre d'attributaires de cette catégorie est en baisse : il était alors de 5.299. La forte diminution est la conséquence de l'introduction cette année du système de la coparenté dans la réglementation des allocations familiales. Le système de la coparenté est basé sur l'hypothèse que les parents séparés élèvent conjointement les enfants, le père étant considéré comme attributaire prioritaire et la mère comme allocataire (cf. point 3).

2.7. ATTRIBUTAIRES QUI ACCUEILLENT DES ENFANTS DANS LEUR MENAGE

Des enfants peuvent être placés dans une famille d'accueil par une décision du juge ou en conséquence d'une mesure de placement prise par une autorité publique. Le nombre d'attributaires accueillant des enfants placés dans leur ménage était de 3.592 en décembre 2003. Il se situait à un niveau beaucoup plus élevé en 1991, presque à moitié plus haut qu'en 2003. Il présente à nouveau une légère tendance à la hausse depuis le milieu des années nonante. Par rapport à 2001, le nombre d'attributaires accueillant des enfants placés a augmenté de 2,7 %.

Une dérogation ministérielle peut également être accordée pour les personnes qui ne peuvent ouvrir d'aucune autre manière le droit pour des enfants qui font partie de leur ménage mais avec lesquels elles ne sont pas apparentées. Une dérogation générale a ainsi été accordée pour les enfants pour lesquels le placement dans une famille d'accueil prend fin parce qu'ils sont devenus majeurs. Des dérogations ont également été accordées pour les enfants placés dans des familles par des services agréés par les Communautés. Le nombre d'attributaires qui ont pu ouvrir un droit en raison d'une dérogation ministérielle était de 878 en décembre 2003. Ce nombre avait fortement diminué au début des années nonante, mais il augmente à nouveau depuis 1997. Il a augmenté en 2003 de près de 31 % par rapport à 2001.

Au total, on dénombrait 4.470 attributaires accueillant des enfants dans leur ménage (avec ou sans dérogation ministérielle) en décembre 2003 : ceci représente moins d'un demi pour cent du nombre total d'attributaires dans le régime des travailleurs salariés. Ce nombre a augmenté de plus de 7 % par rapport à 2001 mais se situe encore plus de 30 % sous le niveau de 1991.

Cette tendance à la hausse depuis la fin des années nonante coïncide avec l'augmentation du nombre de familles d'accueil en Communauté flamande : depuis 1999, le nombre de familles d'accueil y a augmenté de 18 %(1). Au cours de la même période, dans l'ensemble du régime des travailleurs salariés, le nombre d'attributaires qui accueillent des enfants a augmenté encore plus fortement (23 %).

3. LES ATTRIBUTAIRES SEPRES ET LES CONJOINTS ABANDONNES

3.1. ATTRIBUTAIRES SEPRES

175.856 attributaires sont séparés de fait ou divorcés. Ils représentent 17 % du nombre total d'attributaires. Le nombre d'attributaires séparés a également fortement augmenté depuis le dernier recensement en décembre 2001 : une augmentation de pas moins de 24,84 % en deux ans.

(1) Federatie Pleegzorg VZW, Pleegzorg blijft groeien!, Registratiegegevens 1998-2003.

Au cours de la période 1991-2003, le nombre total de divorces a augmenté de 51 % en Belgique. Dans le régime des travailleurs salariés, le nombre d'attributaires d'allocations familiales séparés a même augmenté davantage : entre 1991 et 2003, la hausse est de 66 %. En décembre 2003, on comptait 175.856 attributaires séparés, soit 17 % du nombre total d'attributaires. En 1991, seuls 10 % des attributaires étaient séparés.

On a demandé pour la première fois aux caisses d'allocations familiales le nombre d'attributaires séparés qui font appel au régime de la coparenté qui a été introduit en 1997 dans la législation relative aux allocations familiales. Les chiffres indiquent que près d'un attributaire séparé sur deux (46,90 %) fait appel à ce système de la coparenté.

Parmi les attributaires séparés élevant des enfants en coparenté, 73 % sont des hommes et 27 % sont des femmes. Pour les attributaires séparés qui n'élèvent pas leurs enfants en coparenté, la proportion est par contre inversée : 24 % des attributaires sont des hommes et 76 % sont des femmes.

Ceci s'explique par l'évolution de la législation relative aux allocations familiales pour les parents séparés, qui a été influencée par les modifications du droit civil en matière de séparation. Avant le 3 juin 1995, l'éducation était confiée essentiellement à un des parents lorsque ceux-ci ne vivaient plus ensemble. On parlait d'octroi du droit de garde à un des parents et du droit de visite à l'autre. Pour les allocations familiales, on admettait que le parent qui avait obtenu le droit de garde élevait l'enfant chez lui, même durant la période où l'autre exerçait son droit de visite. Dans ce cas, le parent ayant obtenu le droit de garde était aussi bien l'attributaire que l'allocataire. Etant donné que le droit de garde était généralement confié à la mère, ceci peut expliquer le fait que la majorité des parents séparés qui n'élevaient pas leurs enfants en coparenté étaient des femmes.

Depuis le 3 juin 1995, dans le droit civil la législation pour les parents séparés a été profondément modifiée parce que depuis lors il existe un cadre juridique pour l'exercice commun de l'autorité parentale. La législation relative aux allocations familiales n'a été modifiée qu'avec effet au 1er octobre 1997, afin de tenir compte de cette nouvelle notion de « coparenté » apparue dans le droit civil. Ce nouveau système de coparenté n'a pas été appliqué pour les droits aux allocations familiales qui avaient déjà pris cours avant l'introduction de ce régime dans la législation relative aux allocations familiales.

Dans le nouveau régime, lorsque les parents séparés n'ont pas expressément renoncé à l'exercice commun de l'autorité parentale, les règles ordinaires (de priorité) sont appliquées comme s'ils formaient encore un seul et même ménage pour élever les enfants (il s'agit d'une fiction juridique). Cela signifie que le père est désigné en priorité comme attributaire et que la mère continue d'être considérée comme l'allocataire. Ceci explique le fait que dans les cas de coparenté la majorité des attributaires sont des hommes.

3.2. CONJOINTS ABANDONNES

Outre le régime des parents séparés, les lois coordonnées prévoient aussi la possibilité de maintenir le droit en faveur des parents mariés qui sont abandonnés par leur conjoint et qui n'auraient plus droit aux allocations familiales en raison de cet abandon. Seuls vingt-et-un attributaires faisaient appel à cette règle en faveur des conjoints abandonnés (art. 55, LC) en décembre 2003. Ceci représente près du double par rapport à 2001, mais on n'atteint certainement pas le niveau de 1991, où près de 200 attributaires devaient y avoir recours.

4. LES ATTRIBUTAIRES FEMININS PRIORITAIRES

4.1. LES MERES CELIBATAIRES ATTRIBUTAIRES

Les mères célibataires peuvent être attributaires d'allocations familiales, par exemple lorsque leur partenaire ne travaille pas ou lorsqu'elles sont isolées.

Ce groupe de mères célibataires attributaires compte 30.025 attributaires, soit 2,91 % du nombre total d'attributaires dans le régime des travailleurs salariés en décembre 2003. Comparativement à 2001, les mères célibataires attributaires ont augmenté de 7,45 %. L'augmentation est même de 46,33 % par rapport à 1991.

Ceci coïncide avec la tendance croissante du concubinage ou du nombre de familles monoparentales. Les chiffres de l'INS indiquent qu'entre 1991⁽²⁾ et 2003, le nombre de mères célibataires est passé de 288.774 en 1991 à 394.954 en 2003 : une augmentation de 42 %.

4.2. AUTRES ATTRIBUTAIRES FEMININS PAR PRIORITE

Il existe encore un groupe important d'attributaires féminins, qui comptait 38.283 unités en décembre 2003 (3,71 % du nombre total d'attributaires). Appartiennent à cette catégorie les femmes qui ouvrent un droit prioritaire sur d'autres attributaires (au sens de l'article 64, LC). Il s'agit essentiellement de mères qui précèdent le beau-père dans l'ordre de priorité entre les attributaires, mais aussi de femmes dont le partenaire est sans profession ou étudiant.

Cette catégorie d'attributaires féminins a continuellement augmenté de 1991 à 1997, puis une légère baisse est apparue. En 2003 on a observé une nouvelle hausse de 2,6 % par rapport à 2001.

(2) Situation à la date du 1^{er} mars 1991.

5. LES ATTRIBUTAIRES PAR CESSION DE PRIORITE

On a déjà cité plus haut l'ordre de priorité normal entre les attributaires potentiels dans un dossier d'allocations familiales : d'abord le père, puis la mère, ensuite le beau-père et la belle-mère, et enfin l'aîné des autres attributaires éventuels. Le législateur a prévu qu'il peut être dérogé à la règle de priorité dans l'intérêt de l'enfant. Cet intérêt est démontré par exemple lorsque l'enfant peut bénéficier d'allocations plus élevées en cas de changement d'attribulaire.

En décembre 2003, 38.588 personnes étaient attributaires à la suite d'une cession de priorité, soit 3,74 % du nombre total des attributaires. La majeure partie du groupe des attributaires par cession de priorité est constituée de femmes (82 %).

Par rapport au dernier recensement de décembre 2001, ce groupe a de nouveau fortement augmenté, de 29,68 %. En 1991, il ne comptait que 5.700 attributaires. Depuis lors, il a donc presque été multiplié par sept.

La forte croissance du nombre d'attributaires par cession de priorité peut vraisemblablement s'expliquer par l'introduction de la coparenté pour les parents séparés (voir ci-dessus). Avant la coparenté, les enfants aboutissaient automatiquement chez la mère divorcée, s'ils étaient élevés par elle. En cas de coparenté, c'est le père qui est l'attribulaire prioritaire et une cession de priorité est nécessaire pour accorder par exemple les allocations majorées à la mère chômeuse qui élève les enfants.

A propos de l'assouplissement de la cession, on peut encore observer que ce sont désormais les intéressés eux-mêmes qui en décident (alors qu'auparavant, un intérêt administratif et/ou financier devait être démontré, par exemple en cas de changements de profession fréquents).

6. LES ATTRIBUTAIRES AYANT UN STATUT PROFESSIONNEL PARTICULIER

La statistique des attributaires contient aussi un certain nombre d'autres catégories intéressantes non en raison de la relation de parenté spécifique qui unit l'attribulaire et l'enfant ni de sa situation familiale, mais en raison d'un statut professionnel spécifique (ou de l'absence de statut) sur lequel est basé le droit.

Il s'agit d'un nombre de catégories d'attributaires hétérogènes, qui sont reproduites ci-dessous dans le tableau 2 puis passées en revue.

TABLEAU 2 : ATTRIBUTAIRES AYANT UN STATUT PARTICULIER – DECEMBRE 2003

	Référence LC	HOMMES	FEMMES	TOTAL
attributaires féminins ayant un partenaire indépendant	art. 59	–	72.754	72.754
attributaires bénéficiant d'une pension de survie	art. 56 quater	77	1.706	1.783
attributaires handicapés	art. 56 quinquies	1.147	2.384	3.531
étudiants ou apprentis attributaires	art. 56 sexies	29	302	331
handicapés attributaires pour eux-mêmes	art. 56 septies	265	178	443
attributaires bénéficiant d'une allocation d'interruption de carrière	art. 56 octies	1.113	2.649	3.762
détenus	art. 56 decies	250	17	267

6.1. ATTRIBUTAIRES FEMININS AYANT UN PARTENAIRE INDEPENDANT

Pour le cas où, dans un ménage, un des partenaires est travailleur salarié et l'autre travailleur indépendant, on a dû prévoir une règle de priorité dans la législation des allocations familiales pour déterminer le régime compétent. Le même problème se pose lorsqu'une même personne est à la fois salariée et indépendante. C'est pourquoi on a décidé pour ces cas que le travailleur salarié ne peut exercer aucune autre profession à titre principal : c'est ce qu'il fait lorsqu'il travaille au moins à mi-temps.

De ce fait, les femmes qui ont un partenaire indépendant mais qui travaillent au moins à mi-temps peuvent quand même être attributaires d'allocations familiales dans le régime des travailleurs salariés. Il s'agit d'une règle de priorité entre différents régimes d'allocations familiales. La règle de priorité entre différents attributaires dans un ménage dans le régime des travailleurs salariés, où le droit du père prévaut contre celui de la mère, ne joue pas dans ce cas.

Il y avait, en décembre 2003, 72.754 attributaires féminins ayant un partenaire indépendant. Par rapport à 2001, ce nombre a augmenté de 3,77 %. Comparativement à 1991, on compte même 26,64 % d'attributaires féminins ayant un partenaire indépendant en plus.

La hausse, dans le régime des salariés, du nombre d'attributaires féminins ayant un partenaire indépendant peut s'expliquer par le nombre croissant de familles ayant deux revenus. Il y a plus de chances que le coût des allocations familiales dans les ménages comprenant des attributaires potentiels dans différents régimes soit supporté par les travailleurs salariés, étant donné qu'on compte plus de salariés que d'indépendants.

En décembre 2003, le régime d'allocations familiales pour travailleurs indépendants comprenait 113.444 attributaires. En 1991, il y avait encore 150.144 attributaires chez les indépendants, et leur nombre a diminué de près de 25 % en douze ans. Au cours de la même période, le nombre a encore augmenté de 2,5 % dans le régime des salariés, et il est passé à 1.032.715 attributaires. Avec 72.754 attributaires féminins ayant un partenaire indépendant, le régime des salariés dessert à lui seul déjà 64 % du nombre d'attributaires gérés par le régime des indépendants (sans compter les attributaires masculins ayant une partenaire indépendante).

Elles représentent déjà 7 % du nombre total d'attributaires dans le régime des travailleurs salariés. Le coût de ce groupe peut être estimé à 216 millions d'euros (au coût moyen du taux ordinaire prévu dans le budget de 2005).

Par ailleurs, le régime des travailleurs salariés gère également les attributaires masculins ayant une partenaire indépendante. Leur nombre n'est pas enregistré dans cette statistique parce qu'ils suivent les règles de priorité normales entre attributaires prévues par la législation des allocations familiales. Il peut cependant être estimé à 31.586 cas (si les attributaires masculins ayant une partenaire indépendante présentent le même rapport relativement au nombre d'indépendants à titre principal que les attributaires féminins). Au total, le régime des travailleurs salariés gère donc presque autant de dossiers de familles comprenant un travailleur indépendant que le régime des indépendants lui-même.

6.2. ATTRIBUTAIRES BENEFICIAIRE D'UNE PENSION DE SURVIE

Quiconque bénéficie d'une pension de survie a également droit aux allocations familiales pour travailleurs salariés si au cours des douze mois ayant précédé son décès, son conjoint décédé a rempli les conditions pour pouvoir prétendre à six allocations forfaitaires mensuelles au moins.

En décembre 2003, on comptait 1.783 attributaires d'allocations familiales bénéficiant d'une pension de survie, dont plus de 95 % étaient des femmes. Ce nombre a connu son apogée en 1995 avec 2.330 attributaires. Depuis lors, il a diminué constamment, bien que le nombre total de pensionnés bénéficiant d'une pension de survie soit resté stable depuis 1995.

6.3. ATTRIBUTAIRES HANDICAPES

Les handicapés qui n'exercent aucune activité lucrative et bénéficient d'une allocation pour handicapés ou d'une indemnité pour l'aide aux personnes âgées peuvent aussi exercer un droit aux allocations familiales pour leurs enfants, à condition que ceux-ci fassent partie du même ménage.

3.531 handicapés attributaires exerçaient un tel droit en décembre 2003. Plus de 67 % d'entre eux étaient des femmes. On enregistre une légère tendance à la hausse : par rapport à 2001, le nombre d'attributaires handicapés a augmenté de 1,82 %.

6.4. ETUDIANTS ET APPRENTIS ATTRIBUTAIRES

Les étudiants et les apprentis de moins de 25 ans peuvent ouvrir un droit en faveur de leurs enfants. Ces étudiants et apprentis doivent résider en Belgique depuis cinq ans, à moins d'être ressortissants d'un Etat membre de l'Espace économique européen ou d'un Etat signataire de la Charte sociale européenne. Les réfugiés et les apatrides ne doivent pas non plus remplir cette condition de résidence.

On ne dénombrait en décembre 2003 que 331 étudiants ou apprentis attributaires, dont 91 % étaient des femmes. Depuis 1995, cette catégorie oscille autour des 300 attributaires.

6.5. HANDICAPES ATTRIBUTAIRES POUR EUX-MEMES

Les enfants handicapés peuvent également être attributaires pour eux-mêmes, pour autant qu'il n'existe aucun autre droit aux allocations familiales chez les travailleurs salariés ou les travailleurs indépendants. Les enfants nés au plus tard le 1er janvier 1996 doivent être atteints d'une incapacité physique ou mentale de 66 % au moins. Les enfants nés après cette date doivent présenter une affection ayant des conséquences pour eux-mêmes ou pour leur entourage familial. Les allocations familiales sont accordées jusqu'à ce que l'enfant ait atteint l'âge de 21 ans.

441 enfants handicapés étaient attributaires pour eux-mêmes en décembre 2003. Ce nombre est en hausse, il a augmenté de 45 % depuis 1995.

6.6. ATTRIBUTAIRES BENEFICIAIRE D'UNE ALLOCATION D'INTERRUPTION DE CARRIERE

Les travailleurs qui interrompent leur carrière peuvent aussi être attributaires d'allocations familiales s'ils bénéficient d'une allocation d'interruption. En décembre 2003, on dénombrait 3.762 attributaires bénéficiant d'une allocation d'interruption, dont 70 % étaient des femmes. Ce nombre a plus que doublé depuis 1991.

Le fait que 70 % des travailleurs en interruption de carrière attributaires d'allocations familiales soient des femmes n'a rien d'étonnant, étant donné qu'il ressort des statistiques de l'ONEM que la majorité (80 %) de ces travailleurs sont des femmes.

6.7. ATTRIBUTAIRES DETENUS

Les travailleurs qui sont privés de liberté à la suite d'une condamnation peuvent être attributaires d'allocations familiales si au cours des douze mois ayant précédé leur privation de liberté, ils ont eu droit à six allocations forfaitaires mensuelles au moins. En décembre 2003, on comptait 267 attributaires détenus, un nombre qui est resté stable au cours des dernières années.

7. CONCLUSIONS

C'est la situation familiale dans laquelle les enfants se trouvent qui détermine quelles personnes ouvrent le droit aux allocations familiales. Le législateur a déterminé un ordre de priorité entre les attributaires potentiels : le père, la mère, le beau-père, la belle-mère.

Outre les (beaux-)parents, d'autres personnes apparentées peuvent aussi ouvrir un droit aux allocations familiales (dans ce cas, c'est l'aîné qui est prioritaire). Une évolution est sensible depuis 1991 : moins de beaux-parents, de grands-parents et d'adoptants ou tuteurs attributaires, mais davantage de frères et sœurs et d'oncles et tantes attributaires. Le nombre d'oncles et de tantes a même augmenté de 35,5 % durant la période 1991-2003. Globalement, le groupe d'apparentés attributaires – autres que les parents – a diminué de 6 % durant la période 1991-2003. Ils représentent moins de 3 % du nombre total d'attributaires.

Le nombre d'attributaires accueillant des enfants placés dans leur ménage par décision judiciaire ou par une autorité a également diminué durant la période 1991-2003 : de 6.531 attributaires en 1991 à 4.470 en 2003, ce qui représente moins d'un demi pour cent du nombre total d'attributaires.

Une des principales tendances dans la statistique des attributaires d'allocations familiales est le nombre croissant de divorces. Au cours de la période 1991-2003, le nombre total de divorces a augmenté de 51 % en Belgique. Par rapport au nombre total d'attributaires dans le régime des travailleurs salariés, le nombre d'attributaires séparés est passé de 10 % en 1991 à 17 % en 2003. Cette hausse importante du nombre d'attributaires séparés dans le régime des travailleurs salariés peut peut-être s'expliquer par l'augmentation du nombre des divorces à un âge plus jeune, lorsqu'il y a encore des enfants dans le ménage.

L'augmentation du nombre d'attributaires (conjoints) séparés pourrait bien s'affaiblir à l'avenir en raison une autre tendance, à savoir celle de l'augmentation du concubinage. On ne peut cependant pas encore donner une image nette du nombre de familles dans le régime des travailleurs salariés qui cohabitent sans être mariées : il n'existe pas de chiffres globaux distincts pour les attributaires féminins ou masculins qui vivent en concubinage. L'augmentation du nombre de mères célibataires

attributaires va dans ce sens : cette catégorie d'attributaires a augmenté de 46 % durant la période 1991-2003. Avec un effectif de 30.025 attributaires, elle représente près de 3 % du nombre total d'attributaires.

Il peut être dérogé à l'ordre de priorité normal entre les attributaires potentiels dans l'intérêt de l'enfant parce qu'il obtiendrait ainsi par exemple un taux d'allocations plus élevé. En décembre 2003, on dénombrait 38.588 attributaires suite à une telle cession de priorité (3,74 % du nombre total d'attributaires). La forte augmentation de cette catégorie peut s'expliquer en grande partie par l'introduction de la coparenté pour les parents séparés lorsque le père est attributaire. Une cession de la priorité est alors nécessaire pour que le droit puisse être ouvert par exemple par une mère chômeuse qui donne droit à des allocations plus élevées.

Dans la statistique des attributaires figurent également un certain nombre de catégories pour lesquelles un régime distinct a dû être prévu dans les lois coordonnées pour qu'un droit puisse être ouvert en faveur de ces cas.

Il existe ainsi trois catégories d'attributaires qui ne peuvent ouvrir le droit sur la base de leur situation professionnelle, à savoir le handicapé attributaire, l'étudiant ou l'apprenti attributaire et le handicapé attributaire pour lui-même : au total, il s'agit seulement de 4.305 attributaires. Leur nombre a cependant augmenté de 24 % depuis 1995.

Le succès de l'interruption de carrière se reflète dans l'évolution du nombre d'attributaires d'allocations familiales bénéficiant d'une allocation d'interruption : depuis 1991, il a augmenté de 153 %. Le nombre d'allocations payées par l'ONEM pour l'interruption de carrière ou le crédit-temps dans le secteur privé a également augmenté dans le même ordre de grandeur durant la période 1991-2003 (+ 162 %). L'effectif des attributaires d'allocations familiales bénéficiant d'une allocation d'interruption de carrière est cependant limité, soit 3.756 attributaires en décembre 2003, comparativement au nombre d'allocations payées par l'ONEM (60.060 allocations d'interruption de carrière ou de crédit-temps). Ceci s'explique par le fait que dans de nombreuses familles, le droit aux allocations familiales s'ouvre dans la personne de l'homme travailleur salarié, et que c'est la femme qui interrompt sa carrière : il ne faut donc pas faire appel aux dispositions spéciales pour les travailleurs en interruption de carrière qui sont prévues dans les lois coordonnées.

Le nombre d'attributaires d'allocations familiales bénéficiant d'une pension de survie présente une tendance à la baisse depuis 1995. Leur nombre est également limité : 1.783 cas en décembre 2003. A l'avenir, ce nombre continuera vraisemblablement de baisser : de plus en plus de femmes ont-elles-mêmes acquis des droits à la pension.

La statistique des attributaires donne également une image des règles de priorité normales entre le régime des travailleurs salariés et celui des travailleurs indépendants : ainsi en décembre 2003, il y avait 72.754 attributaires féminins ayant un conjoint indépendant. Ce nombre est en hausse constante : comparativement à 1991, il a augmenté de plus d'un quart.

La croissance du nombre d'attributaires féminins dont le mari est indépendant dans le régime des travailleurs salariés peut s'expliquer par l'augmentation du nombre de familles à deux revenus.

Il y a plus de chance que le coût des allocations familiales dans les familles comprenant des attributaires potentiels dans différents régimes soit à la charge des travailleurs salariés, étant donné qu'il y a beaucoup plus de travailleurs salariés que de travailleurs indépendants.

Le nombre d'attributaires dans le régime d'allocations familiales pour travailleurs indépendants a diminué de près de 25 % depuis 1991. Dans le régime des travailleurs salariés, durant la même période, le nombre a encore augmenté de 2,5 %, et est ainsi passé à 1.032.715 attributaires. Avec 72.754 attributaires féminins dont le partenaire est travailleur indépendant, le régime des travailleurs salariés dessert déjà à lui seul 64 % du nombre d'attributaires traités par le régime des travailleurs indépendants. Ces femmes représentent déjà 7 % du nombre total d'attributaires dans le régime des travailleurs salariés. Le coût de ce groupe peut être estimé à 216 millions d'euros.

En raison des règles de priorité spécifiques qui sont prévues pour la répartition des compétences entre les régimes d'allocations familiales, le régime des travailleurs salariés dessert donc de plus en plus de familles comprenant un travailleur indépendant.

Par ailleurs, le régime des travailleurs salariés dessert aussi les attributaires d'allocations familiales masculins dont la partenaire est indépendante. Au total, le régime des travailleurs salariés traite donc de très nombreux dossiers de familles comprenant un travailleur indépendant.

L'évolution de ces statistiques des attributaires reflète les évolutions sociales en matière de constitution des ménages et indique que la législation relative aux allocations familiales pour travailleurs salariés s'y adapte, tant sur le plan de la situation familiale que sur celui du statut de l'attributaire.

ANNEXES : STATISTIQUE DES ATTRIBUTAIRES 1991-2003 (DECEMBRE)

ANNEXE 1 : TOTAL DES ATTRIBUTAIRES PAR CATEGORIE

	Article LC	1991	1993	1995	1997	1999	2001	2003
1. Selon le lien de parenté								
beau-père, belle-mère	art. 51, § 3, 1°	10.769	12.278	10.295	10.894	10.870	10.115	9.805
parents adoptifs et tuteurs officieux	art. 51, § 3, 2°	2.132	1.974	2.130	2.072	2.134	2.188	1.909
grands-parents et arrière-grands-parents	art. 51, § 3, 3°	4.708	4.331	4.379	4.294	4.180	4.223	3.951
oncles et tantes	art. 51, § 3, 3°	884	967	1.112	1.157	1.140	1.149	1.198
frères et sœurs dans le ménage de l'enfant	art. 51, § 3, 4°	1.007	1.234	1.278	1.251	1.098	1.065	1.113
frères et sœurs hors du ménage	art. 51, § 3, 5°	833	627	732	841	925	1.004	1.065
attributaires pour les enfants du partenaire ou de l'ex-conjoint	art. 51, § 3, 6°	3.579	4.434	4.772	5.299	4.397	3.847	3.426
attributaires qui accueillent des enfants (placés par l'intermédiaire d'une autorité ou un juge)	art. 51, § 3, 7°	4.431	3.015	2.813	2.866	2.918	3.097	3.089
attributaires qui accueillent des enfants (placés par le tribunal de la jeunesse)	art. 51, § 3, 8°	866	602	328	270	257	400	503
attributaires qui accueillent des enfants (dérogation ministérielle)	art. 51, § 4	1.294	1.058	1.083	438	452	671	878
TOTAL		30.503	30.520	28.922	29.382	28.371	27.759	26.937
2. Selon la situation familiale ou la règle de priorité								
époux séparés ou divorcés	-	106.155	101.261	114.835	129.548	135.887	140.862	175.856
conjoint abandonnés	art. 55	198	150	13	15	18	12	21
mères célibataires	-	20.519	17.695	21.971	24.966	25.828	27.944	30.025
autres attributaires féminins par priorité	art. 64	32.263	33.325	35.342	38.643	37.172	37.300	38.283
attributaires par cession de priorité	art. 66	5.700	12.897	11.973	13.090	18.635	29.757	38.588
3. Attributaires ayant un statut spécifique								
attributaires féminins ayant un partenaire indépendant	-	57.449	52.981	56.328	60.226	65.297	70.114	72.754
attributaires bénéficiant d'une pension de survie	art. 56 quater	1.915	1.895	2.330	2.266	2.082	1.887	1.783
attributaires handicapés	art. 56 quinquies	0	0	2.901	3.285	3.475	3.468	3.531
étudiants ou apprentis attributaires	art. 56 sexties	0	0	263	347	332	266	331
handicapés attributaires pour eux-mêmes	art. 56 septies	0	0	305	388	409	409	443
attributaires bénéficiant d'une allocation d'interruption de carrière	art. 56 octies	1.486	2.056	1.706	2.186	3.000	3.509	3.762
détenus	art. 56 decies	34	100	200	283	280	263	267

ANNEXE 2 : ATTRIBUTAIRES MASCULINS PAR CATEGORIE

1. Selon le lien de parenté		1991	1993	1995	1997	1999	2001	2003
beau-père, belle-mère	art. 51, § 3, 1°	9.416	9.224	9.792	10.395	10.336	9.565	8.920
parents adoptifs et tuteurs officieux	art. 51, § 3, 2°	1.972	1.821	1.924	1.827	1.824	1.807	1.543
grands-parents et arrière-grands-parents	art. 51, § 3, 3°	3.722	3.432	3.308	3.153	2.941	2.817	2.526
oncles et tantes	art. 51, § 3, 3°	677	733	829	846	826	775	794
frères et sœurs dans le ménage de l'enfant	art. 51, § 3, 4°	703	798	800	755	631	598	660
frères et sœurs hors du ménage	art. 51, § 3, 5°	461	396	459	496	527	556	592
attributaires pour les enfants du partenaire ou de l'ex-conjoint	art. 51, § 3, 6°	3.446	4.302	4.598	5.123	4.235	3.695	3.266
attributaires qui accueillent des enfants (placés par l'intermédiaire d'une autorité ou un juge)	art. 51, § 3, 7°	4.112	2.574	2.269	2.228	2.141	2.191	2.099
attributaires qui accueillent des enfants (placés par le tribunal de la jeunesse)	art. 51, § 3, 8°	661	481	257	191	187	225	201
attributaires qui accueillent des enfants (dérogation ministérielle)	art. 51, § 4	1.065	949	978	350	321	370	399
TOTAL		26.235	24.710	25.214	25.364	23.969	22.599	21.000

2. Selon la situation familiale ou la règle de priorité		1991	1993	1995	1997	1999	2001	2003
époux séparés ou divorcés	-	22.913	25.159	26.587	30.884	40.928	47.575	73.820
conjoint abandonnés	art. 55	100	46	5	3	5	2	4
attributaires par cession de priorité	art. 66	1.590	7.602	5.980	6.631	7.135	7.952	6.957

3. Attributaires ayant un statut spécifique		1991	1993	1995	1997	1999	2001	2003
attributaires bénéficiant d'une pension de survie	art. 56 quater	535	455	63	46	87	298	77
attributaires handicapés	art. 56 quinquies	0	0	831	971	1.058	1.090	1.147
étudiants ou apprentis attributaires	art. 56 sexes	0	0	42	55	39	23	29
handicapés attributaires pour eux-mêmes	art. 56 septies	0	0	161	225	226	233	265
attributaires bénéficiant d'une allocation d'interruption de carrière	art. 56 octies	797	573	369	513	765	989	1.113
détenus	art. 56 decies	29	98	188	269	264	250	250

ANNEXE 3 : ATTRIBUTAIRES FEMINIENS PAR CATGORIE

1. Selon le lien de parenté		1991	1993	1995	1997	1999	2001	2003
beau-père, belle-mère	Article LC art. 51, § 3, 1°	1.353	3.054	503	499	534	550	885
parents adoptifs et tuteurs officiels	art. 51, § 3, 2°	160	153	206	245	310	381	366
grands-parents et arrière-grands-parents	art. 51, § 3, 3°	986	899	1.071	1.141	1.239	1.406	1.425
oncles et tantes	art. 51, § 3, 3°	207	234	283	311	314	374	404
frères et sœurs dans le ménage de l'enfant	art. 51, § 3, 4°	304	436	478	496	467	467	453
frères et sœurs hors du ménage	art. 51, § 3, 5°	372	231	273	345	398	448	473
attributaires pour les enfants du partenaire ou de l'ex-conjoint	art. 51, § 3, 6°	133	132	174	176	162	152	160
attributaires qui accueillent des enfants (placés par l'intermédiaire d'une autorité ou un juge)	art. 51, § 3, 7°	319	441	544	638	777	906	990
attributaires qui accueillent des enfants (placés par le Tribunal de la jeunesse)	art. 51, § 3, 8°	205	121	71	79	70	175	302
attributaires qui accueillent des enfants (dérogation ministérielle)	art. 51, § 4	229	109	105	88	131	301	479
TOTAL		4.268	5.810	3.708	4.018	4.402	5.160	5.937

2. Selon la situation familiale ou la règle de priorité		1991	1993	1995	1997	1999	2001	2003
époux séparés ou divorcés	Article LC -	83.242	76.102	88.248	98.664	94.959	93.287	102.036
conjoints abandonnés	art. 55	98	104	8	12	13	10	17
mères célibataires	-	20.519	17.695	21.971	24.966	25.828	27.944	30.025
autres attributaires féminins par priorité	art. 64	32.263	33.325	35.342	38.643	37.172	37.300	38.283
attributaires par cession de priorité	art. 66	4.110	5.295	5.993	6.459	11.500	21.805	31.631

3. Attributaires ayant un statut spécifique		1991	1993	1995	1997	1999	2001	2003
attributaires féminins ayant un partenaire indépendant	Article LC -	57.449	52.981	56.328	60.226	65.297	70.114	72.754
attributaires bénéficiant d'une pension de survie	art. 56 quater	1.380	1.440	2.267	2.220	1.995	1.589	1.706
attributaires handicapés	art. 56 quinquies	0	0	2.070	2.314	2.417	2.378	2.384
étudiants ou apprentis attributaires	art. 56 sexies	0	0	221	292	293	243	302
handicapés attributaires pour eux-mêmes	art. 56 septies	0	0	144	163	183	176	178
attributaires bénéficiant d'une allocation d'interruption de carrière	art. 56 octies	689	1.483	1.337	1.673	2.235	2.520	2.649
détenus	art. 56 decies	5	2	12	14	16	13	17

TABLE DES MATIERES

STATISTIQUE DE CERTAINES CATEGORIES D'ATTRIBUTAIRES D'ALLOCATIONS FAMILIALES DANS LE REGIME DES TRAVAILLEURS SALARIES - RECENSEMENT 2004

1. INTRODUCTION	339
2. LES ATTRIBUTAIRES QUI NE SONT PAS LES PARENTS DE L'ENFANT	340
2.1. BEAUX-PARENTS	341
2.2. PARENTS ADOPTIFS ET TUTEURS OFFICIEUX.	342
2.3. GRANDS-PARENTS ET ARRIERE-GRANDS-PARENTS.	342
2.4. ONCLES ET TANTES	343
2.5. FRERES ET SŒURS	343
2.6. ATTRIBUTAIRES POUR LES ENFANTS DU PARTENAIRE OU DE L'EX-CONJOINT	343
2.7. ATTRIBUTAIRES QUI ACCUEILLENENT DES ENFANTS DANS LEUR MENAGE.	344
3. LES ATTRIBUTAIRES SEPRES ET LES CONJOINTS ABANDONNES	344
3.1. ATTRIBUTAIRES SEPRES	344
3.2. CONJOINTS ABANDONNES.	346
4. LES ATTRIBUTAIRES FEMININS PRIORITAIRES	346
4.1. LES MERES CELIBATAIRES ATTRIBUTAIRES	346
4.2. AUTRES ATTRIBUTAIRES FEMININS PAR PRIORITE	346
5. LES ATTRIBUTAIRES PAR CESSION DE PRIORITE	347
6. LES ATTRIBUTAIRES AYANT UN STATUT PROFESSIONNEL PARTICULIER	347
6.1. ATTRIBUTAIRES FEMININS AYANT UN PARTENAIRE INDEPENDANT.	348
6.2. ATTRIBUTAIRES BENEFICIANT D'UNE PENSION DE SURVIE.	349
6.3. ATTRIBUTAIRES HANDICAPES	349
6.4. ETUDIANTS ET APPRENTIS ATTRIBUTAIRES.	350
6.5. HANDICAPES ATTRIBUTAIRES POUR EUX-MEMES	350
6.6. ATTRIBUTAIRES BENEFICIANT D'UNE ALLOCATION D'INTERRUPTION DE CARRIERE	350
6.7. ATTRIBUTAIRES DETENUS	351
7. CONCLUSIONS	351
ANNEXES : STATISTIQUE DES ATTRIBUTAIRES 1991-2003 (DECEMBRE)	354
ANNEXE 1 : TOTAL DES ATTRIBUTAIRES PAR CATEGORIE	354
ANNEXE 2 : ATTRIBUTAIRES MASCULINS PAR CATEGORIE	355
ANNEXE 3 : ATTRIBUTAIRES FEMININS PAR CATEGORIE	356

ENFANTS ELEVES HORS DU ROYAUME RECENSEMENT 2004

PAR L'OFFICE NATIONAL D'ALLOCATIONS FAMILIALES POUR TRAVAILLEURS SALARIES

Le recensement 2004 (situation au 31 décembre 2003) concernant « les enfants élevés hors du Royaume » (1) porte sur les allocations familiales du régime des travailleurs salariés payées à l'étranger en faveur d'enfants élevés hors du territoire belge et dont l'attributaire est de nationalité étrangère.

Les paiements en question ont lieu soit sur base des règlements de l'Union européenne visant les travailleurs qui se déplacent à l'intérieur de l'Espace économique européen, soit en vertu d'une convention bilatérale conclue entre la Belgique et un autre pays (actuellement, la Turquie, le Maroc, la Tunisie et les pays de l'ex-Yougoslavie), soit moyennant une dérogation ministérielle à l'article 52, alinéa 1er, LC, qui prévoit que les allocations familiales ne sont pas dues en faveur des enfants qui sont élevés hors du Royaume.

Ce recensement et le rapport qui en est fait permettent de suivre l'évolution des effectifs de bénéficiaires et des montants payés en vertu de ces dispositions particulières qui dérogent au droit commun régissant l'octroi des allocations familiales pour travailleurs salariés.

Parmi les principales conclusions tirées de l'analyse des résultats, il paraît intéressant d'attirer l'attention sur les quelques points suivants, qui résument le mieux la situation visée et ses évolutions diversifiées :

- le nombre global de bénéficiaires élevés à l'étranger ainsi que les montants exportés en leur faveur continuent à s'accroître, soit des hausses respectives de 4,52 % et de 4,82 % durant l'exercice 2003; leur part atteint 1,73 % des bénéficiaires du régime fin 2003 (31.970 enfants) et 1,17 % des dépenses en prestations de l'année 2003 (39.270.124 EUR);
- en fin d'exercice, 89,59 % des bénéficiaires élevés à l'étranger recevaient leurs allocations familiales sur base des règlements UE (pour 83,54 % fin 1999), la part de ceux payés en application d'une convention bilatérale se réduisant à 10,17 % (pour 16,26 % fin 1999); la répartition des montants versés est encore plus inégale : 96,41 % fin 2003 pour les règlements UE et 3,18 % pour les conventions; cela confirme

(1) Les résultats de ce recensement ont été publiés sous forme de brochure. Elle peut être obtenue auprès des services de l'Office national d'allocations familiales pour travailleurs salariés ou consultée sur le site web: www.onafts.be.

les évolutions divergentes entre les allocations familiales payées en vertu des règlements de l'Union européenne et celles qui le sont en vertu de conventions bilatérales : en 2003, hausse de 6,46 % des bénéficiaires dans le premier cas et diminution très marquée dans le second, soit une baisse de 10,30 %; les montants payés suivent respectivement ces mêmes tendances : hausse de 5,25 % et baisse de 7,02 %;

■ comme c'est le cas depuis plusieurs années, la hausse du nombre de bénéficiaires élevés à l'étranger se produit principalement dans le groupe de ceux élevés en France (+ 1.650 enfants en 2003 sur une hausse totale de 1.383 enfants); fin 2003, le total des bénéficiaires élevés en France atteint 69,14 % de l'ensemble des bénéficiaires élevés à l'étranger; la majeure partie de ces bénéficiaires sont des enfants de travailleurs frontaliers, l'évolution du nombre de ces derniers (recensés par l'Institut national d'assurance maladie-invalidité) ayant dès lors une incidence importante sur l'évolution de la statistique dans sa globalité;

■ le nombre moyen d'enfants par contribuable chez les bénéficiaires élevés à l'étranger maintient son écart par rapport à ce même nombre moyen dans l'ensemble du régime (1,94 enfant pour 1,79 dans le régime). Il est en léger recul par rapport à la situation de fin 2002 (1,95 enfant); dans le cas des allocations familiales payées en vertu des règlements UE, le résultat reste assez stable et tourne autour de 1,90 enfant de 1999 à 2003; dans le cas des allocations payées en vertu de conventions bilatérales, bien que le nombre moyen d'enfants par contribuable reste supérieur à la moyenne générale, une nette tendance à la baisse se confirme d'année en année : de 2,40 enfants par contribuable fin 1999, l'on passe à 2,28 enfants fin 2002 et à 2,25 enfants fin 2003; fin 2003 la Turquie atteint même un nombre moyen d'enfant égal à celui des pays où les allocations familiales sont payées en vertu des règlements UE, soit 1,91 enfant par contribuable;

■ la part des bénéficiaires dont le droit est ouvert par un travailleur actif continue à s'accroître en ce qui concerne les pays couverts par les règlements UE (92,19 % du total des bénéficiaires pour 91,59 % fin 2002) et cette part est toujours très nettement supérieure à celle observée dans l'ensemble du régime (73,55 % fin 2003); dans le cas des conventions bilatérales, par contre, la tendance s'est inversée durant l'année 2003 (39,23 % de bénéficiaires dont l'attributaire est actif pour 41,01 % fin 2002 et 39,39 % fin 2001) et l'on note, par ailleurs, que la catégorie des invalides est en constant recul (30,25 % des bénéficiaires pour 38,60 % fin 2002 et 52,00 % fin 1999).

Il faut aussi remarquer que, dans ce recensement au 31 décembre 2003, ont été enregistrées pour la première fois les naissances et les adoptions ayant donné lieu à l'octroi d'une allocation ou d'une prime durant l'année pour des enfants nés ou adoptés dans un des pays relevant des règlements de l'Union européenne. En effet,

depuis 2003, de nouvelles dispositions réglementaires autorisent le paiement d'allocations de naissance par le pays où sont occupés des travailleurs (travailleurs actifs) qui se déplacent à l'intérieur de l'Espace économique européen (2).

Une exception est cependant prévue pour les travailleurs dont les enfants résident en France ou au Grand-duché de Luxembourg, les anciennes conventions bilatérales qui prévoyaient le paiement par le pays de résidence restant d'application. En ce qui concerne l'Allemagne, la même exception vaut uniquement pour les travailleurs frontaliers, couverts également par une convention bilatérale.

Le paiement de primes d'adoption ne faisait, quant à lui, l'objet d'aucune convention. La nouvelle réglementation européenne est donc d'application pour tous les pays qui en relèvent sans exception.

Le nombre de naissances ayant donné lieu au paiement d'une allocation durant l'année 2003 s'est élevé à un total de 161 (pour 6 naissances en 2002) et un montant de 149.301 EUR a été versé à ce titre durant cette même année. Sur ces 161 naissances, 142 concernaient des enfants nés aux Pays-Bas (3). Pour ce qui est des primes d'adoption, seul un montant de 740 EUR a été versé en 2003.

Précisons encore que ce n'est qu'à partir du prochain recensement au 31 décembre 2004, dont les résultats ne sont pas encore disponibles actuellement, que pourront être répertoriés les bénéficiaires élevés dans les dix nouveaux pays admis dans l'Union européenne depuis le 1er mai 2004 et qu'une première appréciation pourra être donnée à propos de l'impact de cet élargissement sur le régime des allocations familiales pour travailleurs salariés.

(2) Ces nouvelles dispositions sont reprises dans la circulaire ministérielle n° 583 du 6 octobre 2003 et sont entrées en vigueur avec effet rétroactif le 1er juin 2001. Précédemment, des conventions ne prévoyaient un tel paiement qu'en ce qui concerne l'Allemagne et les Pays-Bas et celle relative à ce dernier pays n'était plus appliquée depuis le 7 février 1997 (dénonciation de la convention par la Belgique).

(3) Pour la France et le Grand-duché de Luxembourg, la convention conclue avec chacun de ces pays reste d'application et les allocations de naissance sont à charge de ces pays. La France n'étant donc pas concernée, ce sont logiquement les Pays-bas qui arrivent largement en tête, puisque les attributaires de ce pays représentent environ 17 % des attributaires en vertu des règlements UE.

ABSTRACTS

ABSTRACTS

“L'évolution à long terme des dépenses de soins de santé”

par Michel Englert, Marie-Jeanne Festjens et Maritza Lopez-Novella

Dans cet article, les auteurs présentent la méthodologie de projection des dépenses de soins de santé utilisée par le Bureau fédéral du Plan et par le Comité d'Etude sur le Vieillessement dans le cadre des évaluations relatives aux conséquences budgétaires des évolutions démographiques en Belgique. A long terme, cette méthodologie retient la croissance économique et les perspectives démographiques comme déterminants essentiels. A moyen terme, on substitue à cette approche macroéconomique, une méthode axée sur la prise en compte des dispositions prises par le décideur.

Selon notre méthodologie, la consommation globale de soins de santé devrait augmenter de 9,7 % du PIB en 2004 à 12,8% en 2030. Cet accroissement de 3,1 points de pourcentage du PIB est attribuable pour 1,8 point de pourcentage au vieillissement démographique et pour 1,3 point de pourcentage au 'trend'. En effet, si l'on postule comme 'normale' une croissance des dépenses de santé égale à la croissance économique et que l'on cherche à expliquer l'accroissement du poids des dépenses des soins de santé dans le PIB, c'est le facteur démographique qui apparaît comme prépondérant. En ce qui concerne les dépenses publiques totales de santé, elles devraient augmenter de 7,2% du PIB en 2004 à 9,5% du PIB en 2030.

“The long-term evolution of health care expenditure”

by Michel Englert, Marie-Jeanne Festjens and Maritza Lopez-Novella

In this article the authors present the projection method for health care expenditure as used by the Federal Planning Bureau and the Study Committee for Ageing in the framework of the evaluations related to the budgetary consequences of the demographic evolutions in Belgium. In the long term, this method uses the economic growth and the demographic perspectives as essential determinants. In the medium term, this macroeconomic approach is substituted by a method focused on taking into account all dispositions taken by the decision-maker.

According to our method, the global health care consumption should rise from 9.7 % of the GDP in 2004 to 12.8% in 2030. This increase by 3.1 percentage points of the GDP can be attributed to demographic ageing (1.8 percentage points) and to the « trend » (1.3% percentage points). In fact, if one considers a growth in health care expenditure that is equal to the economic growth as being « normal » and if

one tries to explain the growth of impact of health care expenditure on the GDP, the demographic factor seems to be the most prominent. Total public health care expenditure should rise from 7.2% of the GDP in 2004 to 9.5% of the GDP in 2030.

*
* *

“L’arrêt Keller de la Cour de Justice : un nouveau pas vers la suppression des frontières pour les patients en Europe ?”

par Anne-Claire Simon

Les systèmes de soins de santé sont organisés sur une base nationale, pas européenne. Grâce au progrès de l’intégration communautaire, cependant, un patient affilié au régime d’assurance maladie d’un Etat membre bénéficie d’un certain accès aux soins prodigués dans d’autres Etats membres. Il peut en effet obtenir de son organisme d’affiliation la prise en charge du coût de ces soins, dans des circonstances particulières, sur la base de l’article 22 du règlement n° 1408/71 ou des règles de la libre prestation des services.

Dans son arrêt Keller du 12 avril 2005, la Cour de justice des Communautés européennes a décidé que madame Keller, affiliée à la sécurité sociale espagnole, peut réclamer à cet organisme le remboursement d’un traitement médical reçu dans une clinique suisse lorsque, des soins s’étant avérés nécessaires au cours d’un séjour temporaire en Allemagne, la décision de transfert en Suisse a été prise par les médecins allemands. Sans constituer une avancée révolutionnaire en matière de libre circulation des patients, cet arrêt clarifie les droits du patient qui souhaite obtenir de son organisme d’affiliation le remboursement de soins de santé reçus à l’étranger, sur base du règlement n° 1408/71.

“The Keller ruling by the Court of Justice: a new step towards the abolition of borders for patients in Europe?”

by Anne-Claire Simon

The health care systems are organised at national level, not at European level. However, thanks to the progress of Community integration, a patient affiliated with the health insurance system of one Member State benefits from a certain access to the care given in other Member States. He may indeed obtain - in particular circumstances - a refund for the costs for the care from the organisation he is affiliated with, on the basis of article 22 of regulation n° 1408/71 or the principles of the freedom to provide services.

In the Keller ruling of 12 April 2005, the Court of Justice of the European Communities decided that Ms Keller, who was affiliated with the Spanish social security system, could claim the reimbursement by this organisation of a medical treatment she received in a Swiss clinic after German doctors decided to transfer her to Switzerland because treatment turned out to be necessary during a temporary stay in Germany. Without forming a revolutionary progress with regard to the free movement of patients, this ruling clarifies the rights of the patient who wishes to obtain the reimbursement of the healthcare received abroad by the organisation he is affiliated with, on the basis of regulation n° 1408/71.

*
* * *

“Limites et fondements de la mobilité des patients dans l’Union européenne”

par Hans Vollaard

Quel est l’impact de la mobilité transfrontalière des patients au sein de l’Union européenne sur l’organisation territoriale des systèmes de soins nationaux ? Cette question se pose plus que jamais après la simplification de la consommation des soins transfrontaliers opérée par la Cour européenne de Justice. Une analyse politologique permet d’observer comment la combinaison de cette multiplication des possibilités et de l’insatisfaction relative à l’offre de soins peut conduire à un démantèlement de la territorialité étatique. Sur la base de données disponibles sur la mobilité des patients, portant principalement sur les régions frontalières belgo-néerlandaises, cette analyse révèle également que l’ampleur de cette mobilité demeurera limitée pour le moment. En outre, les autorités de soins nationales tentent de maîtriser autrement le contrôle des (coûts de leurs) systèmes de soins à l’échelon national et européen. Les possibilités accrues de consommation de soins transfrontaliers constituent, tout en conservant une ampleur limitée, une facilité supplémentaire pour les consommateurs de soins nationaux. La multiplication des options de choix internes auprès des prestataires de soins et des caisses d’assurance maladie se traduit probablement, sur un marché intérieur européen, par un démantèlement accru des assises territoriales des systèmes de soins dans l’Espace économique européen.

“Boundaries and foundations of patient mobility in the European Union”

by Hans Vollaard

What is the impact of cross-border patient mobility in the European Union on the territorial organisation of national health care systems? This question has become extremely topical following the European Court of Justice’s decisions, which facilitated cross-border health care consumption. A politological analysis shows how a combination of the extension of possibilities and dissatisfaction with regard to the

health care offer can lead to further undermining of state territoriality. Based on data regarding patient mobility, mainly from the Dutch-Belgian border regions, this analysis also shows that patient mobility will remain limited for the time being. Moreover, national health care authorities are continuously trying to control the (costs of their) care systems at national and European level and in various ways. The increased possibilities of cross-border health care consumption to a limited extent constitute an additional facility for national health care consumers. The increase in the number of internal possibilities to choose among care providers and insurers in a European internal market will probably mean that the territorial foundation of health care systems in the European Economic Area will be further undermined.

*
* *

“Les indicateurs communs dans le Plan d’action national pour l’inclusion sociale : évaluation intermédiaire”

par Rudi Van Dam

La présente contribution entend vérifier si les indicateurs UE communs du Plan d’action national pour l’inclusion sociale (PANincl) ont rempli leur fonction définie au préalable. Après leur première mise en œuvre dans le PANincl 2003-2005, le bilan n’est pas univoquement positif. D’une part, il a été constaté que les indicateurs sont représentés et, dans une mesure variable, abordés, ce qui constitue en soi une réalisation substantielle. D’autre part, en revanche, il a été constaté que ces indicateurs sont à peine intégrés au PANincl. Diverses explications possibles sont avancées à cet égard. Il s’agit ici du caractère de ‘résultat’ des indicateurs, le fait que l’utilisation de tels indicateurs constitue une donnée nouvelle, mais également la valeur d’actualisation et l’exhaustivité de la série d’indicateurs. A l’occasion de cette analyse, certaines pistes ont été proposées visant à renforcer le rôle des indicateurs. Il est ainsi plaidé pour la mise en place d’une stratégie plus ambitieuse en ce qui concerne les données de base et pour une amélioration et un perfectionnement conceptuel plus approfondis de la série d’indicateurs. En outre, la nécessité de procéder à une analyse plus détaillée des indicateurs a été mise en exergue, en fonction de la formulation des défis politiques. Le rattachement des indicateurs de moyens politiques aux indicateurs des résultats peut également contribuer à l’intégration des indicateurs au PANincl.

“The Common indicators in the National Action Plan for Social Inclusion: an interim evaluation”

by Rudi Van Dam

This contribution examines whether the Common EU Indicators in the National Action Plan for Social Inclusion (NAPincl.) have fulfilled their pre-established function. The balance after their first implementation, in the NAPincl. 2003-2005, is not

unequivocally positive. On the one hand it is clear that the indicators are represented and, to variable extent, discussed, which is an important achievement in itself. On the other hand it is obvious that they are barely integrated in the NAPIncl. There are various possible explanations for this, such as the outcome character of the indicators, the fact that working with such indicators is a new development, the topical value and the completeness of the indicator set. As a result of this analysis a number of approaches are proposed to strengthen the role of the indicators. The author is in favour of a more ambitious strategy in the field of basic data and of a further completion and conceptual fine-tuning of the indicator set. In addition, a more thorough analysis of the indicators is deemed necessary in function of the formulation of policy challenges. The correlation of policy input indicators to outcome indicators can further contribute to the integration of the indicators in the NAPIncl.

*
* *

“De quelques aspects de droit pénal social et de procédure pénale susceptibles d’être rencontrés par le juge social ou le juge répressif”

par Sylvie Derré et Olivier Michiels

Dans cette contribution, les auteurs abordent neuf thèmes, avec pour fil conducteur les implications, pour le juge social ou le juge répressif, du droit pénal social. Ainsi, ils analysent les conséquences pratiques, pour les organismes de sécurité sociale, de l’interdiction de délivrer toute expédition ou copie d’actes d’instruction ou de procédure sans autorisation expresse du Procureur général; ils tentent de déterminer l’incidence de la transaction pénale, en tant qu’elle implique une présomption irréfragable de faute, sur le litige civil; ils épluchent la jurisprudence relative à la requalification du contrat d’entreprise en contrat de travail par l’ONSS; ils abordent la question de l’octroi d’une mesure de suspension du prononcé ou de sur-sis par les juridictions du travail saisies de recours en matière d’amendes administratives; ils délimitent la compétence de l’auditorat du travail en ce qui concerne les infractions de droit commun et la position à adopter par le juge en cas d’incompétence; ils commentent l’évolution de la notion d’ayant-droit, distinguant les ayant-droit disposant d’une réparation en loi en matière d’accident du travail de ceux n’en disposant pas; ils déterminent la nature, civile ou pénale, des condamnations d’office prévues à l’article 35 de la loi du 27 juin 1969; ils mettent en exergue les traits fondamentaux de la responsabilité pénale des personnes morales; et enfin, ils précisent quelques principes de base, parfois évincés de notre mémoire, tels l’autorité de chose jugée du pénal sur le civil ou les adages « *electa una via* » et « *le criminel tient le civil en état* ».

“Some aspects of social criminal law and criminal proceedings which the judge might be confronted with in social or criminal cases”

by Sylvie Derré and Olivier Michiels

In this contribution the authors broach nine themes, with the implications for the judge in social or criminal proceedings of social criminal law as guideline.

They analyse the practical consequences for social security bodies of the prohibition to issue a publication or copy of a request for evidence or a writ without express authorisation of the Attorney General; they try to determine the impact of the transaction in criminal proceedings, insofar as this involves an absolute presumption of guilt on a dispute on the interpretation of civil law; they review jurisprudence with regard to the re-qualification by the National Office for Social Security of the company agreement into a labour contract; they discuss the issue of attributing a measure of postponement of the sentence or deferment by the industrial tribunal where the case was appealed, with regard to administrative fines; they define the authority of the industrial auditors with regard to breaches of law, and the position to be taken by the judge in case of lack of jurisdiction; they comment on the evolution of the notion of entitled beneficiary, making a distinction between entitled beneficiaries who receive legal compensation following a work-related accident and those who do not; they determine the nature - whether under civil or criminal law - of automatic convictions as stipulated in article 35 of the Act of 27 June 1969; they clarify the fundamental characteristics of penal responsibility of legal persons; finally they expound on a number of basic principles, principles that we do not always bear in mind, such as the authority of a final decision in criminal proceedings over a final decision in civil proceedings or the adages “electa una via” and “le criminel tient le civil en état”.

*

* *

“Statistique de certaines catégories d’attributaires d’allocations familiales dans le régime des travailleurs salariés – Recensement 2004”

Par l’Office national d’allocations familiales pour travailleurs salariés

Les présentes statistiques fournissent une image de la personne qui, au sein du ménage, a droit à des allocations familiales au mois de décembre 2003, dans le régime des travailleurs salariés. Ce droit n’est pas accordé uniquement aux parents, mais également à d’autres alliés (tels que les beaux-parents et les grands-parents) et des personnes accueillant des enfants placés.

La hiérarchie applicable entre les différents attributaires possibles au sein du ménage est établie par la loi : en premier lieu le père, ensuite la mère, le beau-père, la belle-mère et, enfin, la plus âgée des autres personnes pouvant être attributaires.

Sur un total de 1.032.715 attributaires du système pour travailleurs salariés, 26.937 ne sont pas les parents de l'enfant (2,61 %). Cette proportion illustre une tendance à la baisse en raison de l'implication croissante de la femme sur le marché du travail. Ces statistiques révèlent également que 175.856 attributaires sont des personnes séparées. Ces dernières représentent 17 % du nombre total d'attributaires en 2003 (contre seulement 10 % en 1991).

En outre, ces statistiques regroupent également des données relatives à certaines catégories spécifiques d'attributaires. Il s'agit notamment de données portant sur les attributaires féminins dont le conjoint exerce une activité indépendante. D'autres données concernent des attributaires ayant un lien indirect avec les prestations de travail, tels que les bénéficiaires d'une pension de survie, les travailleurs salariés en interruption de carrière et les détenus.

Enfin, ces statistiques incluent des informations relatives aux bénéficiaires n'ayant aucun lien avec des prestations de travailleurs salariés, à savoir les attributaires handicapés (à titre personnel ou pour leurs enfants) et les étudiants et apprentis attributaires.

“Statistics of certain categories of beneficiaries of family benefits under the scheme for salaried persons – 2004 Census”

by the National Office for Family Benefits for Salaried Persons

This statistic provides an overview of which person in the family opens the entitlement to family benefits in December 2003 under the scheme for salaried persons. Parents are entitled to family benefits as well as other relatives (for instance step-parents, grandparents) and persons who take care of foster children.

A hierarchy between the different beneficiaries in a family has been established by law: first the father, then the mother, the stepfather and stepmother and finally the eldest among all other persons who may be entitled beneficiaries.

For a total of 1,032,715 beneficiaries in the scheme for salaried persons, 26,937 beneficiaries are not the parent of the child (2.61%). This number is decreasing due to the growing labour market participation of women in general.

The statistic also shows that 175,856 beneficiaries are divorced. They represent 17% of the total number of beneficiaries in 2003 (only 10% in 1991).

In addition, data with regard to a number of specific categories of beneficiaries were also collected in this statistic. These data include data about female beneficiaries with self-employed spouses. Data are also available with regard to beneficiaries whose benefits are indirectly linked to employment, such as persons entitled to a survivor's pension, employees on a career break and detainees.

Finally the statistics also include data about beneficiaries whose benefits are not at all linked to employment, namely disabled beneficiaries (for themselves or for their children) and students or pupils.

*
* *

“Enfants élevés hors du Royaume – Recensement 2004”

par l'Office national d'allocations familiales pour travailleurs salariés

Le recensement des ‘enfants élevés hors du Royaume’ se rapporte aux allocations familiales du régime des travailleurs salariés payées à l'étranger en faveur d'enfants élevés hors du territoire belge et dont l'attributaire est de nationalité étrangère.

Ces paiements ont lieu soit sur base des règlements de l'Union européenne* visant les travailleurs qui se déplacent à l'intérieur de l'Espace économique européen, soit en vertu d'une convention bilatérale conclue entre la Belgique et un autre pays (actuellement, la Turquie, le Maroc, la Tunisie et les pays de l'ex-Yougoslavie), soit moyennant une dérogation ministérielle à l'article 52, alinéa 1er, LC, qui prévoit que les allocations familiales ne sont pas dues en faveur des enfants qui sont élevés hors du Royaume.

Au 31 décembre 2003, le nombre global de bénéficiaires élevés à l'étranger s'élevait à 31.970* (1,73 % des bénéficiaires du régime) et le montant total des allocations versées en leur faveur à 39.270.124 EUR (1,17 % des dépenses en prestations du régime).

Ces résultats sont en augmentation respectivement de 4,52 % et de 4,82 % par rapport à ceux du précédent recensement au 31 décembre 2002 et ils s'inscrivent dans un mouvement de hausse continue depuis plusieurs années, qui résulte en grande partie de la tendance relative aux travailleurs frontaliers, principalement ceux résidant en France et aux Pays-Bas.

Fin 2003, les bénéficiaires en vertu des règlements de l'Union européenne représentaient 89,59 % du total des bénéficiaires élevés à l'étranger, ceux en vertu d'une convention bilatérale 10,17 % et ceux en vertu d'une dérogation ministérielle 0,24 %. Ces proportions évoluent dans le sens d'un accroissement des premiers et d'une diminution des seconds, les troisièmes ayant plutôt tendance à augmenter légèrement.

* Pour rappel, les dix nouveaux Etats membres, entrés au 1er mai 2004, ne font pas encore partie de ce recensement de l'Union européenne.

“Children raised outside the Kingdom – 2004 Census”

by the National Office for Family Benefits for Salaried Persons

The census regarding “children raised outside the Kingdom” covers family benefits under the scheme for salaried persons paid abroad for children raised outside Belgium and whose beneficiary holds a foreign nationality.

These payments are made on the basis of regulations of the European Union* targeting employees who work within the European Economic Area, either on a bilateral agreement concluded between Belgium and another country (currently Turkey, Morocco, Tunisia and the countries of former Yugoslavia), either by means of a ministerial derogation to article 52, §1, of the coordinated laws, which states that family benefits are not due for children raised outside the Kingdom.

On 31 December 2003 the total number of beneficiaries raised abroad amounted to 31,970* (1.73% of beneficiaries under this regime) and the total amount of benefits transferred to them to 39,270,124 EUR (1.17% of spending under this regime).

These results have risen by respectively 4.52% and 4.82% compared to the results of the previous census on 31 December 2002. They must be seen in the context of a continuous rise since a number of years, which is largely a result of the tendency related to frontier workers, mainly those residing in France and in the Netherlands.

At the end of 2003 the beneficiaries by virtue of EU regulations represented 89.59% of all beneficiaries raised abroad, those by virtue of a bilateral convention 10.17% and those by virtue of a ministerial derogation 0.24%. These proportions are developing: the first group is growing, the second diminishing and the third group has a tendency to grow slightly.

* Please bear in mind that the ten new Member States, which acceded to the EU on May 1st 2004, are not yet included in this EU census.
