

International Review of Community Development Revue internationale d'action communautaire



Les mutuelles Mutual Insurance Companies and Health Care in Belgium Las Mutuales

Edouard Descampe

Number 1 (41), Spring 1979

La prise en charge communautaire de la santé

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1034835ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/1034835ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Lien social et Politiques

ISSN

0707-9699 (print)

2369-6400 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Descampe, E. (1979). Les mutuelles. *International Review of Community Development / Revue internationale d'action communautaire*, (1), 127–130.
<https://doi.org/10.7202/1034835ar>

Article abstract

The mutual insurance companies are an integral part of the health insurance system. In addition to reimbursing medical expenses and furnishing a complementary coverage to the government health plan, the mutual insurance companies finance hospitals and polyclinics. In this way, they seek to undercut the prices set by private doctors. Their financial impact in the health sector has forced the government to include these companies in discussions on the scale of remuneration for various medical acts and health policy in general.

The mutual insurance companies are presently encouraging the development of home care in an attempt to reduce the rising costs of care in hospitals and polyclinics.

Les mutuelles

par Edouard Descampe

Bref historique des mutuelles : d'un système volontaire à un système intégré dans l'assurance maladie obligatoire¹.

A l'origine, les mutuelles étaient des sociétés qui émanaient directement et exclusivement de leurs membres. Au siècle passé, des travailleurs se mettaient ensemble pour constituer à quelques-uns une société mutualiste. Toute une série d'acquis actuels de la sécurité sociale étaient pris en charge par ces caisses gérées de façon tout-à-fait démocratique. C'était l'assemblée des cotisants qui décidait de la cotisation et aussi des avantages à donner aux membres.

Après la première guerre, le courant des assurances sociales obligatoires, déjà présent dans d'autres pays et surtout en Allemagne, s'est développé en Belgique. Ce fut notamment le cas des pensions pour travailleurs salariés.

Par contre, l'assurance maladie est restée longtemps couverte par le système des mutuelles subsidiées et libres. Une grande partie de la population n'était donc pas assurée.

A la fin de la guerre 40-45, on a conclu en Belgique, comme dans plusieurs autres pays européens, un pacte social, une sorte de grand accord social entre patrons et travailleurs. Le pacte inspiré par le célèbre rapport de Lord Beveridge prévoyait que l'assurance maladie deviendrait obligatoire pour tous les travailleurs salariés. Cette assurance maladie invalidité était financée suivant trois voies : une part patronale, une part du travailleur et une part de l'Etat.

A ce moment-là, s'ouvrit un débat très tendu pour savoir ce qu'on ferait avec ces grosses institutions qu'étaient les mutuelles. La multitude des mutualités locales s'étaient, entretemps, organisées en fédérations. Elles représentaient, effectivement, une force institutionnelle considérable et comportait un réseau de relations sociales très riche et très dense.

Dans certains pays, comme en France par exemple, c'est l'administration de l'Etat qui a pris directement en charge l'assurance devenue obligatoire (sauf pour les agriculteurs). Les mutuelles ne fonctionnent plus que pour ce qu'on appelle "les avantages complémentaires". Ce n'est donc plus par elles que transite l'argent pour rembourser les assurés sociaux.

En Belgique, intervint une solution de compromis. Les mutuelles furent intégrées dans le système de la sécurité sociale obligatoire. On décida de prélever les cotisations d'assurance maladie sur les salaires, d'y ajouter la part patronale. L'ensemble est versé à l'O.N.S.S. (Office national de sécurité sociale). L'O.N.S.S. répartit ces sommes entre les différents secteurs de la sécurité sociale : pension, chômage, allocations familiales, etc., et enfin, l'assurance maladie.

Les mutuelles se chargent du secteur assurance maladie. Elles reçoivent l'argent des cotisations sociales via l'O.N.S.S. et remboursent leurs membres de leurs frais médicaux suivant des barèmes nationaux identiques.

En 1945, la sécurité sociale a été rendue obligatoire pour les travailleurs salariés. Ultérieurement, cette obligation fut étendue à d'autres catégories sociales et ne fut plus seulement basée sur la qualité du travailleur. La quasi totalité des Belges, plus ou moins 99 %, est aujourd'hui affiliée à une mutuelle, soit obligatoirement, soit librement pour ceux qui ne travaillent pas et qui ne sont pas personne à charge de quelqu'un qui est déjà membre.

Les diverses mutuelles

Les mutuelles sont donc intégrées après la dernière guerre au système obligatoire de sécurité sociale. Il y a en Belgique cinq grandes unions nationales de mutuelles : mutualités chrétiennes, socialistes, libérales, neutres et professionnelles. Ce sont surtout les mutualités chrétiennes et socialistes qui sont importantes. A elles deux, elles regroupent à peu près 75 % de la population belge. 45 % des titulaires pour les mutualités chrétiennes, 29 % pour les socialistes.

Les sommes maniées par les mutuelles sont énormes : 122 milliards sont passés entre les mains des mutuelles en 1977 pour le remboursement des soins de santé ; pour les mutuelles chrétiennes, c'est 41 % de cette somme, soit 50 milliards en 1977. Il faut ajouter près de 50 autres milliards pour les indemnités journalières d'incapacité de travail.

Les tâches des mutuelles

1) *Le remboursement Institut national d'assurance maladie invalidité*

Chaque mutuelle reçoit une partie des recettes de l'I.N.A.M.I., correspondant à son nombre de membres. C'est avec cet argent que les mutuelles remboursent les soins de santé de leurs membres sur présentation des attestations de soins donnés (soins hospitaliers, honoraires des médecins, frais de séjour à l'hôpital, médicaments, infirmières, kinésithérapeutes, ...).

Les budgets d'assurance maladie, en 1977, ont

dépensé 122 milliards soit un peu plus de 12 000 fr par personne.

2) *L'assurance complémentaire et ses services*

Second secteur d'activité des mutuelles : l'assurance complémentaire. Dans le compromis de 1945, en effet, il a été convenu avec les mutuelles qu'elles rentraient dans le système de l'assurance obligatoire, qu'elles étaient donc intégrées dans le circuit de la sécurité sociale, mais elles étaient autorisées à continuer leur activité d'assurance libre complémentaire. Les mutuelles peuvent donc continuer à percevoir des cotisations complémentaires et, avec ces cotisations, donner à leurs membres des avantages supplémentaires.

a) *Les avantages complémentaires*

Que font les mutuelles avec ces cotisations complémentaires ?

Elles donnent à leurs membres une série d'avantages complémentaires : par exemple, soins à domicile, services d'ambulance, séjours de convalescence gratuits, prêt de matériel pour personnes handicapées et malades, etc. Mais on a tendance à s'orienter plus vers le soutien à des services collectifs comme, par exemple, les aides familiales.

b) *Les polycliniques*

C'est avec cet argent de l'assurance complémentaire que les mutuelles – et c'est là un gros sujet de contestations de la part du corps médical – financent des hôpitaux ou des polycliniques qu'elles installent.

Il y a eu, il y a une dizaine d'années, une très grosse offensive polyclinique de la part des mutualités chrétiennes, mais aussi et surtout des mutualités socialistes. L'installation de ces polycliniques a été très mal perçue par le corps médical. Elles avaient, en effet, comme objectif de casser les prix. C'est ce qui est arrivé.

A ce moment, il n'y avait pas le système actuel des conventions² et les spécialistes étaient relativement peu accessibles pour la population, peut-être pas à Bruxelles, mais dans les villes de province. Il fallait toujours payer très cher.

Il y eut alors toute une politique des mutuelles

tendant à installer ce qu'on appelle des polycliniques. On y faisait venir des spécialistes pour soigner les gens à des tarifs normaux et sûrs. Ces tarifs sont souvent actuellement le tarif du remboursement de la mutuelle.

Evidemment, pour des raisons que je peux comprendre, le corps médical a violemment attaqué ces polycliniques en parlant de médecine robotisée, fonctionnarisée... mais derrière la hargne du corps médical contre les polycliniques, il y a en grosse partie cette affaire mal digérée de pression sur les prix. Quand nous installons une polyclinique dans une petite ville de province, nous brisons un monopole et nous obligeons les spécialistes de l'endroit à baisser leur prix. Actuellement, on dit que les mutuelles font des bénéfices sur les polycliniques. Ce n'est pas vrai, car la rentabilité d'une polyclinique, ou tout simplement l'équilibre, n'est assuré que lorsqu'elle est intégrée à un hôpital. Sinon, en général, on perd plutôt de l'argent dans les polycliniques, mais on considère que c'est un service à rendre à la population.

c) *Les hôpitaux*

Les mutuelles ont aussi racheté une série d'hôpitaux (6 % du total des lits hospitaliers).

Nous essayons d'être en position de contrôle dans un hôpital par région. C'est vraiment notre tactique d'avoir dans chaque région ou sous-région de Belgique un hôpital que nous contrôlons. Cela nous permet de connaître la structure des prix des hôpitaux et de négocier, en connaissance de cause, avec les gestionnaires des hôpitaux pour fixer les barèmes. Cela nous permet aussi d'empêcher tout monopole et de promouvoir une médecine hospitalière de qualité à des tarifs normaux.

Un de nos grands soucis actuels est cependant de réorienter la politique des mutuelles sur le secteur des soins à domicile en investissant moins dans le secteur hôpital ou polyclinique. C'est pourquoi nous soutenons ou prenons nous-mêmes des initiatives dans ces secteurs. C'est le cas aussi dans le domaine de l'éducation à la santé.

Nous essayons, actuellement de mettre en place une législation qui permette une subsidiation convenable des soins à domicile et des centres de soins à domicile.

Le problème, en Belgique, est que tout le sec-

teur hospitalier est très bien organisé et puissamment implanté au Ministère de la Santé publique. Le secteur hospitalier a donc tendance à écraser tous les autres départements.

Les soins à domicile sont évidemment les parents pauvres de l'affaire mais aussi la médecine préventive totalement désorganisée. Nous essayons, mais j'avoue, encore assez timidement, de développer l'organisation des soins à domicile : c'est-à-dire, les aides familiales, les soins infirmiers, la médecine générale (sans allonger le cycle de la formation comme certains veulent le faire pour s'éviter la peine de repenser l'ensemble), et permettre une coordination de ces différentes personnes qui travaillent au domicile des gens. Les mutuelles chrétiennes soutiennent et financent même assez largement plusieurs initiatives dans ce domaine.

3) *La participation aux décisions de la politique de santé*

Comme dans bien d'autres domaines en Belgique, la politique de santé est déterminée suivant un système de concertation entre les parties concernées ; les mutualités y ont un poids assez important.

Cette influence des mutuelles sur la politique de santé se joue à plusieurs niveaux.

a) *Au niveau gouvernemental*

Dans les instances gouvernementales, au moment de prendre une décision, de sortir une nouvelle loi, comme le Conseil des hôpitaux, les Commissions de programmation, l'INAMI, soit de façon plus informelle par des contacts politiques au niveau des ministres ou des cabinets. Les mutuelles sont donc associées à toute une série de mécanismes de concertations politiques qui précèdent les décisions prises par les ministres ou par le pouvoir législatif.

b) *Au niveau de l'I.N.A.M.I.*

Il y a, en second lieu, tout le travail des mutuelles au sein de l'I.N.A.M.I. et notamment la *négociation des conventions sur les tarifs*, suivant les organes paritaires mis en place par la loi de 1963. Ce sont les mutuelles qui négocient pied à

pied les tarifs avec les médecins, dentistes, infirmières, etc...

Chacune des prestations reçoit alors un tarif qui est fixé de commun accord en négociation entre le corps médical et le représentant des mutuelles.

Entre médecins et mutuelles, il y a sans arrêt une sorte de conflit d'intérêts : les uns essaient d'augmenter les prestations, les autres, de les diminuer ou d'en limiter l'accroissement. Mais c'est aussi une manière indirecte de peser sur les orientations de la politique de santé, par exemple, en favorisant tel ou tel type de prestation. C'est donc un aspect important du travail des mutuelles.

D'une façon générale, il ne faut pas minimiser le lobby médical ou hospitalier avec toute l'industrie de l'équipement qui le soutient, et l'industrie du médicament. Tout cela converge et pousse vers une médecine technique, hospitalière, médicamenteuse, etc. Les intérêts économiques pour une telle médecine sont énormes et, bien souvent, les médecins eux-mêmes n'y résistent pas. Les plus

grands défenseurs de la liberté thérapeutique sont, évidemment, les firmes pharmaceutiques et les firmes qui fabriquent de l'équipement.

Edouard Descampe

*Secrétaire général adjoint des
Mutualités chrétiennes*

notes

1 Extraits d'une communication faite à des médecins généralistes lors d'une semaine de recyclage organisée par l'Université catholique de Louvain et publiée dans "C'est la mutuelle qui paie", Journal d'Hippocrate, mars 1979 qui nous l'a communiquée.

2 La convention paritaire médecins-mutuelles relative aux tarifs des prestations est envoyée à tous les médecins qui peuvent... la refuser. Toutefois, la loi prévoit qu'il faut dans chaque arrondissement au moins 60 % de médecins et de dentistes conventionnés. Le compromis résulte de la négociation de 1964 entre l'Etat qui désirait garantir la possibilité de se faire soigner à un prix normal et les chambres syndicales de médecins qui défendaient un système libéral de fixation d'honoraires.