

La prise de décision en Belgique en matière de santé publique (1945-1975)

par Edmond LEBURTON,

Ministre d'Etat.

★

Introduction.

Traiter de la prise de décision en matière de santé publique dans notre pays n'est pas chose facile.

En effet, les facteurs qui l'influencent sont tellement nombreux et contradictoires qu'ils aboutissent en fin de compte à priver le secteur de la santé de toute gestion cohérente et planifiée.

Du moins en apparence, car les caractéristiques de la vie politique belge au cours des décennies qui nous occupent ont tout de même permis d'influencer de manière décisive certaines initiatives dans le domaine de la santé.

Le présent article n'a pas de visée polémique ; il se veut avant tout une contribution sereine et objective à l'analyse de la prise de décision en Belgique.

Après avoir examiné les facteurs de la vie politique belge ayant exercé une influence sur la prise de décision dans le domaine de la santé, nous étudierons dans une deuxième partie les acteurs de la décision en santé publique.

Terminons cette introduction par la satisfaction de n'avoir à traiter que la période 1945-1975. La communautarisation de la politique de santé depuis 1980 risque en effet (et elle le fait déjà) de compliquer encore un peu plus le cheminement de la décision.

Les facteurs de la vie politique belge ayant influencé la prise de décision dans le domaine de la santé.

I. Les clivages.

Un récent Courrier Hebdomadaire du CRISP (n° 1000, 17 juin 1983), intitulé « Facteurs et acteurs de changements : 1959-1983 » analyse de manière fort pertinente le cloisonnement du système politique belge.

Les clivages qui y sont décrits apparaissent de manière frappante dans le domaine de la Santé publique, s'exprimant au travers de la lutte d'influence que se livrent les différents groupes de pression afin d'accroître leur pouvoir dans ce domaine spécifique ; nous examinerons plus loin les acteurs en présence dans le secteur. Historiquement, le premier clivage existant dans notre pays sur la scène politique fut l'opposition entre les milieux dits « cléricaux » et les milieux dits « laïcs ».

L'apparition du Parti Ouvrier Belge en 1885 suscita la distinction entre gauche et droite, socialistes et libéraux se retrouvant cependant unis dans la défense de la laïcité.

Enfin, le XX^e siècle a vu l'émergence progressive du clivage communautaire et régionaliste.

Voyons cela sur le plan de la Santé publique.

1. Le clivage entre milieu confessionnel et non confessionnel.

Le milieu confessionnel est omniprésent sur le terrain de la santé par le biais de ses institutions de soins (représentées par *Caritas Catholica* dont nous reparlerons plus loin), de son organisme assureur privilégié (l'Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes), de ses professionnels de la santé formés dans le même réseau universitaire (UCL et KUL), ainsi que par l'intermédiaire d'un parti politique autrefois uni et à présent bicéphale : le CVP-PSC.

Le milieu non confessionnel de la santé apparaît comme beaucoup plus hétérogène, composé de groupes aux intérêts parfois opposés. C'est ainsi que l'on trouve un secteur hospitalier public et un secteur hospitalier privé non confessionnel, soit marqué politiquement (c'est le réseau socialiste d'institutions de soins, les milieux libéraux ne possédant que quelques polycliniques), soit simplement le fruit d'initiatives isolées.

Le secteur hospitalier universitaire se partage également entre un réseau catholique (UCL et KUL) et un secteur non confessionnel, celui-ci ayant la caractéristique originale d'être composé non seulement d'un réseau de l'Etat (hôpitaux universitaires de Gand et Liège notamment) mais éga-

lement d'un réseau « libre penseur » concentré à Bruxelles (ULB et VUB).

L'idéologie sociale-chrétienne fondée sur la notion de « bien commun » permet au milieu confessionnel une beaucoup plus grande homogénéité que dans le milieu non confessionnel traversé par d'autres clivages d'origine politique ou régionaliste.

Cette homogénéité du « lobby » catholique a été favorisée, il faut bien le dire, par la quasi permanence au pouvoir durant presque quarante ans de son (ses) parti(s) représentatif(s), qui s'est (se sont) efforcé(s) de monopoliser le Ministère de la Santé publique.

2. *Le clivage entre secteur public et secteur privé.*

Si le régime belge d'assurance maladie a parmi ses caractéristiques essentielles le pluralisme des organismes assureurs, le législateur a garanti le libre choix de ces derniers par l'assuré social en permettant l'affiliation à un organisme d'Etat, la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité.

Peut-on dire pour autant qu'il y ait concurrence entre celle-ci et les mutualités fondées sur base politique et professionnelle ?

La réponse est négative, la population ayant opté à 99 % pour l'affiliation mutualiste.

Le recours aux soins de santé, et particulièrement aux soins hospitaliers, est par contre caractérisé par une bipolarisation entre le secteur public et le secteur privé.

En 1975, notre pays comptait 20.715 lits d'hôpitaux publics et 29.702 lits privés, soit un accroissement par rapport à la situation observée vingt ans plus tôt de 30,58 % pour le secteur public et de 47,11 % pour le secteur privé.

On observe donc une prééminence de l'initiative privée dans le domaine hospitalier ; nous verrons plus loin (point III) que la permanence d'un parti au pouvoir dans notre pays n'est pas étrangère à cet état de fait.

3. *Le clivage entre gauche et droite.*

Le clivage entre la gauche et la droite sur le plan de la santé s'exprime peut-être moins sur le terrain que dans les idées, du moins pour la période qui nous occupe.

Le Corps médical, que nous étudierons en tant que groupe de pression plus loin, est marqué à droite dans sa très large majorité, tout comme ses homologues pharmaciens et dentistes.

Durant les vingt années qui suivent la guerre, la Mutualité socialiste apparaît comme le seul organisme assureur ayant une vision véritable-

ment progressiste de la santé. Cette vision s'exprime à travers des prises de position sur des thèmes tels que le Service National de Santé, la rémunération forfaitaire des médecins, l'échelonnement de la médecine, etc...

Cette hégémonie culmine avec les années qui suivent le vote de la loi du 9 août 1963 sur l'assurance maladie. Mil neuf cent soixante-trois est d'ailleurs une date charnière pour le thème qui nous occupe, car parallèlement à l'émergence d'un syndicalisme médical à tendance corporatiste apparaît le Groupe d'Etudes pour une Réforme de la Médecine (GERM), composé de médecins et d'autres professionnels de la santé, et qui entend se livrer à une réflexion approfondie sur l'organisation de la santé dans notre pays.

Enfin, les partis politiques ne sont pas les derniers à exprimer leurs positions sur les problèmes de santé et de sécurité sociale. Si les communistes et les socialistes se situent à gauche et les libéraux à droite dans ce domaine, la famille sociale-chrétienne préfère adopter une attitude opportuniste en fonction des intérêts du moment de ses divers groupes de pression.

C'est après 1975 que les partis communautaires commenceront à se préoccuper de l'économique et du social, et donc de la santé.

4. *Le clivage communautaire et régional.*

La vie politique de notre pays a été marquée au cours de la période 1945-1975 par le développement du contentieux communautaire entre le Nord et le Sud du pays.

Quelle a été l'influence de ce clivage sur la politique de santé de notre pays ?

Nous verrons plus loin que le CVP-PSC a occupé durant vingt ans le poste de Ministre de la Santé publique. A quelques exceptions près, et pour de très brèves périodes, ce fut toujours un flamand qui détint le portefeuille.

Du côté socialiste, le poste fut dévolu à chaque fois à un francophone.

On constate donc la volonté du parti principal de chacune des deux grandes régions d'accaparer le secteur au détriment de l'autre aile linguistique de sa propre tendance idéologique.

Mais les chiffres de 1975 montrent déjà un déséquilibre flagrant entre la Flandre et la Wallonie en ce qui concerne le nombre de lits d'hôpitaux :

- Flandre : 29.989 lits.
- Wallonie : 14.648 lits.

Laissons à part le problème de Bruxelles, pour constater qu'à la fin de la période qui nous occupe la Flandre compte le double de lits de la Wallonie, alors que le rapport entre les deux populations ne varie certainement pas du simple au double.

Enfin, n'oublions pas les cloisonnements locaux, régionaux et sous régionaux qui incitent certaines entités à se concurrencer dans le domaine de l'offre de soins hospitaliers et de l'implantation de facultés de médecine.

II. Stabilité et instabilité gouvernementales.

L'histoire politique belge de l'après-guerre se caractérise par un nombre élevé de gouvernements à durée de vie souvent éphémère.

Notons quelques faits essentiels concernant la stabilité gouvernementale en Belgique :

- période de haute stabilité de 1950 à 1965, précédée et suivie par deux périodes d'instabilité ;
- au travers de ces phénomènes, stabilité de la présence sociale-chrétienne et dans une moindre mesure socialiste.

L'instabilité gouvernementale constitue naturellement un obstacle important à la continuité d'une politique, et notamment d'une politique de santé. Nous verrons cependant plus loin que la présence quasi permanente d'un parti au pouvoir atténue cette instabilité, pas nécessairement au bénéfice de l'ensemble de la communauté.

L'analyse montre que l'instabilité ministérielle et départementale (à ne pas confondre avec l'instabilité gouvernementale) a été beaucoup plus grande dans le secteur de la Santé publique que dans celui de la Prévoyance sociale :

Santé publique : 17 ministres en trente ans, dont 5 personnes totalisant vingt années de présence à ce poste (MM. Detaeye, Leburton, Custers, Namèche et De Saeger), ce qui laisse douze titulaires en dix années !

Le record de longévité est détenu par M. De Saeger (CVP) : quatre ans et trois mois (dont trois mois de gestion des affaires courantes). A l'inverse, M. Van Beneden (technicien) n'aura occupé la fonction que durant une semaine (gouvernement Spaak — mars 1946).

Prévoyance sociale : Ce département n'a compté que dix ministres en trente ans, deux personnalités se distinguant par la longueur de leurs

mandats (fractionné cependant) : M. Troclet (socialiste) : huit ans et cinq mois et M. De Paepe (CVP) : sept ans et neuf mois.

Si l'on ajoute à ces deux noms ceux des Ministres Leburton et Vandendaele, on constate que quatre personnes ont occupé la fonction de Ministre de la Prévoyance sociale durant presque vingt-quatre ans !

C'est M. Behogne (PSC) qui a été en charge le moins longtemps : une année exactement.

III. La permanence d'un parti au pouvoir.

En trente années de vie politique belge, le PSC-CVP n'a été absent du pouvoir que durant six années et deux mois. Il s'y trouve en permanence depuis le 23 juin 1958, ayant eu à ses côtés depuis la libération les socialistes, les libéraux, les communistes et les partis communautaires.

Dans le domaine de la *Santé publique*, cette omniprésence se marque par presque vingt années d'occupation du poste ministériel, le solde se partageant entre socialistes (1954 à 1958 et 1968 à 1971), libéraux (une année, de 1949 à 1950) et communistes (deux années dans l'immédiat après-guerre).

Le PSC-CVP a donc occupé le terrain de la santé durant une décennie (1958-1968) pour le réinvestir ensuite sans discontinuer de 1971 à nos jours.

Malgré l'alternance de différents ministres, il y a donc eu par l'intermédiaire des cabinets ministériels, dont nous étudierons le rôle plus loin, possibilité pour ce parti de placer ses pions sur l'échiquier de la santé par l'intermédiaire des nominations de hauts fonctionnaires, de l'élaboration d'arrêtés royaux d'application, de l'octroi de subsides, etc...

Le poste de Ministre de la *Prévoyance sociale* semble avoir été moins convoité par le lobby catholique, puisque socialistes et sociaux-chrétiens l'ont occupé à part presque égale : quatorze ans et demi pour les socialistes, quinze ans et demi pour les chrétiens.

A noter cependant que les socialistes n'ont quasi plus détenu ce portefeuille après 1965, MM. Brouhon, Namèche et F. Van Acker assumant la fonction pour des durées inférieures à douze mois.

L'hégémonie sociale-chrétienne dans le domaine médico-social s'explique d'une part par l'unité d'action des différents groupes de pression de cette obédience, mais aussi (et peut-être surtout) par le désintérêt croissant marqué par le PSB au fil des années pour des ministères peu rentables électoralement. Faut-il rappeler que l'assurance maladie-invalidité obligatoire a été instaurée en 1963, marquant l'aboutissement de vingt années

de revendications du monde ouvrier ? Malgré cela, les élections de 1965 virent une forte poussée libérale.

IV. La recherche permanente des solutions de compromis.

La multiplicité des clivages dans notre pays a rendu nécessaire le recours permanent au compromis comme mode de gouvernement.

Comme le soulignent les auteurs du Courrier du CRISP n° 1000, « la généralisation du recours au compromis comme procédure de décision entraîne des coûts-matériels et politiques élevés, d'autant plus que le compromis ne règle pas au fonds le conflit mais installe ce dernier dans un autre décor ».

Sait-on que *quarante* conseils et commissions dépendent du Ministère de la Santé publique ?

La multiplicité des groupes de pression impliqués dans les problèmes de santé nécessite la constitution de groupes de travail ou de conseils consultatifs le plus souvent pléthoriques et donc peu efficaces (c'est ce qui explique d'ailleurs en partie l'importance des cabinets ministériels).

Les acteurs de la décision en Santé publique dans notre pays.

En principe, tout un chacun est en droit de prendre et de réaliser une initiative en Santé publique. Et il existe énormément de niveaux de pouvoir où des initiatives ont été prises, des plus minimes ou locales, aux plus étendues et aux plus générales.

Il existe beaucoup d'organes et d'institutions privées, des ASBL, des ligues, des associations de soins et des groupements privés qui se sont donné les moyens de créer des établissements ou de mener des actions de soutien et d'information dans le domaine de la santé.

Les communes prennent des initiatives.

Les pouvoirs principaux sont chargés de compenser les carences dans les communes dont les fonds seraient insuffisants pour atteindre les objectifs précisés par cette loi. Ils sont en outre chargés de coordonner l'activité de prévention et d'hygiène.

Ainsi, les villes, les communes et les provinces prennent l'initiative d'ouvrir des centres de santé, de construire des établissements de soins, d'assurer la collecte des immondices et la distribution des eaux, etc...

Les organes mutualistes sont devenus des pouvoirs organisateurs particulièrement actifs dans le domaine médico-social.

Le langage administratif désigne par les termes « Pouvoirs Organisateurs » l'ensemble des niveaux, publics ou privés, qui ont pris, ou sont susceptibles de prendre, des initiatives dans le domaine de la santé publique, et qui, dans cette intention, se mettent en rapport avec les autorités administratives ou politiques, soit pour obtenir les autorisations nécessaires, soit pour obtenir un mode de financement. Il va de soi que, selon leurs moyens, les pouvoirs organisateurs prennent des initiatives à plus ou moins grande échelle.

Mais il existe d'autres centres potentiels de décision.

Dans les Chambres, le dépôt d'une proposition de loi pourrait être une voie d'accès pour la prise d'une décision.

Les familles politiques, les partis, les groupes de pression, sont susceptibles de prendre ou de faire prendre les initiatives dans le domaine qui nous occupe.

I. Les ministres et leurs cabinets.

1. *La répartition des compétences entre plusieurs ministres.*

La Santé constitue un domaine tellement vaste qu'elle nécessite une répartition de compétences entre plusieurs ministres (sans parler du niveau communautaire) :

- Ministre de la Santé publique (hygiène publique, médecine sociale, établissements de soins, etc...);
- Ministre de la Prévoyance sociale (assurance maladie-invalidité, accidents du travail et maladies professionnelles, etc...);
- Ministre de l'Emploi et du Travail ;
- Ministres de la Justice, de la Défense nationale, de l'Agriculture, des Travaux publics, de l'Education nationale, de la Culture, de l'Intérieur,...

De 1945 à 1975, les deux principaux postes ministériels ayant trait à la santé, c'est-à-dire la Santé publique et la Prévoyance sociale, ont toujours été occupés par deux hommes différents. Ce n'est qu'après 1980 que ces deux compétences ont été dévolues à une seule personne, permettant ainsi la création d'un poste de Ministre des Affaires sociales destiné avant tout à permettre une meilleure coordination entre la politique de santé et son financement.

On peut cependant se demander s'il existe à l'heure actuelle une plus grande coordination qu'auparavant, dans la mesure où le Ministre des Affaires sociales est flanqué d'un Secrétaire d'Etat à la Santé, d'un Ministre des Pensions et de Ministres communautaires de la Santé.

On sait que la répartition des postes ministériels au sein d'un gouvernement est plus souvent dictée par le souci d'assurer un équilibre entre partis politiques, entre Communautés, voire même entre fédérations politiques et tendances d'un même parti, que par la nécessité absolue de mettre « the right man in the right place ».

Nous avons déjà analysé deux phénomènes ayant eu leur importance dans la vie politique de notre pays : l'instabilité gouvernementale et la permanence d'un parti au pouvoir.

Ces facteurs vont en fait entraîner une délégation de pouvoirs du Ministre à son Cabinet ; ce phénomène n'est pas spécifique aux postes qui nous préoccupent, mais il prend une importance particulière ici en fonction de la complexité des problèmes abordés.

2. *L'importance croissante des cabinets ministériels.*

Lors de la constitution d'un gouvernement, les sièges ministériels sont répartis entre les principales figures politiques des différents partis. Immédiatement après se reconstituent des équipes appelées à aider directement les Ministres (et Secrétaires d'Etat) dans leur travail.

L'aide apportée est aussi bien technique qu'opérationnelle. Tout un « cabinet » hiérarchisé allant du chef de cabinet (et chef(s) de cabinet adjoint(s) au personnel d'accueil, en passant par les « conseillers » et les « attachés » de différents niveaux et de compétences variées, aux chargés de mission), est reconstitué à chaque législature.

En théorie, le Ministre choisit ses collaborateurs en fonction de leurs compétences et de leur fidélité à l'idéologie. En pratique, les raisons des nominations sont au moins aussi variées qu'au niveau ministériel.

Beaucoup de désignations sont faites en raison « des compétences ». Il s'agit généralement de personnalités de haut rang, appartenant aux Ministères ou aux grandes institutions médico-sociales du pays (Ministère de la Santé publique ou de la Prévoyance sociale, caisses de pensions, mutualités, fédération d'institutions de soins) et détachées de leurs fonctions le temps d'une législature.

Très souvent, les membres du cabinet sont imposés ou tout au moins fortement recommandés par le parti. Ce phénomène s'accroît de plus en plus depuis une dizaine d'années avec l'omnipotence des partis politiques : c'est la « partitocratie ».

Mais le Ministre s'attache en général une petite équipe de personnes qui sont soit des connaissances de longue date et des fidèles inconditionnels qui le suivent dans toute sa carrière, soit des personnes désignées pour effectuer des tâches précises.

Le Ministre assumera surtout les tâches de représentation, de discussion et de négociation au sein des instances de décision, avec les autres personnalités de son parti, ou encore et surtout les représentants des autres partis.

Inversement, et dans la mesure où le Ministre est d'accord, toutes les possibilités de décisions ministérielles sont accessibles aux attachés et aux conseillers de cabinet. Ces derniers peuvent recevoir les délégations, solliciter des avis, susciter la création de groupes de réflexion et élaborer (ou faire élaborer), sous une forme appropriée, les décisions qu'ils préconisent. Et si l'intégralité des documents qu'ils produisent doit recueillir l'approbation du Ministre, ce dernier est à ce point envahi de tâches administratives, représentatives et routinières, qu'il doit faire une large confiance à ses collaborateurs et leur déléguer une importante part du travail.

La prise d'arrêtés royaux permet d'aller fort loin dans l'action partisane. C'est ainsi que les avantages sociaux et les garanties pluralistes qu'offrent certaines lois peuvent se voir diminuer ou anéantis par des arrêtés d'application.

Ceux-ci peuvent autoriser l'octroi préférentiel de subventions aux institutions politiques de même obédience politique que le Ministre au pouvoir.

Il suffit dans ce cas de déterminer un critère d'agrément qui définit les pouvoirs organisateurs qui seront bénéficiaires (pouvoirs privés, ASBL) ou de prendre un arrêté en application d'une loi qui ne concerne qu'un des secteurs visés.

L'action du cabinet se concrétise également par la rédaction d'arrêtés ministériels et de conventions.

Mais le document le plus important à rédiger par le Ministre et donc son cabinet, est le budget.

II. L'administration.

1. *Le rôle de l'administration.*

Les administrations sont des structures institutionnelles destinées à assumer différents rôles fondamentaux dans la vie d'une nation.

En Santé publique, où la quasi totalité des frais de fonctionnement est prise en charge par l'Etat, la (ou les) administrations(s) qui s'occupe(nt) de ce domaine se trouve(nt) inmanquablement à la source d'innombrables subsides, subventions, indemnités et revenus.

Cependant, le rôle des administrations est également de fournir au Ministre une information claire sur les sujets à traiter. Or, celle-ci est

particulièrement vaste et particulièrement complexe. Les choix sont multiples et les conséquences d'une erreur peuvent être désastreuses.

Il incombe aux fonctionnaires de rendre (grâce aux abondantes données et au matériel statistique disponible ou facilement édifiable) ces choix clairs dans leurs incidences humaines et économiques, immédiates, à moyen et long terme. En corollaire de ce qui précède, c'est aussi aux fonctionnaires que revient la tâche de collecter, d'élaborer et de rendre interprétables les « données », c'est-à-dire les relevés statistiques sur les matières qui sont dans leurs attributions.

2. *Les conflits entre administrations.*

Nous avons vu précédemment que les compétences en matière de santé dans notre pays étaient réparties entre plusieurs ministères.

A cette division administrative correspond une production réglementaire séparée qui approfondit progressivement les clivages entre les différents domaines de la santé. C'est ainsi que l'administration de la Santé publique s'occupe entre autres de l'agrément des nouveaux produits pharmaceutiques. Le Ministère des Affaires économiques s'occupe des prix de ceux-ci. L'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité s'occupe de l'agrément au remboursement des médicaments.

La prise de mesures réglementaires se fait souvent sans concertation réciproque. En effet, la méfiance mutuelle se double d'un esprit de compétition au niveau des attributions nouvelles. Celle-ci se traduit par une course à la production de textes réglementaires. On a assisté à la prise contemporaine d'arrêtés royaux dont les objectifs étaient opposés, par deux directions générales d'un même ministère.

D'autre part, de la répartition apparemment utile du travail entre services spécialisés, est résulté une parcellisation dans la conception de l'infrastructure médico-sociale. Chaque administration aidée en cela par ses commissions consultatives, ne gère qu'un fragment de domaine, ne donne des avis que sur un des aspects d'une question ou sur une partie d'une décision, et se considère comme incompétente pour juger de la totalité du problème traité ou de la décision intégrale.

3. *La politisation de l'administration.*

La forme et la présentation de l'information sont déterminantes dans le choix des solutions proposées et retenues. Par ailleurs, la situation des fonctionnaires, au point de rencontre des données statistiques, de l'information recueillie auprès des conseils consultatifs et de la rédaction des textes réglementaires soumis à la signature des Ministres, est, de réputation et de fait, stratégique dans la progression d'une décision.

Les groupes de pression et, au premier chef, les partis politiques importants l'ont compris : depuis plusieurs décades, l'influence de ces derniers est devenue telle que leur appui est devenu déterminant dans la promotion des fonctionnaires.

Dans le domaine de la Santé publique, les options philosophiques sont hautement susceptibles d'influencer les choix proposés. Le caractère « sacré » de la vie humaine fera passer au premier plan la « survie à tout prix » et au second plan les contraintes budgétaires des services, par exemple lorsqu'il sera question des services de réanimation ou de chirurgie cardiaque complexe, très coûteux. Au contraire, les esprits plus techniques feront plus souvent apparaître le caractère dispendieux de telles initiatives, et compareront ces coûts aux bénéfices sur le plan de la santé que l'on pourrait obtenir grâce à des efforts financiers identiques portés sur des groupes de population différents et plus nombreux.

On comprend que la plupart des problèmes d'allocation de subventions divisent ceux qui ont à faire les choix selon leur éducation, leur confession et leurs options politico-philosophiques. Bien plus, chaque homme amené à conseiller un choix est amené à se définir sur des problèmes éthiques fondamentaux qui se rencontrent constamment. Il le fait, selon la formule consacrée, « en âme et conscience », ou selon les conditionnements, ou encore en fonction de son expérience et de son vécu. En l'absence de critères fixes existant dans ce domaine, les sources de divergence sont énormes et les avis collégiaux difficiles à obtenir.

4. *Les conflits entre administration et cabinet.*

La collaboration entre administrations et entre deux cabinets politiques s'avère souvent problématique. L'accord de deux Ministres, c'est-à-dire de deux cabinets politiques, voire de deux partis différents ou même de deux directions générales appartenant à des administrations différentes est parfois difficile à obtenir.

Les compétences d'un Ministre sont considérées par celui-ci comme un domaine réservé. Les attributions des administrations sont ressenties comme des prérogatives par les fonctionnaires de haut rang. Une grande circonspection existe dans le monde administratif vis-à-vis des activités interférentes, et une grande prudence vis-à-vis des susceptibilités respectives. La meilleure façon de cohabiter pacifiquement est de respecter scrupuleusement les attributions de chacun. Dans le choix des mesures à prendre, la préférence est donnée à celles qui évitent les conflits de compétences.

Dans cette situation, l'administration exerce-t-elle réellement une pression ? Le grand corps administratif constitue le plus souvent une masse

de travail potentiel sans orientation déterminante, qui ne se meut que sur ordre des Ministres, et qui sert ceux qui savent l'utiliser : certains directeurs généraux, les chefs de cabinets issus de l'administration et, plus rarement, les Ministres, vieux routiniers de la fonction et étroitement soutenus par une équipe issue du sérail.

*
**

C'est donc bien à tort que le public attribue parfois une responsabilité aux Ministères qui s'occupent de santé publique lorsque des paradoxes ou des dépenses excessives sont constatés dans ce domaine. L'initiative n'est institutionnellement pas dévolue à ces Ministères.

Lorsqu'un fonctionnaire se targue d'être à l'origine d'une mesure ou de la création d'un service, il le doit au Ministre ou au cabinet politique qui l'a soutenu.

Le rôle de programmeur des dépenses, étroitement coordonné à l'évaluation des besoins présents et futurs en matière de santé, qui aurait pu incomber à une administration de santé publique n'est pas pris en charge. La limitation des dépenses est laissée à d'autres administrations, non compétentes dans le domaine de la santé : la Cour des Comptes, l'Inspection des Finances, et le Secrétaire d'Etat (ou le Ministre) au Budget.

La définition d'une politique de santé publique suscite des difficultés complémentaires en raison des compétences requises dans des domaines très divers comme l'hygiène, la médecine, la planification, le droit administratif et l'économie.

A défaut de cumuler l'ensemble de ces compétences, les rédacteurs d'une loi doivent réaliser une large concertation d'experts des différentes disciplines.

III. Le pouvoir législatif.

Les moyens d'action d'un parlementaire sont les suivants :

- dépôt d'une proposition de loi ;
- interpellation écrite ou orale ;
- question écrite ou orale ;
- propositions d'amendements ;
- vote (négatif ou positif) ;
- enquête parlementaire.

Un député ou un sénateur seul, un petit nombre de députés groupés, ou même un parti minoritaire ou situé dans l'opposition, ne sont pas en mesure de faire fonctionner la chaîne de transmission nécessaire à faire aboutir une *proposition de loi*, à moins que de très larges concessions et transformations soient faites dans le texte original.

Si une *interpellation* n'est pas orchestrée avec une suite d'autres actions, éventuellement extérieures, telles que manifestations ou formes de grèves, si elle n'est pas appuyée par un mouvement d'opinion ou une campagne de presse et si elle n'est pas suivie d'une nouvelle relance, il y a fort à craindre qu'elle reste sans lendemain.

Les *questions* posées à chaque Ministre sont quotidiennes et nombreuses. L'importance accordée à chacune d'elles par le récipiendaire dépend de l'écho qu'elle peut susciter dans le public. Certaines réponses sont bien faites, d'autres ne répondent pas à la question posée, d'autres encore ne répondent qu'à un des aspects de la question. Parfois, la question n'a pas été comprise ou la réponse est remise à date ultérieure. Comme les interventions parlementaires résultent souvent d'une sensibilisation occasionnelle d'un député, il n'est pas inhabituel de voir accepter de mauvaises réponses.

Comme pour les *propositions d'amendement*, le vote des projets de loi importants est souvent discuté dans les bureaux des partis. Les députés et les sénateurs sont invités à respecter la discipline des partis et à se conformer aux décisions prises à ce niveau.

IV. Les partis politiques.

Il n'est pas rare qu'un homme politique accède à la fonction de Ministre de la Santé publique (ou de la Prévoyance sociale) alors qu'il est novice en la matière. Très généralement, il n'a donc pas d'idée préconçue dans les sujets qu'il aura à traiter. Il est donc tributaire de son parti pour prendre les décisions et donner le contenu doctrinal éventuel à celles-ci dans les domaines multiples et variés abordés.

Lorsqu'on parle d'une initiative ou d'une décision d'un Ministre, il faut souvent comprendre qu'il s'agit généralement de celles prises par son cabinet, son parti ou un des groupes de pression de ce dernier.

Ceci étant dit, on voit des Ministres dont la personnalité s'impose au parti et qui déterminent eux-mêmes la politique du parti dans leurs attributions.

Les décisions qui passent relativement facilement la course à obstacles successifs que représentent les différentes approbations nécessaires sont celles qui font l'unanimité des partis au pouvoir ; en particulier celles

qui font l'objet d'une déclaration gouvernementale. Mais la santé publique fait rarement l'objet d'une déclaration gouvernementale, si ce n'est en termes très vagues, comme « assainir le déficit de la Sécurité sociale » ou mettre l'accent sur « le développement des soins ambulatoires », développer l'éducation sanitaire...

Seuls les appareils des grands partis sont en mesure de sortir des projets de loi prêts à affronter les différentes étapes du processus législatif. Ces projets sont mûris par des groupes de travail ou à l'occasion d'une législature antérieure. Ils sortent des tiroirs le jour où un Ministre du parti est désigné à un des Ministères qui s'occupent de santé publique. Ce sont les mêmes partis qui sont les seuls capables de mener la stratégie de longue haleine permettant de faire nommer des sympathisants aux postes administratifs importants, et surtout à ceux de directeurs généraux.

Enfin, il faut faire la part entre le discours électoral et le programme que le parti est décidé (ou croit réellement) pouvoir appliquer. Des thèmes électoralement rentables peuvent être totalement inapplicables à l'époque où ils sont choisis et utilisés, même avec l'accord plus ou moins clair des militants : ceci soit pour des raisons économiques, soit à cause du nécessaire consensus entre grands partis pour faire aboutir les décisions.

Les préoccupations électorales des partis politiques font choisir des thèmes d'action vis-à-vis desquels la population paraît sensibilisée. Ce fait aboutit à faire préférer l'exploitation de projets immédiatement rentables à ce point de vue. De plus, en dehors de la gratuité des soins et de la crainte qu'inspire la croissance du budget de l'INAMI, les thèmes de santé sont peu mobilisants pour l'électorat. Ce n'est que récemment que la réflexion en profondeur sur des thèmes plus spécialisés a été entreprise au sein des partis.

V. Les groupes de pression.

Le groupe de pression se caractérise par le fait qu'il intervient dans la vie publique sans assurer lui-même la responsabilité des décisions prises.

Il ne souhaite pas conduire les affaires gouvernementales. Il pèse sur les pouvoirs de l'extérieur, mais ne vise pas à les remplacer.

1. *Les pouvoirs organisateurs privés.*

On appelle pouvoir organisateur privé, celui dont la personnalité juridique est privée, par opposition au pouvoir organisateur dit public. Ce

sont des personnes privées isolées ou associées sous une forme juridique quelconque : SPRL, ASBL, SA.

La part prise par le secteur ou l'initiative dite privée dans la mise sur pied de l'infrastructure immobilière, aussi bien légale et réglementaire, médicale et médico-sociale, de notre pays, est considérable.

L'histoire du développement des hôpitaux, des institutions pour personnes âgées, est largement attribuable à l'initiative privée. Soixante à septante pour-cent des lits d'hôpitaux seraient encore la possession d'institutions privées.

Le système de sécurité sociale, d'assurance maladie-invalidité, est très largement inspiré des systèmes d'assurance libre qui ont précédé l'instauration de l'assurance obligatoire. Dans la plupart des secteurs de soins, on retrouve à l'origine, au début du siècle ou tout récemment, l'initiative d'un particulier ou d'un groupe de personnes qui trouvent pendant un certain temps les moyens de réaliser et de financer leurs projets.

Généralement, lorsque les frais d'investissements ou de fonctionnement commencent à dépasser les ressources des organes caritatifs ou des associations de bienfaisance, l'institution créée a démontré son utilité. L'idée de pérenniser cet effort fait son chemin et a mûri dans les esprits.

On persuade alors le ministre responsable de la Santé de subsidier le type de service créé.

Le financement assuré aux services privés pouvait être un désavantage au cours des décades écoulées. Les subventions octroyées étaient moins importantes que celles octroyées aux services publics. Le secteur privé devait également trouver le financement du fonctionnement de ses établissements soit dans la gestion de ceux-ci, soit dans une autre activité, soit dans les legs ou encore dans l'exploitation de ces derniers. Mais la succession au Ministère de la Santé publique de Ministres favorables aux initiatives et aux pouvoirs privés a amené une égalisation progressive des droits de subventions de la construction et du fonctionnement par rapport au secteur public.

La liberté d'entreprise aboutit malheureusement souvent à une répartition géographique des services offerts et à des réseaux qui font double emploi.

Examinons à présent l'influence du plus puissant pouvoir organisateur privé du pays : *Caritas Catholica*.

Caritas Catholica est une ASBL constituée de quatre fédérations autonomes d'institutions chrétiennes aux ressources et affiliations propres :

- la Fédération d'Institutions Hospitalières (et de Homes),
- la Fédération d'Instituts Médico-Sociaux (crèches, pré-gardiennes),

- la Fédération d'Aide Spéciale à la Jeunesse (centres IMP),
- la Fédération d'Aide Médico-Sociale (centres de service, assistance).

Ces fédérations sont dotées de moyens d'action indépendants grâce aux cotisations des affiliés. Elles peuvent aussi engager du personnel, voire même des experts, pour effectuer les différentes tâches qu'elles se sont assignées dans les domaines de leurs préoccupations respectives.

La structure privée et indépendante de cette fédération lui permet de prendre toutes les initiatives. Ses moyens économiques autonomes, parfois considérables, permettent également de financer ces dernières. Les projets concrétisés par une réalisation ont plus de chance de survivre. Ainsi, un centre nouveau, original, distributeur de soins sous une forme inédite, créé par ces institutions, soutenu financièrement par la puissance que représente la coalition des fédérations, et maintenu en vie le temps nécessaire, a toutes les chances de servir de modèle et d'être institutionnalisé ultérieurement par un règlement et l'octroi de subventions par l'Etat.

Un parti politique puissant, solidement implanté dans le pays et dans la hiérarchie de l'Etat, est idéologiquement favorable à ces initiatives et opérationnellement apte à leur donner une forme définitive (CVP-PSC).

Cette institution est donc prête avant les autres à affronter les étapes futures dans la prise de décisions. Cela explique également l'occupation du champ des initiatives dans le domaine médico-social, plus fréquemment par ce regroupement que par d'autres.

2. *Les mutualités.*

Les mutualités, partie prenante à la gestion de l'assurance maladie-invalidité dans notre pays, jouent un rôle important dans la détermination de la politique de santé.

Elles sont présentes au sein des diverses instances de concertation de l'INAMI, notamment le Comité de gestion du service des soins de santé qui exerce par ses décisions une influence non négligeable sur l'orientation de la santé en Belgique.

Les mutualités négocient avec les médecins, au sein de la Commission médico-mutualiste, les tarifs de l'assurance.

D'autre part, les organismes assureurs siègent au sein des diverses instances de concertation hospitalière. Il faut noter à ce propos que les mutualités sont également, mais de manière indirecte, gestionnaires d'institutions de soins avec comme but une médecine de qualité accessible à tous.

L'INAMI reçoit une bonne part de son influence et de sa connaissance des problèmes réels de la population en matière de santé grâce aux mutualités.

En effet, le réseau administratif très dense des mutualités met celles-ci en contact permanent avec les problèmes sociaux de la population.

De par leur statut intermédiaire, ni public, ni privé au sens commercial, les mutualités ont acquis dans le domaine qui leur est propre une compétence certaine, fondée sur une longue expérience.

Le désengagement progressif de l'Etat dans le domaine de l'assurance maladie-invalidité, avec les dangers de privatisation que cela comporte, ne peut que donner une importance de plus en plus grande à la mutualité dans le domaine de la santé, par le biais d'une réorientation des avantages offerts par l'assurance complémentaire.

3. *Le Corps médical.*

Le syndicalisme médical est apparu dans notre pays en 1963, en réaction contre la loi du 9 août 1963 instaurant l'assurance maladie-invalidité obligatoire.

Bien qu'il existe plusieurs organisations représentatives du Corps médical, c'est incontestablement la fédération des Chambres syndicales présidée par le D^r Wynen qui est la plus puissante, par le nombre de ses affiliés, mais aussi par d'autres caractéristiques :

- organisation très structurée ;
- implantée dans les trois régions du pays ;
- regroupant généralistes et spécialistes.

Si les Chambres syndicales se sont imposées comme porte-parole du Corps médical au sein des diverses instances de concertation, et sont parvenues à noyauter l'Ordre des médecins, elles se trouvent confrontées depuis quelques années à une croissance exponentielle du nombre de jeunes médecins, tandis que leurs leaders historiques n'ont pas encore trouvé de remplaçants.

Le Corps médical a tiré un incontestable profit financier de l'instauration de l'assurance maladie-invalidité et des années dorées qui ont suivi. Mais l'apparition de la crise économique conjuguée aux problèmes de démographie médicale remettent fondamentalement en cause le statut privilégié du médecin dans notre société.

Le Corps médical n'a de fait pas vocation, ni intérêt, ni compétence dans l'organisation de la santé publique. Sa formation le prédispose à la pratique clinique et non pas à l'organisation administrative structurelle et économique d'un service de santé rationnel.

4. *Les organisations syndicales.*

Le développement du secteur hospitalier dans notre pays depuis 1963 et plus généralement de l'industrie de la santé a entraîné un certain dynamisme syndical dans le secteur, essentiellement au niveau des employés (SETCa et CNE - secteurs soins de santé).

Certains économistes estiment le nombre d'emplois dépendant directement ou indirectement du secteur de la santé à plus de 100.000 unités.

Dans le secteur de la santé, il est apparu parfois que les organisations syndicales dépassent leur rôle traditionnel de défense des intérêts matériels de leurs affiliés pour se livrer à une réflexion sur la politique de santé et vouloir se poser en unique représentantes des assurés sociaux.

Elles risquent de ce fait d'entrer en conflit avec les mutualités ou les organisations de consommateurs.

5. *Les associations de consommateurs.*

Dans le domaine de la santé publique, les associations de consommateurs n'ont encore fait qu'une apparition discrète. Leurs actions consistent surtout en publications ou en journées de réflexion sur des problèmes d'actualité.

Il faut bien constater que ces associations n'interviennent qu'en fin de chaîne dans le circuit de décision. Leur action porte sur le produit fini, sans remettre en cause ce qui se passe en amont.

6. *Les universités.*

Les réseaux universitaires laïcs et catholiques constituent d'importants pouvoirs organisateurs en matière d'institutions de soins.

Les lits hospitaliers universitaires présentent la particularité d'être planifiés et construits non pas en fonction des besoins sanitaires de la population, mais en fonction du nombre d'étudiants en médecine. De ce fait, ils échappent aux normes de programmation destinées aux hôpitaux généraux.

Les universités bruxelloises et louvanistes bénéficient d'apports importants au sein des partis politiques de leur tendance philosophique, ce qui a conduit à la situation aberrante existant actuellement en matière de lits universitaires et d'équipement lourd dans la capitale et sa périphérie.

7. *L'industrie pharmaceutique et les autres industries de la santé.*

Tout comme le Corps médical, l'industrie pharmaceutique a tiré grand profit des modalités de remboursement des soins de santé dans notre pays.

Il est dès lors paradoxal de voir ce secteur dénoncer « les entraves à son développement » qu'il situe au niveau de la politique des prix et des modalités de remboursement.

Les organisations syndicales sont dans ce domaine victimes de leurs contradictions : partisans d'une politique de santé progressiste, de la prévention et de l'éducation à la santé, elles se font paradoxalement les alliées objectives d'une surconsommation de produits pharmaceutiques nuisibles à la fois à la santé de la population et aux finances de l'assurance maladie.

L'industrie pharmaceutique regroupe en Belgique 160 entreprises qui assurent 14.000 emplois, et représentait en 1980 plus de 36 milliards de chiffre d'affaires ; c'est dire l'importance des moyens de pression dont dispose ce secteur pour imposer ses vues.

A côté de cela existent de nombreuses industries qui ont également profité de l'essor du secteur de la santé au cours de la décennie 1965-1975.

Il s'agit essentiellement des domaines de la technologie médicale (appareillage lourd, matériel d'analyse et de diagnostic) et de la construction au sens large du terme.

Le développement de l'informatique dans le domaine médical et administratif se fera surtout vers la fin de la décennie écoulée.

La pression exercée par ce groupe d'intérêt sur le législateur a certainement contribué aux conditions avantageuses de financement offertes pour la construction d'hôpitaux et aux taux de remboursement élevés en matière d'analyse et de diagnostic.

Conclusions.

De 1945 à 1975, la mise sur pied de l'infrastructure médicale et médico-sociale s'est faite au coup par coup. Des multitudes d'initiatives privées ont occupé le terrain. Celles dont le caractère social s'avérait le plus impératif et dont le coût était le plus important ont été souvent, à la demande des services privés eux-mêmes, pris en charge par l'Etat.

Les décisions ont surtout consisté en entérinements légaux d'états de fait. La « politique » inspirée de la tradition et du système économique libéral était d'encourager les pouvoirs extérieurs à prendre les initiatives en leur accordant des subventions.

Dans tous les domaines de la santé publique, le contexte historique pèse lourd sur la structure médicale, médico-légale, médico-sociale et médicale immobilière existante.

Les carences de celle-ci n'échappent plus à personne. Mais la complexité et l'importance des modifications à prévoir en cas de remise en question

du fonctionnement actuel sont telles qu'aucune des instances actuelles n'a le courage ni la puissance de l'envisager. Au contraire, les pouvoirs organisateurs se comportent comme des propriétaires jaloux du morceau de structure et de puissance qu'ils possèdent.

L'analyse des circuits de décision, qui aurait pu déboucher sur la mise en évidence des situations stratégiques et à une vulgarisation des moyens d'interventions, aboutit à la mise en évidence de quelques pouvoirs permanents très organisés et très puissants, doués des moyens de décision :

- les grands partis politiques traditionnels ;
- les mutualités d'obédience idéologique apparentée à ces partis ;
- les Chambres Syndicales des médecins, dont l'activité actuelle consiste surtout à défendre un état de fait avantageux et corporatiste ;
- les commissions de gestion et d'experts, où se confondent les bénéficiaires des décisions et des représentants des mêmes groupes de pression cités ci-dessus ;
- d'autre part, une administration centrale, en général compétente et informée, légalement privée du pouvoir d'initiative, et où se retrouvent sous le chef d'une même personne un fonctionnaire et un homme favorable à l'initiative privée, et qui se conforme à ses rôles d'exécutif et d'arbitre entre pouvoirs privés, convenant historiquement à un Etat libéral.

Les pouvoirs politiques, gouvernements et cabinets, sont assez éphémères et ne peuvent assumer la responsabilité des décisions qu'ils ont prises, et sont trop influencés par les contingences électorales.

Les pouvoirs organisateurs agissent souvent sans souci du résultat d'ensemble, et ont des objectifs propres et qui ne sont pas toujours l'organisation d'un service de santé rationnel au niveau de la nation.

Les administrations qui ont la santé publique dans leurs attributions sont multiples et éparpillées.

Le Ministère de la Santé publique est incapable pour le moment d'assumer le rôle d'orchestrateur du domaine qui lui échoit.

L'historien et le sociologue qui se pencheront sur la période 1975-1985 pourront vraisemblablement caractériser celle-ci par deux traits essentiels :

- la raréfaction des moyens financiers disponibles, et ses conséquences sur l'infrastructure sanitaire ;
- la communautarisation de plus en plus poussée d'un domaine jusqu'alors national.

