

Pas de prospérité sans solidarité

Leçon inaugurale pour la Faculté
des Sciences politiques et sociales
de l'Université de Gand

Frank Vandebroucke (*)
6 octobre 2026

(*) Je tiens à remercier mes collaborateurs pour les discussions passionnantes sur ce texte, ainsi que mes amis du monde académique pour des commentaires spécifiques. L'intelligence artificielle a été utilisée pour actualiser les résultats empiriques tirés d'anciens articles de l'auteur, pour vérifier certaines affirmations empiriques et pour examiner d'un œil critique la structure et la présentation de cette conférence. La responsabilité du texte incombe entièrement à l'auteur.

Pourquoi une sécurité sociale ? Une protection contre les risques

Sur mon téléphone, grâce à une playlist, j'ai plus de deux cents fois la même chanson. Deux cents versions[IC1.1] de ce qui est peut-être la plus belle chanson du siècle dernier : « Summertime », composée par George Gershwin en 1935 pour son opéra *Porgy and Bess*, avec des paroles de DuBose Heyward. Elle a été reprise d'innombrables fois. La version qui me touche le plus est celle de Mahalia Jackson. De quoi parle cette chanson ? Dans l'opéra, une jeune mère, Clara, la chante pour son bébé, à Catfish Row, un quartier noir et pauvre de Charleston, dans le Sud des États-Unis d'il y a un siècle. Son mari est pêcheur. Elle chante à son enfant un monde où c'est l'été, la vie est facile, son père est riche et sa mère est belle. Puis, elle lui fait une promesse : un matin, tu te lèveras et tu chanteras, tu déploieras tes ailes et tu t'envoleras dans le ciel. Et jusqu'à ce matin-là, rien ne pourra t'arriver, car ton père et ta mère seront à tes côtés.

Notez l'ordre de cette promesse. D'abord la sécurité, puis la liberté. L'enfant pourra prendre son envol parce qu'il est en sécurité. Je ne connais pas de plus belle synthèse de la « protection sociale », qui est la promesse historique de l'État social. Car c'est la promesse que chaque parent fait à chaque enfant. Et, lorsqu'elle fonctionne bien, c'est la promesse qu'une société fait à ses membres : nous sommes toujours là pour toi, pour te protéger, nous nous occupons de toi, pour qu'un jour, tu puisses déployer tes ailes.

Je précise d'emblée que cet opéra n'est pas innocent : des artistes blancs ont écrit sur la communauté noire, et au sein de cette communauté, il y a eu des objections dès le départ. Je ne m'étendrai pas sur le sujet aujourd'hui, mais je me devais de vous le signaler.

Mais cet opéra n'est pas une berceuse. Un ouragan va frapper. Jake, le mari de Clara, va prendre la mer malgré l'ouragan pour gagner de l'argent afin de financer les études de son fils, comme il le dit à Clara, qui s'inquiète. Et il ne revient pas. Clara s'aventure dans la tempête pour le chercher, et elle ne revient pas non plus.

La promesse n'est pas tenue. Non pas parce que les parents ne l'ont pas faite sincèrement, mais parce que le destin était plus fort qu'une famille seule.

Vient ensuite ce que je considère comme le moment le plus important de l'opéra. Dans le dernier acte, nous entendons à nouveau la chanson. Mais cette fois, c'est Bess qui la chante, une femme qui manque elle-même cruellement de repères, pour un enfant qui n'est pas le sien. La berceuse passe de main en main. La promesse ne survit que parce que d'autres la reprennent.

C'est, en une seule image, la question qui nous occupe aujourd'hui. Chaque parent fait la promesse de Clara. Aucun parent ne peut la tenir seul : un accident, une maladie, un licenciement ou une tempête sont toujours possibles. La question n'est donc pas de savoir si quelqu'un doit reprendre la chanson quand les choses tournent mal, mais qui, et à quelles conditions. Laissons-nous le hasard en décider, comme à Catfish Row ? Ou passons-nous un accord, au préalable, avec tout le monde ?

SUMMERTIME

DUBOSE HEYWARD, 1935

*Summertime and the livin' is easy,
Fish are jumpin', and the cotton is high.
Oh your daddy's rich, and your ma is good lookin',
So hush, little baby, don' yo' cry.*

*One of these mornin's you goin' to rise up singin',
Then you'll spread yo' wings an' you'll take to the sky.
But till that mornin', there's a-nothin' can harm you
With Daddy and Mammy standin' by.*

*Summertime and the livin' is easy,
Fish are jumpin', and the cotton is high.
Oh your daddy's rich, and your ma is good lookin',
So hush, little baby, don' yo' cry.*

Il y a eu, au cours de l'histoire, des moments où toute une société a répondu à cette question par : oui, passons un accord, avec tout le monde. Généralement pas pendant une période calme. Généralement juste après une tempête, lorsque chacun a ressenti dans sa chair que personne n'est en sécurité seul. Je vous emmène avec moi vers un de ces moments dans notre propre pays.

Imaginez : nous sommes en décembre 1944. La Belgique est libérée depuis trois mois, mais la guerre n'est pas finie. Il n'y a pas de charbon, les économies ont été épuisées pendant l'occupation, des centaines de milliers de Belges sont sans travail. Achille Van Acker, ministre du Travail, soumet au gouvernement un arrêté qui instaure en une fois un système de « sécurité sociale ». Le Rapport au Régent qui accompagne cet arrêté est un document remarquable. Il ne parle pas de branches d'assurance ni de budgets, mais de ce qui préoccupait une famille ouvrière. Il évoque littéralement les « principaux sujets d'inquiétude qui troublent le monde du travail ».¹

Quatre préoccupations. La première : le souci des vieux jours, une pension convenable, pour ne pas être réduit à l'indigence ou mis à la charge de ses enfants. La deuxième : un accident ou une maladie, qui rendent le travail impossible, ou qui impose des « charges écrasantes » à un budget familial déjà difficile à équilibrer : le médecin, la pharmacie. La troisième : se retrouver au chômage « par manque de travail », et derrière cela, le désir d'une société où toute personne capable de travailler puisse gagner sa vie. La quatrième : un salaire insuffisant pour le nombre d'enfants « qui rend si difficile la vie des familles nombreuses ».

Ce qui me frappe dans ce texte, c'est le ton. L'objectif de tout le système tient en une seule phrase : « soustraire (...) aux craintes de la misère » autant que possible les hommes et femmes qui travaillent. Aujourd'hui, nous pourrions utiliser un terme plus moderne : « soulager ». La sécurité sociale apaise la peur. C'est la première réponse à la question de savoir pourquoi nous y investissons : les personnes qui ne perdent pas le sommeil la nuit sont des personnes libres la journée.

Les personnes qui ne perdent pas le sommeil la nuit sont des personnes libres la journée.

Gardez à l'esprit les quatre préoccupations de Van Acker. J'y reviendrai dans quelques instants, car aujourd'hui, il les formulerait différemment. Le fait que Van Acker les formulerait différemment aujourd'hui est précisément la raison pour laquelle nous devons continuellement réformer notre État social.

Je poserai trois questions au cours de cette leçon. Pourquoi avons-nous besoin d'un État social ? C'est le sujet du premier acte. Comment organisons-nous cet État social ? C'est le deuxième acte. Et pourquoi devons-nous le réformer continuellement ? C'est le troisième. Ensuite, nous sortirons un instant, car la tempête qui s'abat aujourd'hui sur nos États sociaux vient de l'autre côté de l'océan.

Pourquoi une sécurité sociale ? Un État social bien organisé contribue à une économie saine

Pourquoi avons-nous une sécurité sociale, ou plutôt, un État social ? Je préfère aujourd'hui utiliser ce concept plus large d'« État social », qui englobe pour moi également les crèches, le secteur social et, au minimum, l'enseignement obligatoire. Pourquoi ? La protection est la première réponse. Mais ceux qui s'en tiennent là font un cadeau aux adversaires de l'État social. Car alors, l'État social apparaît comme une aide destinée aux personnes malchanceuses, financée par celles qui ont la chance de ne pas tomber malade et de pouvoir travailler : un coût, une charge, tout au plus un devoir moral. Un État social bien organisé, c'est bien plus que cela. Il remplit trois fonctions qui bénéficient à tout le monde, y compris à ceux et celles qui ne demanderont jamais d'allocations. C'est un amortisseur. C'est un investissement. Et il permet de prendre des risques. En un mot : il apporte la liberté. Et la liberté n'est pas un coût ; la liberté génère de la prospérité.

Commençons par l'amortisseur. L'argument le plus ancien est celui de Keynes, le célèbre économiste britannique de l'entre-deux-guerres, et il est toujours valable. Lorsqu'une crise frappe et que des personnes perdent leur emploi, les allocations de chômage maintiennent leur pouvoir d'achat. De cette manière, ces personnes continuent à acheter chez le boulanger et le garagiste qui, eux, ne perdent pas leur emploi. L'allocation versée à la personne qui a perdu son emploi protège l'emploi de celle qui a encore le sien. Ce n'est pas de la charité, c'est de la macroéconomie. Le fait qu'une allocation puisse sauver un emploi est encore plus évident dans ce qu'on appelle le « chômage temporaire », où les gens travaillent temporairement moins mais conservent leur contrat de travail. Vous l'avez vécu de près, même si vous n'aviez que douze ou treize ans. Pendant la pandémie, des centaines de milliers de salariés ont été au chômage temporaire et les indépendants ont bénéficié d'un droit passerelle. Cela a non seulement garanti leurs revenus, mais aussi permis à l'entreprise de vos parents ou à l'entreprise où travaillaient vos parents

de survivre jusqu'à ce qu'elles puissent rouvrir leurs portes. Le coup tombe, mais il ne brise rien.

La pandémie nous a également appris autre chose, et je tiens à le formuler avec précision, car il est tentant d'exagérer. Je ne prétendrai pas que les pays dotés d'un État social fort ont mieux combattu le virus ; les chiffres de mortalité ne le permettent pas, et notre propre pays a lourdement souffert lors de la première vague. Ce qui est certain, en revanche, c'est que l'on peut uniquement demander aux gens de rester chez eux lorsqu'ils sont malades, et donc, de ne pas contaminer leurs collègues ou leurs clients, s'ils ne perdent pas immédiatement leurs revenus. On ne peut tout simplement pas imaginer comment on gérerait une telle pandémie sans le salaire garanti et les indemnités de maladie. En période de pandémie, le droit à une indemnité est un outil de santé publique. Cela vaut d'ailleurs également lors d'une saison de grippe particulièrement sévère : grâce au salaire garanti et aux indemnités de maladie, moins de personnes sont contaminées et plus de personnes restent en bonne santé.

Deuxièmement, l'État social est un investissement. L'éducation, l'accueil des enfants, les soins de santé : ce sont des dépenses qui rendent plus productif, qui permettent aux parents de travailler, qui maintiennent en bonne santé plus longtemps et donc, en activité plus longtemps. Les économistes appellent cela investir dans le capital humain. Des dépenses sociales bien organisées sont donc des investissements, elles rapportent quelque chose. Pour être tout à fait clair, un enseignement et des soins de qualité sont bien plus qu'un investissement dans la productivité ; ce sont des éléments essentiels d'une société démocratique, et en réalité – indépendamment de tout ce qui précède – ils sont un objectif beau et précieux en soi. Ceux qui ne défendent l'État social qu'avec des arguments de rentabilité ne lui rendent finalement pas service². Le titre de cette conférence ne doit donc pas être mal interprété : la solidarité est nécessaire à la prospérité économique, mais la solidarité apporte bien plus que la prospérité économique. Cependant, si l'on donne à cet argument sa juste place, on peut affirmer qu'un État social bien organisé apporte également un bénéfice économique, qu'il s'agit d'un investissement. Et cette affirmation est valable non seulement pour la garde d'enfants et l'enseignement, mais aussi pour la protection sociale classique, ainsi que pour certaines prestations sociales. Cela m'amène au troisième point.

Un État social permet de prendre des risques : il crée de la liberté. Cela peut paraître paradoxal, mais c'est le propre de toute assurance : sans l'assurance automobile obligatoire, de nombreuses personnes n'oseraient pas prendre le volant en toute sérénité, et la mobilité s'en trouverait réduite. Cela ne s'applique pas uniquement à la circulation routière. Il existe des risques qui sont utiles à la société et que l'on ne prendrait pas sans la

**Un État social
permet de
prendre des
risques.**

sécurité sociale. Il y a environ quarante-cinq ans, quand j'étais encore un jeune homme, j'ai eu une longue conversation avec Louis Major, déjà âgé à l'époque, dirigeant syndical historique et figure de proue du socialisme. Major m'a expliqué pourquoi les syndicats disposaient déjà, avant la Première Guerre mondiale, de leurs propres caisses de chômage, que les pouvoirs publics ont par la suite cofinancées, et pourquoi l'assurance a été rendue obligatoire pour tous après la Seconde Guerre mondiale. « Celui qui se retrouve sans emploi et sans allocation doit accepter le premier emploi venu, il doit travailler au rabais, dans des conditions précaires et dans les pires circonstances », disait-il. Ce n'est évidemment pas ce que les syndicats souhaitent, car cela revient à monter les travailleurs les uns contre les autres. C'est pourquoi ils ont mis en place des caisses pour les syndiqués qui se retrouvaient sans travail. Et pour éviter que les non-syndiqués, en cas de chômage, ne se retrouvent à travailler « au rabais », ils se sont finalement battus pour instaurer une obligation générale. Mais il y a également un aspect économique, qui a été abordé en détail dans la littérature économique contemporaine : les allocations de chômage donnent aux personnes la possibilité de chercher un emploi dans lequel elles peuvent réellement valoriser leurs compétences ; le talent et la formation sont mis à profit là où ils apportent quelque chose. C'est bon pour les personnes et pour l'économie, même si les économistes ajoutent que cela vaut surtout pendant les premiers mois de chômage. ⁴ L'argument de Louis Major tient également la route : une société dans laquelle les individus, dès le premier revers de fortune, doivent accepter tout ce qui se présente n'est pas une société productive.

Nous ne devons donc pas avoir un regard unilatéralement négatif parce qu'une personne adapte son comportement parce qu'il existe des allocations. La politologue américaine Deborah Stone a inventé une belle expression dans ce cadre. Les économistes aiment parler d'aléa moral (ou moral hazard en anglais) lorsqu'il s'agit de ce changement de comportement : celui qui est assuré se comporte de manière moins prudente. Stone y oppose la notion d'« opportunité morale » (moral opportunity) : celui qui est assuré peut faire des choses qui seraient autrement impossibles. Lancer une entreprise. Changer de travail. Avoir des enfants. Faire des études. L'assurance est un moteur d'initiative.

Je reviens un instant sur l'exemple du chômage, avec une nuance importante. Une société dans laquelle les personnes, dès le premier revers, doivent accepter tout ce qui se présente, n'importe quel emploi, n'est pas une société productive. Mais une société dans laquelle les allocations de chômage permettraient de refuser n'importe quel emploi, ce n'est pas non plus une société productive, et ce n'était pas non plus ce que Major avait à l'esprit : il parlait, très précisément, de ceux qui se retrouvent involontairement sans emploi. Un État social bien organisé met en place une assurance chômage dans laquelle on ne retrouve ni la première situation, celle où les gens doivent accepter n'importe quel emploi, ni la seconde, celle où ils peuvent refuser n'importe quel emploi.

En bref : un État social bien organisé n'est pas un poste de dépenses, mais un facteur productif. Il est le fondement d'une grande partie de nos libertés, car il nous soulage de certains soucis. Et ce qui nous libère de certains soucis crée également de la résilience économique. Cela vaut pour l'éducation et la garde d'enfants, mais aussi pour la protection classique.

Pendant des années, j'ai expliqué à mes étudiants à Anvers qu'il existe deux clichés sur la relation entre l'économie et l'État social, deux clichés qui sont le reflet l'un de l'autre.

Le cliché de la droite : efficacité et équité ne sont pas des amies, mais plutôt des ennemies. Le marché garantit l'efficacité, tandis que les pouvoirs publics assurent tout au plus l'équité, ce qui « coûte » de l'efficacité. Ou, pour le formuler autrement : étant donné que la croissance économique et la prospérité supposent une efficacité maximale, il faut un marché libre qui soit le moins possible entravé par les pouvoirs publics et la protection sociale. L'État social peut seulement redistribuer ce que l'économie génère. Vous connaissez cette métaphore : il faut d'abord fabriquer le gâteau avant de pouvoir le partager. Et puis il y a le cliché de gauche : le marché engendre toujours l'iniquité, et seuls les pouvoirs publics peuvent y remédier. Les deux sont simplistes. Les marchés peuvent contribuer à l'équité : les individus peuvent faire des choix libres qui correspondent le mieux à leurs propres préférences ; un marché du travail qui fonctionne bien et qui est bien encadré récompense l'effort de manière juste et offre des opportunités aux individus. Et les pouvoirs publics contribuent à l'efficacité, entre autres, en mettant en place des systèmes d'assurance que le marché ne peut pas offrir (je reviendrai dans un instant sur cette idée). La relation entre l'économie et l'État social n'est pas une relation à sens unique, où l'économie produirait la prospérité et l'État social la consommerait. C'est un mouvement à double sens.

Les pouvoirs publics contribuent à l'efficacité en mettant en place des systèmes d'assurance que le marché ne peut pas offrir.

Il existe une deuxième relation à double sens. On dit souvent : la solidarité présuppose une communauté. Il y a du vrai dans cela : on partage plus facilement avec des personnes dans lesquelles on se reconnaît d'une manière ou d'une autre. Mais l'inverse est tout aussi vrai : un État social bien organisé crée une communauté. L'école, l'hôpital, la mutualité, le lieu de travail : c'est là que des personnes d'origines diverses se rencontrent et contribuent ensemble à quelque chose ; c'est là que le mot « concitoyen » prend un visage. Communauté et solidarité se génèrent mutuellement.³

Dieter Berckvens et Charlotte Coenen l'ont récemment formulé avec acuité, en réponse à des auteurs qui posent la communauté comme condition préalable à la solidarité : la solidarité naît de la reconnaissance, et cette reconnaissance est en partie produite par des institutions qui créent des expériences partagées. Van Acker et ses contemporains l'ont mis en pratique : les caisses de maladie dans les cafés ouvriers incarnaient une solidarité locale et chaleureuse entre des personnes qui se connaissaient ; la loi de 1944 a rendu cette solidarité obligatoire et l'a élevée à l'échelle de l'ensemble de la population, créant ainsi un cercle de solidarité qui, auparavant, n'existait pas en tant que réalité sociale. Quiconque affirme aujourd'hui que la solidarité ne peut exister qu'au sein d'une communauté culturellement homogène renverse donc le cours de l'histoire. La leçon à en tirer est toutefois que les institutions qui produisent cette communauté n'ont pas une capacité illimitée.

Ce n'est donc pas sans raison que je dis : ce que nous défendons en Europe contre la menace de Poutine et contre les attaques de Trump, c'est l'État social démocratique. Et l'« État social démocratique », c'est pour moi un pléonasme. Il s'agit d'un seul modèle de société, dans lequel la prospérité, la protection, la redistribution et la démocratie sont indissociablement liées. Jamais une relation à sens unique. Toujours une relation à double sens.

**Quiconque défend
l'État social doit
aussi oser le juger
avec rigueur.**

Encore une chose, une mise en garde. Quiconque défend l'État social doit aussi oser le juger avec rigueur. Car défendre n'est pas synonyme d'être satisfait ; ce sont justement les institutions que l'on aime qu'il faut aborder avec le plus d'esprit critique. Les institutions auxquelles on veut donner un avenir. J'y reviendrai.

J'ajouterai ici une réflexion que je ne peux pas développer dans ce cadre, mais qui n'en reste pas moins importante. Ce que je dis sur l'État social en tant que facteur productif sera bouleversé dans les années à venir par l'intelligence artificielle. Comment ? Personne ne le sait. Mais ceux qui affirment que l'État social contribue à produire la prospérité doivent réfléchir à ce qui se passera lorsque la production de la prospérité elle-même changera radicalement. Cela semble certainement être le cas pour le financement de l'État social, et il existe d'ailleurs déjà des propositions à ce sujet.

Comment organisons-nous la solidarité ? L'obligation générale

Je viens de dire que les pouvoirs publics contribuent à l'efficacité en organisant des assurances que le marché n'est pas en mesure de proposer. Vous pouvez légitimement vous demander : est-ce vraiment le cas ? Pourquoi la sécurité sociale ne pourrait-elle pas être organisée par des assureurs privés ? Après tout, ils sont très compétents pour proposer des polices d'assurance contre toutes sortes d'aléas. Je vais l'expliquer en trois étapes, à l'aide d'un exemple : une assurance contre la perte de revenus lorsque, en raison d'une maladie ou d'un accident, vous ne pouvez pas travailler pendant une longue période. C'est ce que nous appelons l'incapacité de travail.

Étape 1 : qui sait quoi ? En 1970, l'économiste américain George Akerlof a écrit un article, qui lui vaudra plus tard le prix Nobel d'économie. Il a pris l'exemple du marché des voitures d'occasion, où le vendeur en sait plus que l'acheteur. Je ne vais pas développer cet exemple ici, car dans le cas d'une l'assurance, c'est l'inverse : c'est le client qui en sait plus que le vendeur. Imaginez que vous ayez vingt-trois ans, que vous veniez de commencer votre premier emploi et que vous entriez dans un bureau d'assurance pour vous assurer contre le risque de ne plus pouvoir travailler pendant une longue période. L'assureur ne peut pas lire sur votre front si vous avez de fortes chances de tomber en incapacité de travail. Vous savez si vous avez des problèmes de dos, si vous avez déjà traversé une période difficile de stress ou de déprime, ou si vous vous lancez dans un métier où beaucoup de gens sont rapidement usés. L'assureur n'en sait rien. La seule chose qu'il connaît, ce sont des moyennes.

Étape 2 : quel résultat donne le marché ? En réalité, il y en a deux, et ils sont tous les deux mauvais. Le premier résultat se produit lorsque l'assureur n'a aucun moyen de distinguer les bons risques des mauvais risques. Dans cette situation, l'assureur demande à tout le monde la même prime, qui est calculée sur la moyenne. Pour les personnes en bonne santé qui ont un emploi peu pénible, cette prime est trop chère : une partie d'entre elles ne s'assure pas. Pour les personnes qui se doutent

déjà que les choses vont mal tourner, c'est une aubaine : elles souscrivent toutes. L'assureur voit donc surtout arriver des clients en moins bonne santé qui peuvent lui coûter cher, il augmente sa prime d'assurance, et une nouvelle fois, un groupe de clients en bonne santé décroche. L'économiste britannique Nicholas Barr souligne le paradoxe qui en découle : l'assureur craint les mauvais risques, mais ce sont les bons risques qui en font les frais. Ils veulent un prix juste. L'assureur, quant à lui, souhaite les compter parmi ses clients, et pourtant, cela ne se concrétise pas. Les économistes qualifient cette situation d'inefficace. Pour Barr, c'est la version « assurance » de la célèbre loi de Gresham. Selon cette loi, la mauvaise monnaie chasse la bonne monnaie de la circulation. En l'occurrence, ce sont les mauvais risques qui chassent les bons risques.

Cela dit, l'hypothèse selon laquelle les assureurs ne seraient absolument pas en mesure de distinguer les bons risques des mauvais risques est un peu théorique. Dans la pratique, on observe un résultat différent. Les assureurs n'abandonnent pas si facilement : ils tentent tout de même de savoir « ce qui n'est pas marqué sur le front ». Ils posent des questions médicales, excluent ce qu'ils jugent trop risqué et recherchent de préférence leurs clients parmi des groupes dont ils savent qu'ils sont en bonne santé. C'est également le cas chez nous. Wikifin, le site destiné aux consommateurs de notre autorité de surveillance financière, précise lui-même : « Et, étonnamment, la plupart des polices excluent de leur couverture les troubles psychiatriques ou mentaux. » Étonnamment, en effet : près de quatre personnes sur dix qui sont en incapacité de travail depuis plus d'un an chez nous, se trouvent dans cette situation en raison d'un trouble mental, et pour un quart du nombre total des malades de longue durée, la cause est une dépression ou un burn-out. Et presque les trois quarts des primes de ces assurances sont payées par des polices collectives souscrites par les employeurs. Les personnes qui travaillent sont, par définition, suffisamment en bonne santé pour travailler. Akerlof l'avait déjà écrit en 1970 : les assurances collectives par l'intermédiaire de l'employeur sélectionnent les personnes en bonne santé, de sorte que l'assurance est la moins accessible à ceux qui en ont le plus besoin. Un marché se crée certes, mais ceux qui ont le plus besoin de l'assurance sont exclus. C'est injuste. ⁴

Le marché libre nous conduit donc ici à deux mauvais résultats, et dans la pratique, souvent aux deux à la fois : soit la personne en bonne santé ne trouve pas d'assurance abordable, soit la personne malade n'en trouve pas. Barr commence son explication par le premier cas, car c'est le plus surprenant. Mais en réalité, les assureurs parviennent souvent à scinder le marché, et ce sont alors surtout les malades et les personnes âgées qui se heurtent à des exclusions, à des primes trop élevées ou à un refus. Même un assureur privé aux intentions les plus nobles ne peut aller à l'encontre de cette logique.⁵

Barr donne un exemple américain. Blue Cross, le grand assureur santé américain à but non lucratif, demandait autrefois la même prime à tous ses assurés, qu'ils

soient jeunes ou âgés, en bonne santé ou malades. Les assureurs commerciaux proposaient aux entreprises dont le personnel était jeune et en bonne santé des contrats moins chers, calculés en fonction des frais de santé de ce groupe. Pour ne pas perdre ces clients-là, Blue Cross devait faire de même. Et il est de plus en facile de « lire sur le front » des assurés. Les assureurs santé américains achètent auprès de courtiers en données des informations sur ce que vous achetez, votre taille de vêtements ou si vous venez de vous marier, afin de prédire qui leur coûtera cher. Depuis 2014, ils n'ont plus le droit d'utiliser ces données pour définir la prime d'une assurance maladie individuelle, mais la tentation est grande. Chez nous, la loi interdit de communiquer des données génétiques à un assureur. C'est une bonne règle : mais vous pouvez imaginer à quel point la tentation est grande.⁶

Étape 3. Une obligation met fin à ce mécanisme. Elle ne porte pas atteinte à notre liberté : elle est justement la condition nécessaire à l'existence d'une assurance. Tout le monde participe, jeunes et moins jeunes, en bonne santé ou malades. Une personne en bonne santé ne peut pas s'en aller et l'assureur ne peut pas exclure une personne malade. La cotisation est calculée sur la moyenne de l'ensemble de la population. Celui qui est en bonne santé aujourd'hui paie peut-être un peu plus que son propre risque, mais il a la certitude de rester assuré si les choses tournent mal. Et personne ne sait aujourd'hui s'il restera en bonne santé.

Dans certaines conditions, tout le monde y gagne donc, y compris les personnes en bonne santé. Ce n'est pas une théorie. Quiconque travaille dans notre pays est obligatoirement assuré contre l'incapacité de travail, sans que personne n'ait jamais « lu sur son front », examiné son dos ou ses antécédents médicaux. Un malade de longue durée perçoit une indemnité de sa mutualité maladie, même si la cause est une dépression. Achille Van Acker l'avait déjà compris en 1944. Les assurances sociales volontaires, écrivait-il, limitaient leurs services « d'une manière regrettable ». Il n'avait pas pu lire Akerlof, car celui-ci n'avait pas encore rédigé son article. Louis Major plaidait lui aussi en faveur d'une obligation générale, bien que pour d'autres raisons. Le lauréat du prix Nobel, le leader socialiste et le syndicaliste se rejoignent ici.

Le lauréat du prix Nobel, le leader socialiste et le syndicaliste se rejoignent ici.

En raison de cette obligation générale, la sécurité sociale se distingue des polices d'assurance privées à deux égards. La sécurité sociale peut dissocier la prime du risque individuel. C'est le cas de notre assurance maladie obligatoire : chacun cotise en fonction de son salaire, et non de son risque de tomber malade. De cette manière, l'assurance devient donc aussi une solidarité, ce qui n'est pas tenable pour un assureur privé, car ses bons clients partent chez la concurrence. Et elle peut couvrir des risques qu'aucun assureur privé ne souhaite couvrir : non seulement les risques élevés des personnes souffrant de problèmes de santé graves qui sont connus, mais aussi les risques qui touchent trop de personnes à la fois,

comme le chômage en période de récession ou de pandémie, et les risques que personne n'avait prévus. En 1944, Van Acker ne pouvait pas imaginer que les troubles mentaux deviendraient un jour l'une des principales causes d'incapacité de travail. Une assurance sociale obligatoire peut s'adapter à des risques nouveaux de ce type ; une police privée contenant une liste d'exclusions y parvient beaucoup plus difficilement.

Quiconque doute de l'importance des assurances obligatoires pour tous n'a qu'à observer la situation aux États-Unis. En 2025, près d'un Américain sur douze, soit 26,7 millions de personnes, n'avait pas d'assurance maladie pendant toute l'année. Mais même ceux qui sont assurés ne sont pas à l'abri. Silvana Toska est professeure de sciences politiques en Caroline du Nord. Elle est donc une collègue de vos professeurs ici. Après une piqûre d'insecte, elle a été victime d'un choc allergique grave. Elle a été soignée, puis envoyée aux urgences pour observation par mesure de précaution, dans un hôpital agréé par son assureur. Elle y est restée une heure et demie. La facture était de 6 746 dollars. Malgré son assurance, elle a dû déboursier plus de 3 200 dollars de sa poche.

« Plus de trois mille dollars pour occuper mes enfants pendant une heure et demie aux urgences », a-t-elle déclaré. Autre exemple : Karlijn van Houwelingen, une journaliste néerlandaise basée à New York. Elle y a donné naissance à des jumeaux. La facture de l'hôpital : plus de 240 000 dollars. Évidemment, il s'agissait de jumeaux...

Ces cas ne sont pas des exceptions. Plus de cent millions d'Américains sont endettés à cause d'une maladie, et la plupart d'entre eux étaient assurés. Et le scénario d'Akerlof se déroule aujourd'hui sous nos yeux. Lorsque, à la fin de l'année dernière, les subventions fédérales supplémentaires pour les assurances individuelles ont pris fin, un assureur avait prédit que ce seraient surtout les clients en bonne santé qui partiraient. Cette année, le nombre d'Américains bénéficiant d'une telle assurance a baissé de 2,6 millions, soit 12 %.⁷

Cela signifie-t-il qu'il ne peut rien exister en dehors de l'assurance obligatoire ? Non. En tant que ministre des Pensions en 2003, j'ai moi-même élaboré la loi sur les pensions complémentaires, qui a permis la mise en place de régimes de pension d'entreprise pour les salariés ordinaires. Une pension complémentaire, c'est épargner avec des garanties ; elle n'influence pas directement un prix, elle ne fait pas grimper les prix. Dans le secteur des soins de santé, la situation est différente : celui qui souscrit une assurance complémentaire pour couvrir les frais d'une hospitalisation influence ce qui est facturé dans cet hôpital. Dans les soins de santé, j'entends parfois dire : « Les suppléments d'honoraires ne posent pas de problème si nous les facturons aux patients disposant d'une assurance hospitalisation, car celle-ci les prend en charge. » À première vue, cela semble exact, mais on oublie

que plus les suppléments sont élevés, plus les primes que les citoyens doivent payer pour les assurances couvrant ces suppléments sont élevées. Une couverture plus étendue entraîne des factures plus élevées, et des factures plus élevées poussent à une couverture plus étendue. C'est pourquoi j'ai moi-même élaboré un cadre pour généraliser les pensions complémentaires et ainsi les démocratiser, évidemment sous conditions, alors que je n'ai pas l'intention de promouvoir les assurances maladie complémentaires de l'une ou l'autre manière. Dans ce domaine, il faut surtout prévoir des conditions strictes pour éviter autant que possible des issues injustes.

Cela m'amène à un troisième acteur, aux côtés des pouvoirs publics et du marché. Dans notre pays, ce ne sont pas des fonctionnaires qui exécutent l'assurance maladie obligatoire, mais des mutualités : des organisations sans but lucratif, issues des mouvements sociaux du XIXe siècle, qui se font concurrence dans un cadre réglementé. On lit beaucoup de critiques à l'encontre de ces mutualités : trop riches, trop lourdes, trop politisées. Je ne balaye pas ces critiques d'un revers de main ; j'en suis moi-même l'un des critiques les plus virulents. Mais je défends d'abord le principe, car la critique aboutit souvent à une conclusion que personne ne formule : laissons les assureurs privés prendre le relais. Ceux qui souhaitent cette situation n'ont qu'à regarder du côté des États-Unis.

Ceux qui souhaitent cette situation n'ont qu'à regarder du côté des États-Unis.

Pourquoi un troisième secteur ? Parce qu'entre l'État et le marché, il y a de la place pour des organisations qui ne travaillent ni pour le profit des actionnaires, ni pour le budget d'un ministre, mais pour leurs membres. Une mutualité peut faire des choses qu'une administration ne fait pas et qu'un assureur ne veut pas faire : aller à la rencontre des personnes qui ne connaissent pas leurs droits, suivre personnellement toutes les personnes en maladie de longue durée et, si possible, les aider à reprendre le travail, promouvoir la santé au lieu de se contenter de payer des factures. Une mutualité peut le faire. Car c'est précisément là ma critique : elles ne le font pas assez, et elles se sont trop comportées comme des organismes de remboursement et comme des concurrents qui attirent les membres avec des avantages sans grand rapport avec la santé. C'est pourquoi je leur ai proposé un pacte de réforme, et j'y précise d'emblée ce que j'attends d'elles. Qu'elles deviennent des fonds de santé, évalués en fonction de leurs résultats : combien de leurs membres ont été vaccinés et dépistés, combien de malades de longue durée ont-elles aidés à reprendre le travail, dans quels délais paient-elles les prestataires de soins ?

Un pacte de réforme

Une grande partie de leur financement devrait en dépendre. Elles devraient également fusionner pour former des organisations performantes, au lieu de cette mosaïque de bureaux provinciaux qui existe parfois actuellement.

Les mutualités font encore autre chose, et vous y retrouvez le mécanisme que je viens d'évoquer, à plus petite échelle. Pour ce que l'assurance obligatoire ne rembourse pas, il existe des assurances hospitalisation complémentaires, proposées par des assureurs privés et par les mutualités. Chez les assureurs privés, près des trois cinquièmes des primes passent par des contrats collectifs souscrits par les employeurs : là encore, c'est surtout la population active et relativement en bonne santé qui est ainsi assurée. Les personnes qui partent à la retraite sont généralement exclues de ce groupe. La loi autorise le maintien individuel de la police, mais souvent, la prime est trop élevée pour un retraité. Beaucoup de personnes se tournent alors vers l'assurance de leur mutualité, qui accepte également les adhérents déjà malades ou âgés (précisons toutefois qu'elle applique des stages d'attente et que des restrictions de trois à cinq ans s'appliquent aux suppléments d'honoraires en chambre seule : il n'est pas possible de garantir un accès égal sans ces restrictions dans le cadre des assurances libres – c'est la raison pour laquelle je ne leur attribuerai pas de rôle supplémentaire important). Les assureurs privés peuvent également proposer de telles polices accessibles, et le fisc récompense cela, mais ils le font beaucoup moins que les mutualités ; d'après mes informations, ils ne le font pas ou très peu. On observe donc chez nous aussi la segmentation que j'évoquais : le marché sélectionne les bons risques, tandis que les mutualités assument une plus grande part des mauvais risques.⁸

Les mutualités offrent également à leurs membres des « avantages complémentaires », qui s'appliquent à l'ensemble des membres – il s'agit donc d'une généralisation obligatoire au niveau de la mutualité. La solidarité entre les membres joue ici un rôle bien plus important que dans le cas des assurances complémentaires facultatives qu'elles proposent. Mais là aussi, des changements sont nécessaires. Leurs avantages complémentaires devraient alors bien concerner la santé, en se basant sur une efficacité scientifiquement prouvée, et non sur le remboursement de thérapies sans données probantes, comme l'homéopathie. Et, par ailleurs, elles ne devraient pas non plus servir à réassurer les tickets modérateurs qu'elles ont elles-mêmes convenus dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire. Et leurs assurances complémentaires doivent rester ouvertes à tous, y compris à ceux qui sont déjà malades, sans bénéfices excessifs. Si les mutualités agissent ainsi, elles ont un avenir, et celui-ci est meilleur que ce que le marché pourrait offrir. Si elles ne le font pas, elles n'ont pas d'avenir, et je ne serai pas celui qui les défendra. En d'autres termes, mon objectif est de renforcer le profil des mutualités en tant qu'organisations sociales, en tant qu'acteurs de la solidarité, afin que la distinction avec les assureurs privés s'accroisse, et non qu'elle s'estompe. Un traitement particulier des mutualités, par rapport aux assureurs privés, est défendable, mais uniquement s'il reste lié à des obligations vérifiables : accessibilité pour tous, objectifs de santé et des recettes qui reviennent aux assurés.⁹

La solidarité : un bien précieux et limité

L'assurance obligatoire est la technique. Mais cette technique repose sur un fondement, à savoir la solidarité : la volonté de partager avec des personnes que l'on ne connaît pas personnellement. Je voudrais vous dire deux choses sur la solidarité. Qu'elle ne peut exister sans responsabilité. Et qu'elle est inévitablement limitée. Quiconque oublie l'un de ces deux éléments la met en péril.

**La solidarité
ne peut exister
sans responsa-
bilité.**

Commençons par la responsabilité. J'y ai beaucoup réfléchi au cours de ma vie, en tant que chercheur et en tant qu'homme politique, et je résume cela en une image. Une solide table de solidarité a besoin de quatre pieds.¹⁰

Le premier pied, c'est la responsabilité les uns envers les autres. La solidarité signifie littéralement que nous assumons la responsabilité les uns envers les autres : je t'aide quand tu es confronté à l'adversité, et toi, tu m'aides. Dans la pratique, c'est banal : nous payons des impôts et des cotisations sociales. Mais ce devoir banal est le cœur moral du système, et il s'applique à tout le monde, y compris à ceux qui pensent qu'ils n'auront jamais besoin d'allocations.

Le deuxième pied est la responsabilité de ceux qui reçoivent une aide. On peut demander à une personne qui perçoit des allocations de chômage de chercher véritablement du travail. On peut demander à une personne malade mais encore apte au travail d'essayer de travailler. Ce n'est pas de la méfiance ; c'est la condition qui justifie la solidarité pour ceux qui la financent. Mais je dois apporter une précision subtile, car nous devons mener le bon débat. Une assurance permet de prendre des risques et de se comporter différemment ; c'est son objectif. Le comportement des gens peut donc changer sous l'effet de la sécurité sociale ; ceux qui veulent exclure cette possibilité souhaitent supprimer l'assurance. La question n'est pas de savoir si le comportement change, mais à partir de quand ce changement devient un abus et à partir de quand le résultat est finalement profondé-

Un bon État social est sensible à la responsabilité sans qu'il en fasse une obsession.

ment injuste : lorsque les intéressés préfèrent clairement ne pas se fouler et lorsque les allocations deviennent une raison de ne pas chercher d'emploi, lorsque, dans les soins de santé, la surconsommation et la surproduction font grimper les coûts. Un bon État social est sensible à la responsabilité sans qu'il en fasse une obsession.

Mais il faut être cohérent. Il y a aussi l'inverse. Ces dernières semaines, les médias ont de nouveau largement évoqué les abus en matière d'indemnités de maladie, et des voix se sont élevées pour réclamer la fin du « profitariat ». Il faut lutter contre les abus ; ce n'est pas pour rien qu'il y a 25 ans, en tant que ministre fédéral de l'Emploi, j'ai lancé le premier vaste programme d'activation des demandeurs d'emploi, qui associait des droits à des devoirs. Je ne fais rien d'autre aujourd'hui. Mais on ne regarde toujours que dans une seule direction : vers les bénéficiaires d'allocations, souvent des personnes vulnérables, souvent des personnes à la limite de la pauvreté. Du côté des revenus de la solidarité, il existe également un phénomène qui présente de nombreux points communs avec l'aléa moral dans les allocations : un système qui permet de détourner à d'autres fins des risques parfois

Les allocations sociales peuvent être détournées pour ne pas travailler, la société peut être détournée pour ne pas contribuer.

utiles. Les sociétés – c'est ce dont je veux parler – sont des instruments précieux : elles permettent d'entreprendre, de prendre des risques, de mettre en commun des capitaux, de transmettre une entreprise. Mais tout comme les allocations sociales peuvent être détournées pour ne pas travailler, la société peut également être détournée pour ne pas contribuer : pour transformer un revenu qui est en réalité un salaire en un revenu du capital, beaucoup moins imposé et pour lequel il n'y a pratiquement pas de cotisations sociales à verser. Ceux qui agissent de cette manière bénéficient de la protection

organisée par la collectivité, mais ils s'organisent pour éviter leur propre contribution. Ce problème prend de l'ampleur. De plus en plus de personnes à revenus élevés créent une société afin de payer moins d'impôts et de cotisations sociales. Cette tendance à la mise en société [JB2.1] coûte chaque année à notre État social entre 4,2 et 4,7 milliards¹¹. Pour la première fois dans ce pays, ce phénomène a été analysé de manière très détaillée et à l'aide de différentes méthodes par le service d'études de Vooruit. Soyons clairs. Les personnes qui possèdent une société de gestion n'enfreignent aucune règle aujourd'hui. Elles travaillent dur. Elles entreprennent. Et elles tirent parti de la réglementation en vigueur. Ce sont des règles établies par les responsables politiques. Donc, si les politiques ouvrent une porte, on ne peut pas reprocher aux gens de l'utiliser. Le problème ne réside pas dans ceux qui créent une société dans le seul but de payer moins d'impôts, mais dans le système fiscal qui n'est pas équitable. Et dans ceux qui refusent de rendre ce système plus équitable. Car cela coûte chaque année des milliards à notre État social. Et nous ne devons certainement pas stigmatiser les indépendants et les véritables

entrepreneurs : la grande majorité d'entre eux paie correctement, et ils ont tout intérêt à ce que ceux qui contournent les règles soient sanctionnés. Mais le principe est clair : toute forme de profitariat est mauvaise, non seulement le profitariat de ceux qui se trouvent en bas de l'échelle, mais aussi le profitariat de ceux qui se trouvent au sommet. Un débat sur la responsabilité qui ne s'adresse qu'aux plus faibles n'est pas un débat sur la responsabilité ; c'est un débat sur le pouvoir.

Dans le domaine social, arbitrage fiscal n'est pas synonyme d'aléa moral. Cependant, tout comme l'aléa moral est inévitable et ne constitue pas nécessairement un « abus », mais peut néanmoins conduire à une injustice morale fondamentale (je l'ai expliqué en détail l'année passée dans ma conférence « Sidney Ball » annuelle), l'arbitrage fiscal peut lui aussi conduire à une situation fondamentalement inéquitable, par le biais d'un système qui crée des incitants qui peuvent encourager des comportements indésirables. L'arbitrage fiscal fait référence à l'exploitation des différences de pression fiscale entre différentes situations juridiques, sans que la réalité économique soit nécessairement différente. Une caissière, un enseignant ou un chauffeur de bus ne peuvent pas choisir la manière dont leur salaire est imposé. Les salaires élevés qui font appel à un comptable, en revanche, en ont la possibilité. On aboutit ainsi à des situations où deux personnes exerçant exactement le même métier, pour le même employeur, sont imposées différemment. Un informaticien salarié qui gagne 100 000 euros bruts par an en retire 42 515 euros nets. Si un collègue informaticien effectue le même travail par l'intermédiaire d'une société de gestion, il en retire 61 815 euros. Il cotise donc à hauteur de 20 000 euros de moins que son collègue qui effectue le même travail. Et je ne parle même pas de son accès à toutes sortes d'avantages sociaux, tels qu'un tarif réduit chez le médecin, la crèche ou des bourses d'études qui ne lui sont absolument pas destinées. En effet, les revenus du capital ne sont pas pris en compte pour l'octroi des prestations sociales.

Tout cela a également un impact sur un problème de financement très réel et croissant de la sécurité sociale des indépendants. La protection sociale des indépendants a été systématiquement renforcée au cours des dernières décennies, jusqu'à créer quasiment un statut à part entière, avec notamment l'intégration des petits risques pour les indépendants dans les soins de santé et une amélioration très significative dans le domaine des pensions, dont les effets se feront encore sentir à l'avenir. Mais le financement par les cotisations n'a pas évolué dans le même sens : en 2018, plus de soixante pour cent des recettes du régime des indépendants provenaient encore des cotisations sociales ; en 2025, ce chiffre était de cinquante-cinq pour cent, et d'ici 2031, il devrait avoisiner la moitié, tandis que la part des ressources publiques générales augmente. Dans le régime des salariés, cette tendance est beaucoup plus limitée. L'une des causes réside précisément dans le glissement des revenus du travail vers les revenus du capital via la société : les cotisations sociales sont prélevées sur ce que l'indépendant perçoit person-

nellement à titre de revenu professionnel, et non sur ce qui reste dans la société ou est distribué sous forme de dividendes. Si l'on souhaite encore renforcer la protection sociale des indépendants – et c'est mon cas –, on doit donc à la fois repenser la structure des cotisations et lutter contre l'optimisation parafiscale. Il ne s'agit pas d'une attaque contre les indépendants, mais bien de la condition pour préserver la viabilité de leur propre régime.

J'ai déjà expliqué deux pieds de la table qui représente la solidarité. Le troisième pied est la responsabilité partagée : la responsabilité de créer des opportunités afin que les personnes puissent elles-mêmes assumer leurs propres responsabilités. Demander des responsabilités sans donner les moyens de les assumer n'est pas une politique ; c'est abandonner les personnes à leur sort, pire encore, c'est un reproche sans aucune solution. L'exemple qui me préoccupe le plus : les personnes en maladie de longue durée qui, avec une aide adéquate, pourraient reprendre le travail. Se contenter de leur demander de redoubler d'efforts ne mène

Demander des responsabilités sans donner les moyens de les assumer n'est pas une politique.

à rien. Le médecin généraliste doit évaluer et accompagner, l'employeur doit proposer un travail adapté, la mutualité doit aller à la rencontre des personnes au lieu de se contenter de gérer des dossiers, et les services pour l'emploi doivent suivre. Si l'un d'entre eux se cache derrière les autres, le malade ne peut pas faire grand-chose lui-même. C'est une responsabilité partagée, et c'est la logique de ce que nous appelons le « Retour au Travail ». J'y reviendrai dans la troisième partie de

cette conférence, car c'est le plus grand chantier social du moment.

Le quatrième pied est la responsabilité politique. Organiser la solidarité demande des compromis, et parfois, un responsable politique doit accepter une mesure bien en deçà de ce qu'il considère comme l'idéal, pour éviter que l'ensemble ne tombe entre les mains de ceux qui veulent le démanteler. Le parti auquel j'appartiens ne fait pas partie de ce gouvernement parce que c'est confortable, mais parce qu'on ne laisse pas la solidarité organisée entre les mains de ses adversaires.

Ce que j'ai dit jusqu'ici sur la responsabilité – la table et ses quatre pieds – est lié à une conviction profonde que j'ai depuis longtemps : lorsqu'on invoque la « responsabilité », on ne doit pas le faire uniquement à l'égard de ceux qui sont pauvres ou impuissants ; la responsabilité envers la société s'applique également à ceux qui connaissent la réussite et le pouvoir¹². C'est ce qui me motive aujourd'hui plus que jamais, dans le contexte budgétaire dans lequel se trouve notre pays.

Voilà pour le fondement de la solidarité. Passons maintenant au deuxième point : la solidarité a ses limites, et ceux qui le nient ne lui rendent pas service.

Elle est limitée par les ressources. Chaque euro ne peut être dépensé qu'une seule fois. Si les dépenses de pensions augmentent fortement en raison du vieillisse-

ment de la population – et c’est le cas –, il en reste moins pour d’autres besoins qui ne cessent eux aussi de croître : les soins de santé mentale, les crèches, les soins aux personnes âgées à domicile. Il ne s’agit pas d’un discours alarmiste sur un système en faillite ; ce discours est erroné. Il s’agit d’un discours sur les choix, et j’y reviendrai dans le cadre de la réforme des pensions.

Elle est limitée en termes de personnes. Les soins de santé, ce sont des personnes au service d’autres personnes. On peut imprimer de l’argent, mais on ne peut pas créer des infirmiers. C’est à la croisée de l’argent et des personnes que se situe le plus grand problème des soins de santé : une double hausse des coûts qui progresse plus rapidement que l’économie en raison du vieillissement de la population et de l’innovation continue dans les soins de santé, tandis que la main-d’œuvre nécessaire pour effectuer ce travail se raréfie. J’y reviendrai également.

Et cette solidarité est limitée, car elle suppose par définition l’« appartenance » à un cercle de solidarité. Une solidarité forte, comme dans un État social national, suppose que les personnes se reconnaissent suffisamment les uns dans les autres en tant que porteurs de risques sociaux partagés, qu’ils perçoivent les règles du jeu comme équitables et constatent qu’elles s’appliquent à tout le monde³. De bonnes institutions créent cette reconnaissance, même dans une société diversifiée. Mais leur capacité n’est pas illimitée, et lorsqu’elles sont trop sollicitées, les individus se replient sur leur propre groupe. Quiconque souhaite élargir le cercle de solidarité doit veiller à ce que le cercle existant n’implose pas. C’est une leçon que la gauche a trop longtemps refusé d’entendre, et dont la droite abuse trop volontiers.

Je résume. La solidarité demande une obligation pour pouvoir exister, la responsabilité de chacun pour pouvoir perdurer, et elle est limitée en termes d’argent, de personnes et de périmètre. Il en découle une conclusion contre-intuitive : si l’on veut préserver l’État social, il faut le faire évoluer continuellement. Dans notre pays, nous devons concrétiser trois éléments à la fois : des prestations sociales adéquates, un taux d’emploi élevé et un budget viable. Cela ressemble à une sorte de trilemme pour notre système politique : il semble que, dans la pratique politique, on ne puisse mettre en œuvre que deux éléments sur les trois à la fois. Au cours des dernières décennies, nous les avons surtout poursuivis l’un après l’autre, par vagues : d’abord les prestations sociales, puis l’activation, puis le budget, puis à nouveau les prestations sociales, puis à nouveau l’activation... Tout l’art consiste à les poursuivre simultanément : garantir à la fois un État social décent et équitable, des chances d’emploi pour tous et un budget viable à long terme. C’est le sujet du troisième acte.

La solidarité demande l’obligation pour pouvoir exister, la responsabilité de chacun pour pouvoir perdurer, et elle est limitée en termes d’argent, de personnes et de périmètre.

Pourquoi réformer ? Les risques évoluent

Imaginons que Van Acker soit parmi nous aujourd'hui, que dirait-il ?

La raison la plus fondamentale pour laquelle nous devons sans cesse réformer, c'est que les risques évoluent. Vous souvenez-vous des quatre préoccupations de Van Acker ? La vieillesse, la maladie et les accidents, le chômage, et trop d'enfants pour un salaire trop faible. Je voudrais vous proposer une expérience de pensée. Imaginons que Van Acker soit parmi nous aujourd'hui, en 2026, et qu'il note à nouveau ce qui empêche les gens de dormir la nuit. Que dirait-il ?

Menons cette expérience de pensée en deux étapes. Qu'aurait dit Van Acker au sujet des grands risques sociaux, ceux auxquels l'État social doit apporter une réponse, s'il était réapparu sur la scène publique 50 ans plus tard, c'est-à-dire en 1994 ? À l'époque où vos parents venaient tout juste d'entrer dans la vie active ou étaient encore étudiants.

En 1994, il aurait certainement constaté en premier lieu que de plus en plus de femmes exerçaient un travail rémunéré, mais qu'elles devaient néanmoins concilier celui-ci avec des tâches domestiques non rémunérées. En 1944, l'attention se portait principalement sur l'homme en tant que seul soutien de famille : en tant que tel, il devait être bien protégé, car la sécurité d'existence de toute la famille en dépendait souvent. La vie de ce soutien de famille masculin comportait en outre deux phases bien distinctes : d'abord le travail, à temps plein, puis la retraite, également à temps plein. Le monde de 1994 se présente déjà sous un tout autre jour : hommes et femmes traversent ensemble différentes phases de leur vie : pendant plusieurs années, ils doivent concilier un emploi rémunéré et les soins aux jeunes enfants ; puis les enfants quittent le foyer, mais viennent alors s'ajouter les soins à prodiguer aux parents et beaux-parents qui deviennent dépendants et ont besoin d'aide. Et, alors qu'en 1944, la sécurité d'existence des femmes était peut-être surtout menacée par le risque de se retrouver soudainement veuve, le risque pour les femmes en 1994 est plutôt de se retrouver seules, à la suite d'une crise conjugale, avec un ou deux enfants à charge et un emploi à mi-temps. L'État social de 1994 doit donc mettre en place des dispositifs permettant aux personnes, tout au long des différentes étapes, parfois inattendues, de leur vie, de

concilier un emploi rémunéré avec leurs responsabilités familiales et celles envers des proches dépendants. Plutôt que des allocations « pour famille nombreuse » ou de simples pensions, cela nécessite des dispositifs spécifiques : garde d'enfants, aide à domicile et soins aux personnes âgées. Et ceux qui travaillent à temps partiel doivent également bénéficier d'une protection sociale suffisante dans le cadre de cet emploi à temps partiel.

En 1994, Van Acker aurait constaté avec regret l'émergence d'un groupe croissant de chômeurs structurels : des personnes qui ne travaillent pas, non pas tant « par manque de travail », mais parce que leur formation et leurs compétences ne sont plus adaptées aux exigences du marché du travail, ou parce que les entreprises traditionnelles ont des exigences personnelles élevées quant à la qualité de leur personnel, auxquelles de plus en plus de personnes ne répondent pas en raison de diverses vulnérabilités personnelles. Van Acker aurait plaidé en faveur de bien plus d'accompagnement et de formation pour les chômeurs, en bref, pour plus d'activation.

La grande préoccupation de Van Acker ne serait plus la maladie dont on meurt, mais celle avec laquelle on vit : le diabète, l'insuffisance cardiaque... pendant des années. Il nous dirait que tant le remboursement des soins de santé que l'organisation des soins de santé doivent être adaptés de toute urgence à cette réalité.

Ce que je décris ici correspond à ce que les spécialistes en sciences sociales ont appelé, au milieu des années 1990, les « nouveaux risques sociaux ». Il s'agit des « risques d'une société postindustrielle », comme le disaient ces scientifiques. Van Acker, qui a façonné la sécurité sociale de la société industrielle, l'aurait sans doute reconnu. Il aurait dit : nous devons miser davantage sur les services, et pas seulement sur l'argent. Il aurait ajouté que les individus portent eux-mêmes une partie de la responsabilité de se reconverter, d'accepter un accompagnement vers l'emploi, bref, de s'inscrire dans une politique d'« activation ». Peut-être aurait-il, d'une manière générale, davantage insisté sur la responsabilité individuelle qu'en 1944, car une partie des « nouveaux risques » est en effet liée à la façon dont nous organisons notre vie et à ce que nous faisons de ce que nous offre l'État social. Les personnes de gauche pensent parfois que l'accent mis sur l'activation et la responsabilité individuelle qui y est associée constituait, dans les années 1990, une « concession » des sociaux-démocrates (devenus plus à droite) au « néolibéralisme », et qu'il s'agissait purement et simplement d'un glissement idéologique. Ce n'est pas le cas : les anciens risques sociaux, ceux dont parlait Van Acker en 1944, s'abattaient bien davantage sur les individus indépendamment de leur comportement et de leurs choix de vie ; c'est moins le cas avec les « nouveaux risques ». Le néolibéralisme, c'est une approche unilatérale et impitoyable de la responsabilité, une table bancal qui ne repose que sur un seul pied ; la social-démocratie, c'est

Nous devons miser davantage sur les services, et pas seulement sur l'argent.

la table à quatre pieds dont je parlais tout à l'heure. Voilà la différence. Et pas le constat que la solidarité suppose également une responsabilité. Et pas que cette responsabilité joue un rôle plus important pour certains « nouveaux » risques sociaux que pour les « anciens » risques classiques.

Et que dirait Van Acker s'il était présent ici aujourd'hui, plus de 80 ans plus tard ?

Je vais tenter une hypothèse, et vous pouvez me contredire.

Je pense qu'il serait avant tout un peu en colère parce que nous avons adapté trop lentement notre État social aux nouveaux risques sociaux, que nous nous sommes accrochés trop longtemps aux anciennes recettes, que nous avons attendu trop longtemps avant de vraiment miser sur l'activation... C'est ce que je pense. Et de quels risques supplémentaires parlerait-il ensuite ?

Sa première préoccupation ne serait plus l'ouvrier qui perd un bras à l'usine – même si cela arrive bien sûr encore – mais la femme de cinquante ans qui, après un burn-out, est clouée à la maison depuis déjà deux ans, ou le jeune homme de vingt-six ans qui, en raison d'une dépression, se retrouve exclu du marché du travail. Plus d'un demi-million de Belges souffrent d'une maladie de longue durée, la plupart d'entre eux présentant des troubles psychiques ou des problèmes de dos et d'articulations. Il parlerait à nouveau de la vie avec des maladies chroniques, parfois plusieurs à la fois, de la démence... et de la question de savoir qui prend en charge les soins lorsque vos parents en bonne santé atteignent l'âge de 90 ans et deviennent alors dépendants.

Van Acker aborderait également la nécessité de se préparer aux conséquences de la crise climatique et aux risques sociaux et sanitaires qui y sont liés.

Ce que ces nouvelles préoccupations ont en commun, encore plus qu'avant, c'est qu'elles ne peuvent pas être réglées par un simple chèque. En 1944, la réponse à tout risque était une allocation. Pour les préoccupations d'aujourd'hui, une allocation est nécessaire, mais ne suffit pas. Une personne atteinte d'une maladie de longue durée a besoin d'un accompagnement, d'un travail adapté et de soins de santé mentale de qualité. Une personne atteinte d'une maladie chronique a besoin de soins organisés autour de sa vie et non autour de l'hôpital. Un enfant qui grandit dans une famille sans emploi a besoin d'une crèche et d'une école qui font la différence, ainsi que de parents qui peuvent travailler. La modernisation de l'État social s'articule donc autour de deux axes : des prestations en espèces aux dispositifs, et d'un soutien passif à l'autonomisation des personnes. Non pas en remplacement des allocations, mais en complément. Mais Van Acker verrait bien sûr aussi des évolutions positives, par exemple en matière de santé mentale : il féliciterait l'Université de Gand pour son « campus de soins », où notre nouvelle offre de soins psychologiques de première ligne s'intègre à celle de l'université.

Van Acker dirait : l'immobilisme est la pire des solutions si l'on tient à l'État social ; il faut réformer ce qui doit l'être. Permettez-moi de concrétiser cela avec le sujet qui me préoccupe le plus : la maladie de longue durée.

Van Acker dirait : l'immobilisme est la pire des solutions si l'on tient à l'État social ; il faut réformer ce qui doit l'être.

Pourquoi tant de personnes souffrent-elles d'une maladie de longue durée ? Ce n'est pas, ou du moins pas en premier lieu, parce que les médecins délivrent trop facilement des certificats ; cette image est fausse. L'explication est en grande partie démographique et sociale. Les régimes sociaux qui permettaient de quitter prématurément le marché du travail ont progressivement disparu ou sont devenus plus stricts – et à juste titre : si nous voulons continuer à verser des pensions décentes, davantage de personnes devront travailler plus longtemps. Il y a également davantage de personnes qui travaillent, en particulier davantage de personnes âgées et davantage de femmes, avec leur double charge quotidienne – leur emploi et leur famille –, jusqu'à un âge plus avancé. Les pathologies ont évolué, les problèmes psychiques et les troubles musculosquelettiques constituant désormais les groupes les plus importants. Et le problème n'est pas tant que davantage de personnes tombent malades, mais que celles qui tombent malades le restent plus longtemps. Le défi ne consiste donc pas seulement à « réduire le nombre de personnes qui tombent malades », mais aussi, dans une large mesure, à « aider les personnes à reprendre le travail plus rapidement et plus efficacement ».

En même temps, il est vrai que notre système d'indemnités de maladie et d'invalidité n'était pas préparé à cette situation à bien des égards, qu'il n'a jamais été réformé depuis de très nombreuses années et qu'il n'a donc pas répondu de manière adéquate à ce vaste défi de société. Beaucoup de choses ont mal tourné dans ce système, il faut bien le dire. C'est pourquoi il doit être réformé en profondeur.

C'est là que la responsabilité partagée entre en jeu. Notre objectif est avant tout la santé ; le retour au travail fait très souvent partie du processus de guérison lui-même, et n'est pas une exigence imposée de l'extérieur. C'est pourquoi nous de-

Responsabilité partagée

mandons à la personne malade de s'interroger au moins une fois par an, voire trois fois au cours de la première année : « Que suis-je encore capable de faire ? qu'est-ce que je souhaite encore faire ? » Ceux qui sont trop malades ne doivent pas reprendre le travail ; ceux qui en sont capables méritent d'en avoir la chance. Nous demandons aux médecins généralistes un avis sur ce que leurs patients sont encore capables de faire. Nous demandons aux mutualités d'accompagner les personnes plutôt que de se contenter de conserver des dossiers, et une partie de leur financement en dépend. Nous demandons aux employeurs de contribuer financièrement plus longtemps pour les salariés en arrêt de travail et de proposer un parcours de réinsertion après six mois ; ceux qui aident les personnes à retrouver un emploi sont récompensés. Et

nous investissons dans la prévention, dans les soins psychologiques de première ligne, dans un travail faisable, car le meilleur retour au travail, c'est l'arrêt de travail qui est évité. La faisabilité du travail doit donc rester une mission prioritaire pour les employeurs et le dialogue social.

Est-ce que cela fonctionne ? Je reste prudent, et je tiens à ce que vous compreniez pourquoi. À court terme, trois facteurs font augmenter le nombre de malades de longue durée sans aggravation de l'état de santé : le relèvement de l'âge de la retraite maintient les personnes plus longtemps dans le système, les fonctionnaires qui, auparavant, bénéficiaient d'une pension anticipée pour cause de maladie se retrouvent désormais en invalidité, et une partie des chômeurs de longue durée qui perdent leurs allocations introduisent une demande de reconnaissance de maladie. À contre-courant de cette tendance, l'INAMI (l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, l'organisme qui supervise ce système) prévoit que le nombre de personnes en invalidité diminuera de plusieurs dizaines de milliers d'ici 2029, au lieu d'augmenter. Il s'agit d'une projection, et non d'un constat ; je ne parlerai d'un revirement que lorsque les chiffres des entrées et des sorties le confirmeront. Ce qui est certain, en revanche, c'est que de plus en plus de gens reprennent le travail à temps partiel malgré leur maladie ; pour environ un jour indemnisé en invalidité sur cinq, la personne concernée travaille également, et celles qui franchissent ce pas reprennent plus souvent le travail à temps plein. C'est là un exemple de responsabilité partagée qui fonctionne.¹⁴

La deuxième préoccupation d'aujourd'hui, la maladie avec laquelle on vit, m'amène à aborder les soins de santé. Encore une fois, ce qu'il faut bien garder à l'esprit, c'est l'évolution des risques. À l'époque de Van Acker, les gens mouraient de leur maladie. Aujourd'hui, ils vivent avec elles, et longtemps, souvent avec plusieurs pathologies à la fois. Cela modifie la signification même du terme « soins » : on a moins besoin de prestations « aiguës », d'interventions médicales et de traitements isolés les uns des autres ; on a davantage besoin d'un suivi et d'un accompagnement continus des personnes confrontées à des problèmes de santé, ainsi que

L'universalisme progressif : une protection pour tous, davantage pour ceux qui en ont le plus besoin, sans limite stricte.

de prévention. Pour cela, il faut une première ligne solide : des généralistes bien organisés, qui collaborent avec des psychologues cliniciens, des kinésithérapeutes, des ergothérapeutes, des diététiciens, ainsi que certains médecins spécialistes... Et l'importance des maladies chroniques modifie la signification du terme « accessibilité ». Il y a plus de vingt ans, j'ai instauré le maximum à facturer : un plafond sur ce qu'un ménage paie de sa poche chaque année pour les soins de santé, et qui est plus bas pour ceux qui gagnent moins. J'ai appelé cela « l'universalisme progressif » : une protection pour tous, davantage pour ceux qui en ont le plus besoin, sans limite stricte. À cela s'ajoute l'intervention majorée, c'est-à-dire un ticket modérateur réduit pour ceux dont les revenus sont inférieurs à un certain seuil. J'ai toujours été un partisan mitigé de ce dispositif, car il est très binaire : un euro de trop et vous perdez tout. Mais j'en suis tout de même partisan,

car il protège des millions de personnes. (Soit dit en passant : autrefois, ce système d'« intervention majorée » était plus simple. L'ancien acronyme désignant le groupe protégé dans l'assurance maladie était VIPO : veuves, invalides, pensionnés et orphelins. Cette liste en dit long sur la société de l'époque, sur la différence entre les groupes à risque dans une société industrielle et dans une société post-industrielle. Aujourd'hui, cette liste serait bien différente.)

Et puis il y a cette troisième préoccupation, que Van Acker mettrait sans aucun doute en avant aujourd'hui : l'enfant qui grandit dans un ménage où personne ne travaille, plutôt que « la famille nombreuse » en soi. Je vais vous donner ici un exemple de la manière dont les chiffres peuvent amener un homme politique à revoir son discours.

Il y a dix ans, j'ai qualifié la pauvreté infantile de problème central de l'État social belge. Près d'un enfant sur cinq grandissait dans un ménage vivant sous le seuil de pauvreté, soit plus qu'aux Pays-Bas, en Allemagne ou en France, et ce chiffre était en hausse. Je savais également pourquoi : nulle part ailleurs en Europe autant d'enfants ne vivaient dans un ménage où personne ne travaillait, et nulle part ces ménages n'étaient aussi mal protégés financièrement. Aujourd'hui, à la lumière des chiffres de 2025, je dois nuancer ce discours. La première partie est une bonne nouvelle. Le risque de pauvreté chez les enfants a baissé à environ un sur sept, ce qui est inférieur à la moyenne européenne, et les ménages sans emploi sont désormais mieux protégés chez nous que dans la plupart des autres pays. Je ne veux pas pour autant dire que le risque de pauvreté dans ces ménages est faible : il reste encore très élevé. Mais elles sont relativement mieux protégées parce que les allocations les plus basses ont été revues à la hausse et parce que l'indexation (qui permet d'augmenter automatiquement les allocations lorsque les prix augmentent) a été maintenue lorsque les prix ont explosé.¹⁵ C'est ce que permettent l'assurance et la solidarité quand on les laisse fonctionner. L'autre partie est tenace. Près d'un enfant belge sur dix vit encore dans un ménage où pratiquement personne ne travaille, l'un des taux les plus élevés d'Europe. Près de la moitié de nos enfants pauvres vivent dans ce type de ménage. À Bruxelles, un enfant sur trois grandit dans la pauvreté, mais le problème n'est pas propre à Bruxelles : il touche les villes et les anciennes zones industrielles de Wallonie et de Flandre. Ce problème ne se résout pas par des allocations ; pour y remédier, il faut du travail, ainsi que des structures d'accueil pour enfants et des écoles qui rendent ce travail possible. Selon moi, c'est l'une des raisons pour lesquelles il faut s'inquiéter de la prolifération des flexijobs chez les personnes encore en âge de travailler, qui combinent donc un flexijob avec un emploi à quatre cinquièmes ou à temps plein. La répartition inégale du travail entre les ménages, avec d'un côté des « ménages à très forte activité » (dont les membres travaillent beaucoup) et de l'autre de nombreux « ménages à très faible activité » (où presque personne ne travaille), n'est pas souhaitable. Il est bon qu'il y ait des « ménages à forte activité », mais nous devons veiller à ce que les petits emplois soient également attribués aux ménages où personne ne travaille actuellement.

Ne laissez personne vous dire qu'il faut choisir entre une bonne protection et plus de personnes qui travaillent.

Ne laissez personne vous dire qu'il faut choisir entre une bonne protection et plus de personnes qui travaillent. Le Danemark et la Finlande protègent mieux que nous aujourd'hui les ménages sans emploi, et pourtant, dans ces pays, le nombre d'enfants grandissant dans un tel ménage est inférieur d'un quart à un tiers. Je ne veux pas dire par là que ces pays ne sont pas eux aussi confrontés à un exercice d'équilibre difficile. Ce que je veux dire, c'est que la protection des revenus

et l'emploi ne s'opposent pas ; les pays les plus performants concilient les deux.¹⁶ Et j'ajoute une préoccupation que j'avais déjà en 2002 : sur cent euros de dépenses sociales, près de quarante-huit sont désormais consacrés aux pensions, contre quarante et un il y a dix ans. Ce n'est pas une erreur, c'est le vieillissement de la population et l'augmentation des pensions minimales, mais cela signifie que la marge de manœuvre

pour investir dans les enfants devra être conquise de haute lutte.

Permettez-moi d'ajouter ceci également. Au début des années 1980, je me suis farouchement opposé au gouvernement de centre-droit de l'époque, le gouvernement Martens V. Mais je dois admettre, et nous devons d'ailleurs déjà le reconnaître à l'époque, que ce gouvernement, malgré d'importantes coupes budgétaires touchant de larges pans de la population, s'efforçait tout de même de protéger les revenus les plus faibles face aux mesures d'austérité générales mises en place. Je ne dis pas que les personnes vulnérables n'ont pas été touchées à l'époque : le chômage a considérablement augmenté, et les chômeurs de longue durée ainsi que certains bénéficiaires d'allocations vivant en couple ont été directement affectés par les économies et les réformes, ainsi que par une approche stricte (et en réalité aveugle) à l'égard des femmes en situation de chômage de longue durée. Mais ce ne sont pas seulement les salaires minimums qui ont été épargnés ou compensés, en tout ou en partie : les revenus les plus bas de l'aide sociale et certaines prestations sociales modestes l'ont également été. C'était un objectif politique très explicite de cette coalition de centre-droit. Je suis donc parfois consterné par la pression qui s'exerce aujourd'hui pour réduire notre protec-

Notre ennemi, ce ne sont pas les personnes malhonnêtes ; ce sont les systèmes défailants.

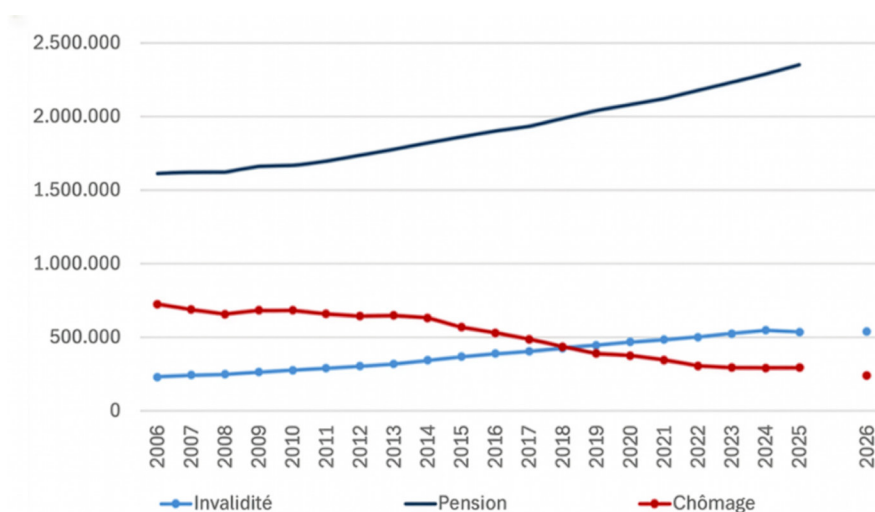
tion sociale de base. Comme notre société est devenue dure... C'est quelque chose que je n'accepterai pas. C'est aussi pour moi une raison de réfléchir aux mots que nous employons. Je parlais tout à l'heure de « profitariat » et d'« abus ». Ces phénomènes existent, et il faut les combattre. Mais cela ne signifie pas que nous devions sans cesse diviser la société en

bonnes et mauvaises personnes, en ramenant chaque problématique aux « profiteurs sociaux », aux « infirmières à domicile qui trichent », aux « indépendants qui fraudent », aux « riches patrons »... Ne faire que ça, c'est saper de plus en plus le soutien dont bénéficie la solidarité. La méfiance quant à la manière dont les gens peuvent utiliser les systèmes sociaux et fiscaux est normale, l'hostilité ne l'est pas. Notre ennemi, l'obstacle auquel nous sommes confrontés, ce ne sont pas les personnes malhonnêtes ; ce sont les systèmes défailants.

Pourquoi réformer ? L'architecture de l'État social évolue

Lorsque les risques évoluent, la structure évolue elle aussi. Regardez le premier graphique, l'un des rares que je vous montre. Il illustre en trois courbes ce qui est arrivé à notre sécurité sociale au cours des vingt dernières années.

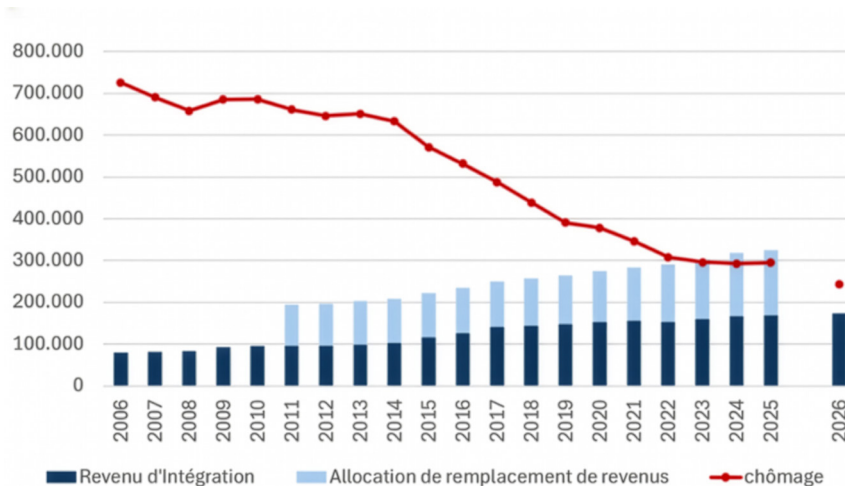
Graphique 1 : pensionnés, personnes en invalidité et chômeurs complets 2005-2026



Source : chiffres du SPF Sécurité sociale, de l'INAMI et de l'ONEM. Estimation du chômage en 2026 sur base des deux premiers trimestres ; invalidité sur base des projections de l'INAMI.

La courbe du haut, celle des pensionnés, augmente régulièrement : c'est le vieillissement de la population. Mais observez les deux autres courbes. Il y a vingt ans, le chômage constituait la principale branche de dépenses pour les personnes en âge de travailler, tandis que l'invalidité était une petite catégorie. Aujourd'hui, les chiffres sont inversés : le nombre de chômeurs a fortement diminué, tandis que celui des malades de longue durée a plus que doublé. Et sur le deuxième graphique, vous voyez une troisième tendance : le nombre de personnes percevant le revenu d'intégration ou une allocation pour personnes handicapées augmente si fortement qu'il y a désormais à peu près autant de bénéficiaires d'une aide sociale que d'allocations chômage.

Graphique 2 : chômeurs complets par rapport aux bénéficiaires du revenu d'intégration et de l'allocation de remplacement de revenu



Source : chiffres du SPF Sécurité sociale, du SPP IS et de l'ONEM. Estimation du chômage en 2026 sur la base des deux premiers trimestres.

L'architecture de notre État social est donc en pleine mutation, en partie sous l'effet d'évolutions en cours depuis longtemps déjà dans la société, en partie sous l'effet de nos politiques. Je vais m'attarder sur quatre éléments de cette architecture : les pensions, le chômage, le filet de sécurité de l'aide sociale, ainsi que les soins de santé.

Commençons par les pensions. Je ne m'étendrai pas longuement sur ce sujet, mais je tiens à être clair sur le pourquoi et sur l'équilibre (difficile) qu'il convient de trouver en la matière. On vous dit que le régime de pension est en faillite. Ce n'est pas exact, et ce n'est pas la raison pour laquelle je souhaite le réformer. Ma raison figure dans le rapport de la commission d'experts que j'ai eu l'honneur de présider il y a douze ans : un régime de pension est un contrat social entre les générations, et ce contrat doit laisser une marge de manœuvre. Une marge pour des pensions décentes, y compris pour vous qui n'y penserez que dans 45 ans environ, et une marge pour d'autres besoins qui ne cessent de croître : les soins, la garde d'enfants, les soins de santé mentale... Si la part des pensions dans les dépenses sociales continue d'augmenter comme ces dix dernières années, cette marge de manœuvre disparaîtra. C'est pourquoi davantage de personnes doivent travailler plus longtemps et le lien entre travail et pension doit être renforcé. Mais, et c'est là l'essentiel, pas en pénalisant ceux qui, pour cause de maladie, de soins à autrui ou d'adversité, n'ont pas pu se construire une longue carrière. Nous n'avons pas besoin d'un régime de pension qui ne soit plus qu'une assurance au sens strict du terme, dans lequel on ne retouche que ce que l'on a cotisé ; cela, le marché peut très bien s'en charger. Le régime de pension obligatoire repose également sur la solidarité : entre ceux qui ont beaucoup gagné et ceux qui ont peu gagné, entre

ceux qui ont généralement été en bonne santé et ceux qui ont été plus souvent malades, entre ceux qui ont toujours travaillé et ceux qui ont été touchés par le chômage involontaire, et avec ceux qui ont interrompu leur carrière pour s'occuper de membres de leur famille. L'équilibre entre assurance et solidarité, voilà un défi crucial dans le débat sur les pensions.

L'équilibre entre assurance et solidarité, voilà un défi crucial dans le débat sur les pensions.

En résumé, trois grandes évolutions sont en cours dans ce domaine depuis 2020. Tout d'abord, un investissement considérable a été réalisé pour renforcer la solidarité du régime de pension grâce à une augmentation massive des pensions minimales. Pour une personne ayant une carrière de 45 ans, celles-ci sont passées de 1300 euros bruts en 2020 à 1880 euros bruts aujourd'hui. La pauvreté chez les retraités diminue ainsi fortement. Ensuite, une réforme est actuellement mise en œuvre pour renforcer le lien entre travail et pension, et donc renforcer la dimension « assurance ». Par exemple, les personnes ayant une carrière relativement courte peuvent toujours prendre une retraite anticipée, mais avec une pension moins élevée. Elles peuvent également continuer à travailler un peu plus longtemps, ce qui est plus avantageux pour leur pension. Les personnes ayant droit à la pension minimale (fortement améliorée) sont préservées des aspects les plus sensibles de la réforme actuelle des pensions. Ainsi, le plafond applicable aux périodes de chômage pouvant être prises en compte dans le calcul de la pension ne s'applique pas à celles et ceux qui ont droit à la pension minimale. Pour avoir droit à celle-ci, il faut toutefois avoir une carrière suffisamment longue ; si ce n'est pas le cas, et que vous percevez une petite pension sans autre revenu, vous relevez alors de la garantie de revenus aux personnes âgées (elle aussi nettement améliorée). Le résultat de ces différentes évolutions est précisément le dilemme de cette réforme des pensions (et de toute réforme de ce type), qui renforce le lien entre travail et pension : ce sont les personnes qui perçoivent une pension modeste en raison d'une carrière très courte qui ressentent le plus les effets de la réforme. C'est malheureusement inévitable. Lorsque la Commission d'experts Réforme des pensions a plaidé en 2013 en faveur d'une approche « sensible à la carrière » du régime des pensions, nous avons été applaudis de toutes parts. Maintenant qu'une réforme des pensions « sensible à la carrière » est mise en œuvre, on constate ce que cela signifie concrètement et l'impact de la différence historique entre les carrières masculines et féminines. Heureusement, l'écart – inacceptable – entre hommes et femmes sur le marché du travail ne cesse de se réduire : au début des années 1980, environ 40 % des femmes occupaient un emploi, contre 70 % aujourd'hui. Il s'agit là d'une évolution positive, qui renforcera considérablement les pensions des femmes. La seule conclusion possible est la suivante : il faut soutenir par tous les moyens possibles (tels que les structures d'accueil des enfants, mais aussi un partage plus équitable des tâches de soin au sein des familles) cette évolution qui permet aux femmes de mener des carrières meilleures et plus longues. Enfin, une troisième évolution est à l'œuvre : nous organisons

une certaine convergence (sans uniformisation totale) entre le régime de pension des personnes nommées à titre définitif comme fonctionnaire ou enseignant et le régime des salariés sous contrat de travail ordinaire. Ce n'est pas une mesure évidente, mais si l'on veut maîtriser la hausse des dépenses de pension, c'est aussi une forme de solidarité (difficile). Sans oublier qu'il existe également des mesures importantes visant spécifiquement à réduire les pensions les plus élevées. Je ne prétends pas que la réforme actuelle des retraites soit parfaite : il s'agit d'un compromis avec des partis qui ont sur certaines questions un point de vue différent du mien ; elle ne répond certainement pas sur tous les points à la logique stricte du Rapport d'experts de 2013. Mais une réforme était bel et bien nécessaire, avec un équilibre entre assurance et solidarité.

Venons-en maintenant au chômage. Ce gouvernement a limité la durée des allocations chômage, en règle générale à deux ans. Je ne vais pas vous dire que cette décision allait de soi. Je vais toutefois vous expliquer pourquoi je la trouve défendable, et où se situent les risques. Dans presque tous les États sociaux qui nous entourent, l'assurance chômage est depuis longtemps limitée dans le temps, après quoi intervient l'aide sociale ; la Belgique faisait exception, mais opte désormais elle aussi pour ce modèle d'aide sociale pour ceux qui restent longtemps au chômage. Parallèlement, nous avons légèrement renforcé le principe d'assurance dans la phase initiale du chômage : des allocations plus élevées au début, un meilleur accès pour ceux qui commencent tout juste à travailler. Les risques sont tout aussi réels. Les premiers chiffres sont décevants : parmi les personnes qui ont perdu leurs allocations jusqu'à présent, une proportion plus faible que prévu a trouvé du travail, tandis qu'une proportion plus importante, près de la moitié, s'est tournée vers le CPAS. C'est en partie logique, car nous avons commencé par les chômeurs de longue durée, le groupe le plus vulnérable. Mais cela confirme ce que j'ai dit à propos de la responsabilité : une incitation financière à elle seule ne fait travailler personne si l'accompagnement et la formation font défaut. On ne peut pas laisser les gens rester au chômage pendant deux ans avant de leur offrir un accompagnement.¹⁷

Par le passé, j'ai défendu le caractère illimité dans le temps de nos allocations chômage en avançant l'argument suivant : comme les allocations chômage peuvent continuer à être versées, les pouvoirs publics se doivent de continuer à suivre les chômeurs, à les activer, mais aussi à leur offrir des opportunités. Cette obligation de l'État doit perdurer aujourd'hui, c'est là le grand défi. Les demandeurs d'emploi doivent continuer à être soutenus à l'avenir, par le biais d'une allocation s'ils en ont besoin financièrement, mais aussi, et surtout, sous la forme d'un accompagnement vers l'emploi. Ce qui change, c'est que les personnes ne pourront plus prétendre à des allocations de chômage pendant 3, 5 ou, dans certains cas, plus de 30 ans même. En d'autres termes, je ne dis pas que les personnes qui se trouvent en pareille situation n'ont plus droit à un soutien et à un accompagnement, mais

qu'elles n'en bénéficieront plus dans le cadre de l'assurance chômage. Certaines personnes devront être accompagnées via l'assurance maladie, d'autres devront être accompagnées par le CPAS car elles reçoivent un revenu d'intégration, et d'autres encore dans le cadre de l'allocation de remplacement de revenu pour les personnes handicapées. Cet accompagnement devrait être meilleur qu'il ne l'est aujourd'hui dans le cadre du chômage, plus personnalisé, tenant davantage compte des problèmes de santé des personnes... À une époque, j'ai plaidé en faveur d'un « État social actif » : une société où l'on combine des allocations décentes avec un soutien solide, où les gens ont non seulement droit à de l'argent, mais aussi à de l'aide. Aucune allocation ne doit devenir une fin en soi. Lorsque j'ai formulé cette ambition, en 1999, cela concernait surtout, en pratique, une activation adéquate des personnes percevant des allocations de chômage et, dans une certaine mesure, le revenu d'intégration. Cette ambition doit désormais être mise en œuvre de manière conséquente dans tous les domaines de la politique sociale, y compris lorsque les personnes dépendent de l'assurance maladie, d'une allocation en raison d'un handicap, ou d'un revenu d'intégration. Nous ne devons abandonner personne, quelle que soit l'allocation perçue. C'est le grand défi que nous devons désormais relever.

Nous ne devons abandonner personne, quelle que soit l'allocation perçue.

Cela m'amène au filet de sécurité constitué par l'aide sociale – le revenu d'intégration et le droit à un minimum de moyens d'existence. Ce filet de sécurité n'est pas une assurance : c'est la réponse de l'ensemble de la société à un besoin, indépendamment de ce qu'un individu a contribué. Si l'architecture évolue comme c'est le cas actuellement, ce filet de sécurité prend d'autant plus d'importance, et il ne doit alors pas devenir une catégorie résiduelle dont personne ne se soucie. Deux éléments sont nécessaires à cet effet. Un niveau décent ; je vous ai déjà fait part de mon opinion sur les pressions visant à le réduire. Et des administrations locales capables d'assumer cette mission : les CPAS accueillent davantage de personnes, et ils doivent non seulement leur fournir un revenu, mais aussi les accompagner vers la formation, l'économie sociale et l'emploi. Nous avons débloqué une somme considérable à cette fin, mais l'argent ne suffit pas. La politique sociale relève de plus en plus de la politique locale, ce qui exige des villes et des communes dotées d'une capacité de gouvernance. Cela vaut pour Bruxelles, où la pauvreté est la plus grande, mais tout autant pour la Flandre : bon nombre de nos communes sont trop petites pour assumer cette tâche, et c'est pour moi l'un des arguments les plus forts en faveur des fusions. Un filet de sécurité solide nécessite des communes solides. Parallèlement, les pouvoirs publics fédéraux et flamands devront s'attacher à « alléger la charge » des administrations et du personnel des CPAS, afin qu'ils puissent se concentrer sur leurs véritables missions essentielles.

La politique sociale relève de plus en plus de la politique locale.

Et enfin, les soins de santé. Vous attendez sans aucun doute de moi des réponses aux défis qui se posent dans ce domaine. Je vais vous les donner, mais de manière très succincte compte tenu du temps dont je dispose.

**Plus d'argent pour
notre santé, plus de
santé pour notre
argent.**

Notre système de santé est sous pression : plus de personnes ayant besoin de soins, avec plusieurs pathologies à la fois, et une pénurie de soignants. J'entends deux réponses à cela, qui sont toutes deux néfastes. « Moins de la même chose » : le patient en demanderait trop, les soins seraient trop accessibles, il faudrait donc modérer la demande grâce à des seuils plus élevés. Il n'y a aucune preuve à l'appui de cette thèse, et ce sont toujours les plus démunis qui sont les premières victimes. L'autre réponse est « plus de la même chose » : simplement plus d'argent, sans rien changer à l'organisation. Ce n'est pas une solution non plus, ne serait-ce que parce que, même avec beaucoup plus d'argent, nous ne trouverions pas les personnes nécessaires pour multiplier l'offre existante. Ce dont nous avons besoin, c'est de plus de quelque chose d'autre. Oui, plus d'argent pour notre santé, une trajectoire de croissance stable. Mais aussi plus de santé pour notre argent. Cela implique quatre choses.

Premièrement : faire des choix en fonction d'objectifs de (soins de) santé. Aujourd'hui, nous répartissons trop le budget de l'assurance maladie entre les catégories existantes et trop peu en fonction de ce qui apporte le plus de santé ; c'est pourquoi il existe désormais une commission indépendante qui propose des priorités et évalue la politique à l'aune de celles-ci.

Deuxièmement : la collaboration et les soins intégrés. L'époque du médecin généraliste travaillant seul est révolue ; l'avenir réside dans une médecine de première ligne où généralistes, infirmiers, psychologues, kinésithérapeutes et pharmaciens assurent ensemble le suivi de la population, avec pour mission la prévention, tandis que les hôpitaux collaborent et se spécialisent au lieu de se faire concurrence.

Troisièmement, le plus difficile : la manière dont nous rémunérons les prestataires de soins. Notre système pratique la rémunération à l'acte : chaque consultation, chaque examen, chaque intervention a un prix figurant dans une liste que nous appelons la nomenclature. Ce système n'est plus d'actualité en tant que modèle dominant, car la prise en charge des personnes atteintes de maladies chroniques n'est pas une simple somme de prestations, mais un processus. Nous travaillons actuellement à une réforme qui s'inscrit encore dans le financement à l'acte classique, mais qui est indispensable : nous rééquilibrons la rémunération des prestations médicales, afin qu'une heure de consultation chez un gériatre ou un psychiatre ne vaille plus une fraction du coût d'une intervention technique ou d'un examen. Cette réforme doit également permettre de refondre le financement des

hôpitaux, en réduisant également le financement à l'acte pour les personnes hospitalisées. À vrai dire, cela aurait dû être fait bien plus tôt. Dans le domaine de la médecine générale, nous testons toutefois déjà une réforme qui va plus loin : un « New Deal » qui propose aux médecins généralistes qui le souhaitent un nouveau modèle de financement et d'organisation ; le médecin généraliste est alors rémunéré en grande partie par patient et non plus à l'acte. Il se voit ainsi confier la responsabilité non seulement d'assurer le bon suivi de ses patients, mais aussi d'investir bien davantage dans la prévention des maladies.

Quatrièmement, les réformes que nous proposons portent sur une question de principe : la certitude quant à ce que l'on paie. Notre assurance maladie conclut des accords avec les médecins sur les tarifs, financés par les deniers publics, afin que le patient sache ce qu'il paie. Mais un médecin qui n'accepte pas un accord peut demander un supplément d'honoraires en plus du tarif, et cela se produit de plus en plus souvent, dans certaines spécialités où les médecins n'acceptent pas les accords (les « médecins non conventionnés ») et dans les chambres individuelles des hôpitaux (sur ce point, y compris par les médecins qui acceptent les accords, les « médecins conventionnés »). Cela sape l'accessibilité et la gouvernabilité des soins, et maintient indéfiniment des lacunes dans le remboursement, car celles-ci sont comblées par des suppléments plutôt que par une meilleure rémunération. C'est pourquoi nous voulons limiter progressivement ces suppléments, en commençant par une interdiction déjà en vigueur pour les personnes les plus vulnérables financièrement. Et c'est pourquoi le modèle du conventionnement doit être repensé : ceux qui intègrent le système méritent davantage de soutien et une certaine souplesse réglementée ; ceux qui en sortent ne peuvent pas continuer à bénéficier de tous les avantages du système.

Et ici, je dois aborder un sujet sensible, que je tiens à traiter avec prudence. J'ai le plus grand respect pour les médecins. Je suis toujours touché par l'expertise, mais aussi par l'humanité des médecins, des infirmiers et des autres soignants, lorsque je les vois à l'œuvre chez des membres de ma famille, des amis, et parfois pour moi. Je sais ce que cette profession exige en termes d'engagement, de responsabilité et d'années de formation. Les médecins ont donc le droit de bien gagner leur vie. Ce qui m'inquiète, c'est que dans certaines disciplines – je parle de certaines disciplines et d'une minorité de médecins qui y exercent –, ce qui est considéré comme un revenu normal a évolué, et que cette norme est en partie déterminée par ce que l'on peut demander en plus du tarif. Cela influence donc également la norme de ce que doivent gagner les cadres supérieurs de certains hôpitaux... ce qui, à terme, risque d'entraîner une spirale inflationniste des rémunérations des hauts dirigeants : nous ne devons pas fermer les yeux là-dessus. Et surtout, les écarts entre les disciplines sont énormes, et ils ne correspondent pas à des différences d'effort, de temps ou de responsabilité, mais au fait qu'un appareil soit utilisé ou non et à la possibilité de demander des suppléments.

La question n'est donc pas « combien un médecin a-t-il le droit de gagner », mais « quelle est la norme en matière de rémunération souhaitée, et qui la fixe ? ». C'est à cette question que nous devons répondre avec les médecins, dans le cadre de la réévaluation des tarifs et du débat sur les suppléments, et non pas chacun de son côté, patient par patient.¹⁸

J'ai ainsi déjà évoqué bon nombre de chantiers de réforme dans le secteur de la santé, mais je tiens tout de même à attirer brièvement votre attention sur deux points supplémentaires. Tout d'abord, concernant les hôpitaux. Leur financement de base a été fortement augmenté au cours de la dernière législature, et pourtant, de nombreux hôpitaux affirment qu'ils ne parviennent pas à joindre les deux bouts sans percevoir de suppléments. Cet argument mérite une réponse honnête, et cette réponse est une question : pourquoi un hôpital facture-t-il systématiquement des suppléments élevés alors qu'un autre, bénéficiant du même financement, n'en facture pratiquement pas ? Tant que cette question restera sans réponse, l'affirmation selon laquelle les suppléments sont inévitables n'est qu'une solution de facilité. La réforme du financement hospitalier doit rendre ce financement transparent et le dissocier des suppléments. Elle va de pair avec une réforme du paysage hospitalier, axée sur davantage de coopération et de spécialisation, sur laquelle un accord de principe a été conclu avec les entités fédérées. Une deuxième précision concerne la prévention. Je suis de plus en plus convaincu que nous devons abandonner la distinction entre « soins » et « prévention » : la prévention doit être étroitement liée aux soins, à commencer par les soins de première ligne, et cela vaut également pour la prévention de l'absentéisme au travail. Les jeunes qui s'arrêtent de travailler très tôt dans leur carrière en raison d'une dépression ou d'un burn-out constituent l'argument le plus convaincant en faveur d'une prise en charge psychologique précoce et facilement accessible ; c'est ce que nous avons fait avec le remboursement des soins psychologiques de première ligne, et c'est le domaine par excellence où tout est lié : santé, travail et solidarité.

La menace géopolitique

Jusqu'à présent, j'ai parlé de nos politiques internes belges. Mais la Belgique est en proie à une tempête. Les États sociaux européens sont pris dans un triple étau géopolitique : Poutine, qui nous contraint à augmenter nos dépenses de défense ; la Chine, dont nous dépendons, y compris pour nos antibiotiques ; et Trump, qui s'en prend à la manière dont nous organisons notre système de santé. Je me limiterai à ce troisième étau, car il touche au cœur même de ce que je souhaite vous expliquer.

Notre système de sécurité sociale pose problème non seulement au président américain, mais aussi à une grande partie de Washington et à l'industrie pharmaceutique. Leur argumentation est la suivante. Les Américains financent l'innovation par le biais de leurs primes d'assurance exorbitantes. Les Européens achètent ensuite ces nouveaux médicaments à bas prix, car leurs gouvernements obligent les entreprises à accorder des remises importantes. Ce « socialisme européen », comme on l'appelle là-bas, est donc financé par les patients américains. C'est pourquoi les prix européens doivent augmenter et les prix américains baisser, et ceux qui refusent de se plier à cette exigence sont menacés de droits de douane à l'importation.

La colère des Américains est justifiée. Par habitant, ils dépensent environ deux fois plus que nous en soins de santé, et leur espérance de vie est en moyenne inférieure d'environ trois ans. L'innovation a un coût, et les prix nets américains sont en effet plus élevés que les nôtres. Mais où va tout cet argent ? En grande partie vers un système dans lequel personne ne négocie au nom de l'ensemble de la population. C'est le fabricant lui-même qui fixe le prix. Entre les deux se trouvent quelques intermédiaires puissants, étroitement liés aux assureurs et aux chaînes de pharmacies, qui négocient des remises secrètes et en conservent la majeure partie pour eux-mêmes. Le patient n'en voit guère le bénéfice.

La colère des Américains est justifiée.

Le problème américain réside donc en Amérique même. Les électeurs américains le savent : le coût de leurs soins de santé figure en tête de leur liste de préoccupations. Mais au lieu de s'attaquer en profondeur au système, Trump rejette la faute sur l'Europe. Il affirme que l'Américain moyen du Midwest subventionne les États sociaux européens, et que les prix américains ne peuvent baisser que si les prix européens augmentent.

La manière dont cela fonctionne dans la pratique est décrite dans les accords que Washington a conclus jusqu'à présent avec vingt-six laboratoires pharmaceutiques, qui représentent ensemble neuf médicaments innovants sur dix sur le marché américain, en échange d'une exonération des droits de douane à l'importation. Il y a dix jours, les contrats conclus avec deux grands laboratoires pharmaceutiques, Pfizer et Eli Lilly, ont été rendus publics, après qu'une association de consommateurs américaine eut intenté une action en justice un an auparavant. De larges parties du contrat ont été censurées, mais ce que l'on peut en lire donne vraiment la nausée.

Dans le cadre de sa politique de « nation la plus favorisée » (most favoured nation, MFN), Trump a décrété qu'un médicament ne peut pas coûter plus cher aux États-Unis que dans un panier de pays comparables. Le contrat prévoit que l'entreprise doit aligner son prix américain sur le prix net pratiqué dans le deuxième pays le moins cher de ce panier. L'Allemagne, la France, l'Italie et le Danemark en font partie. Et dans les nouvelles règles que Washington prépare pour Medicare, l'assurance maladie destinée aux personnes âgées, la Belgique figure également sur la liste. Plus les prix européens sont bas, plus le prix que l'entreprise est autorisée à pratiquer aux États-Unis doit être bas ; chaque entreprise a donc intérêt à ce que les prix européens augmentent.

Le fait qu'un pays utilise un panier de pays de référence pour fixer son prix n'est en soi ni indéfendable ni unique au monde. Mais le contrat comporte un « mais » important. Si l'entreprise retire son médicament du marché dans un pays européen où il est bon marché, ce pays est alors exclu du calcul, et le prix américain n'est plus tenu de descendre à ce niveau.

Réfléchissez-y bien. Une entreprise qui abandonne ces patients européens échappe aux mesures de Trump. Elle est récompensée pour ne plus fournir son médicament aux Européens qui en dépendent pour se soigner.

Priver les patients de leur médicament à des fins de profit financier est tout simplement contraire à l'éthique.

Et cela a des conséquences très concrètes. En février, par exemple, une entreprise américaine a retiré son médicament contre le cholestérol du marché danois. Bien que les Danois n'aient jamais donné d'explications claires à ce sujet, tout

porte à croire que cela s'est produit dans le cadre de la clause MFN. Priver les patients de leur médicament à des fins de profit financier est tout simplement contraire à l'éthique, tant de la part de l'administration Trump que des entreprises qui s'associent à cette pratique.

C'est une première chose. Mais il y a plus. Trump affirme lui-même que sa politique vise à faire payer davantage les Européens, afin que les laboratoires pharmaceutiques puissent injecter plus d'argent dans l'innovation. Or, ce contrat stipule que l'entreprise doit partager avec le gouvernement américain une partie du chiffre d'affaires supplémentaire qu'elle réalise en dehors des États-Unis. Le pourcentage exact est masqué.

Dites-le à voix haute. Trump contraint l'Europe à augmenter ses prix sous peine de mesures commerciales, puis prélève lui-même une commission sur ces hausses. Les patients européens alimentent le Trésor américain. Et ceux qui s'opposent à cette politique reçoivent une visite. Depuis juin, une enquête commerciale américaine est en cours contre l'Allemagne. Il s'agit d'une procédure dans laquelle le représentant américain au commerce vérifie si un pays traite les entreprises américaines de manière déloyale ; s'il estime que c'est le cas, Washington peut imposer des droits de douane à l'importation à titre de sanction. Le motif : le gouvernement allemand a annoncé des économies sur les dépenses pharmaceutiques afin de maintenir l'équilibre de son système d'assurance maladie. L'enquête porte un titre révélateur : « Germany's persistent underpayment for innovative pharmaceutical products » (Le sous-paiement persistant de l'Allemagne pour les produits pharmaceutiques innovants) ; l'Allemagne paierait donc systématiquement trop peu.

Cela n'a rien à voir avec une répartition équitable des charges. Il s'agit d'une taxe sur notre assurance maladie, perçue par des entreprises privées, au profit d'un gouvernement étranger. Et elle porte précisément atteinte à ce que nous défendons : le droit d'une société à organiser son système de santé comme elle l'entend.

L'Europe doit réagir contre cela. Les pays européens ne pourront pas, à eux seuls, créer le cadre permettant de répondre à la menace de Trump et à la dépendance vis-à-vis de la Chine. Cela nécessite une politique européenne et une solidarité européenne.

**L'Europe doit réagir
contre cela.**

Et l'Europe dispose d'un instrument à cet effet. Depuis 2023, l'Union européenne dispose d'un instrument anti-coercition.

Pourquoi l'avons-nous créé ? Parce qu'en 2021, la Chine a ruiné économiquement la Lituanie. La Lituanie avait ouvert un bureau taïwanais à Vilnius. Quelques semaines plus tard, aux yeux des douanes chinoises, le pays n'existait tout simple-

ment plus : plus aucun conteneur lituanien n'entrait en Chine. Une grande puissance qui étouffe un petit pays jusqu'à ce qu'il renonce à sa propre politique. L'Europe a alors décidé que nous devons pouvoir agir conjointement contre ce genre de situation.

Trump est aujourd'hui dans la même situation. Vous menacez de ruiner économiquement un pays, voire toute une région, si vous n'obtenez pas ce que vous voulez. Seulement, l'enjeu aujourd'hui, c'est notre assurance maladie. On nous met la pression pour démanteler fondamentalement notre système de santé, tout ce pour quoi nos parents, nos grands-parents et nos arrière-grands-parents se sont battus. Et cela au profit d'une alternative dont nous savons qu'elle est désastreuse pour la population américaine elle-même.¹⁹ La « loi de Gresham », à laquelle je me réfèrais plus haut, semble s'appliquer ici à nouveau : si nous ne nous préparons pas à faire face, un mauvais système fera sombrer de bons systèmes.

L'Union européenne doit donc défendre fièrement son modèle de soins de santé, utiliser les instruments dont elle dispose et ouvrir une enquête contre Washington pour ingérence illicite dans les affaires nationales. On ne saurait sous-estimer l'enjeu : c'est notre État social européen qui est en jeu. Ce qui vaut pour chaque État membre européen vaut également pour l'Europe : « Pas de prospérité sans solidarité ». Ce n'est pas un hasard si c'est le titre de mon exposé.

Je voudrais encore ajouter une réflexion. Comme chez nous, c'est l'État qui négocie et décide, je dois sans cesse expliquer pourquoi nous ne remboursions pas certains médicaments : parce que leur utilité ne justifie pas le prix demandé par l'entreprise. Et oui, nous avons également décidé récemment d'augmenter la quote-part personnelle pour certains médicaments, afin de préserver une marge de manœuvre pour de nouveaux traitements innovants qui font la différence. Nous garantissons ainsi que des médicaments efficaces et présentant un bon rapport coût-efficacité continuent d'être remboursés pour tous. Nous organisons une véritable solidarité, mais il faut aussi fixer des limites à cette solidarité. Ce ne sont pas des messages faciles à faire passer dans un système public ; cela nous amène parfois à froisser notre propre base. Mais c'est précisément cette solidarité que nous devons préserver et défendre en Europe. Parce que des soins de santé accessibles et de qualité sont si importants, pour tout le monde.

Summertime : sécurité, liberté et État social

J'ai commencé par un opéra, et je vous ai guidés, sans le dire, à travers un opéra en quatre actes. L'acte 1 portait sur le « pourquoi » : l'État social protège, et il est

un facteur productif. L'acte 2 portait sur le « comment » : l'assurance obligatoire, et la solidarité qui exige des responsabilités et connaît des limites. L'acte 3 portait sur le « pourquoi » des réformes : les risques évoluent et l'architecture évolue en conséquence. Dans cet acte, j'ai également expliqué brièvement les nouveaux défis et les nouvelles missions politiques que ces réformes engendrent à leur tour : le travail n'est jamais terminé. Et l'acte 4 portait sur la tempête venue de l'extérieur.

Permettez-moi d'en tirer trois conclusions, qui sont de nature politique, car nous sommes ici dans une faculté de sciences politiques.

Il existe un courant de pensée de droite qui considère l'État social comme un facteur de coût, un fardeau qui pèse sur la prospérité, et qui affirme que ce fardeau devient insoutenable et que le système se dirige vers la faillite. Ce n'est pas exact, et ce n'est pas notre motivation pour réformer. L'État social ne se contente pas de protéger les personnes vulnérables ; c'est un amortisseur dont tout le monde profite, une source d'initiative, de productivité, de liberté et de cohésion, à condition qu'il soit bien organisé. Pas de prospérité sans solidarité.

Il existe une frange de la gauche qui sous-estime le fait que la solidarité est un bien précieux et limité, pour lequel il faut organiser et assumer soi-même ses responsabilités, et qui refuse de voir que la solidarité implique des compromis, des choix et des priorités. Ceux qui refusent de l'admettre finissent par abandonner l'État social à ceux qui veulent le démanteler. Pas de solidarité sans responsabilité, et aucune responsabilité qui tienne sans solidarité.

Et face à une tempête géopolitique, l'indécision n'est pas une option. Nous devons monter au créneau pour assurer l'avenir de notre modèle, en Europe comme en Belgique. Cela implique d'investir et de réformer. Les pouvoirs publics, les mutualités, les organisations de médecins, mais aussi les syndicats et les organisations patronales : tous devront se réinventer. Et j'ai effleuré la question de l'intelligence artificielle en une seule phrase : si l'IA modifie la manière dont la prospérité est produite, elle modifie également la base sur laquelle nous finançons l'État social et la manière dont nous organisons les soins. Ce n'est pas une raison de paniquer, mais bien une raison de ne pas rester les bras croisés. Un État social qui stagne est un État social perdant.

Je vous tiens ce discours à un moment où nous devons, en outre, mener à bien une opération budgétaire difficile. La tâche budgétaire est inévitable : il n'y a pas de cadeaux à distribuer, bien au contraire, cela exigera « du sang, de la sueur et des larmes ». Tout le monde devra faire un effort. Y compris ceux qui sont riches et fortunés. Rappelez-vous ce que j'ai dit plus tôt : la responsabilité n'incombe pas seulement à ceux qui ont besoin de soutien, à ceux qui dépendent d'une allocation, à ceux qui sont

La responsabilité incombe également à ceux qui réussissent, qui sont riches et puissants.

vulnérables. La responsabilité incombe également à ceux qui réussissent, qui sont riches et puissants. Pour moi, parvenir à appliquer ce principe-là constituera l'épreuve de vérité de tout cet exercice.

Je n'ai rien dit au sujet du budget aujourd'hui. L'objectif de l'assainissement budgétaire doit être de renforcer à terme l'État social, et non de l'affaiblir. Je vous ai surtout expliqué aujourd'hui pourquoi nous devons réformer notre État social : un État social fort doit être prêt à répondre aux besoins de demain. En fait, toutes mes justifications des réformes peuvent se résumer en trois mots : pour nos enfants. Ce n'est ni une figure de style ni un slogan creux ; c'est littéralement ce que je pense. Nous devons investir dans les enfants, et pour cela nous devons créer la marge de manœuvre nécessaire au sein de notre État social ; je vous ai dit que cette marge de manœuvre devra être conquise. Il y a près de vingt-cinq ans, je partageais l'avis du sociologue danois Esping-Andersen selon lequel une bonne politique des pensions commence dès la naissance : celui qui offre aujourd'hui les meilleures chances à tous les enfants et à tous les jeunes offre plus tard à la société les personnes capables de soutenir un régime de pension décent.²⁰ J'y crois aujourd'hui plus encore qu'à l'époque.

Pensez encore une fois à Bess. Elle n'a pas conçu cet enfant, elle ne l'a pas voulu, elle n'y a rien gagné. Mais elle chante quand même la berceuse « Summertime » : parce que l'enfant est là et parce que quelqu'un doit le faire. La sécurité sociale, c'est une société qui a décidé que cela ne devait pas dépendre de Bess. Que la chanson serait chantée, pour chaque enfant, par nous tous, y compris pour les enfants dont nous ne connaissons pas les parents. Et qu'elle continuera d'être chantée lorsque nous serons nous-mêmes les parents qui disparaîtront. Van Acker a conclu cet accord durant l'hiver 1944. C'est à votre génération de le renouveler, et de décider quelles nouvelles tempêtes il faut y inclure. Étudiez cet accord, si nécessaire avec une certaine méfiance, mais surtout avec beaucoup de sérieux. Car il vous appartient.

1. Les citations sont tirées du Rapport au Régent qui précède l'arrêté-loi du 28 décembre 1944 concernant la sécurité sociale des travailleurs (Moniteur belge, 30 décembre 1944, pp. 1730-1731). L'exposé des motifs énumère les quatre « sujets d'inquiétude qui troublent le monde du travail » et formule comme objectif de « soustraire » autant que possible les hommes et les femmes qui travaillent « aux craintes de la misère ». Ce même texte fait remarquer que le caractère facultatif de certaines branches de l'assurance sociale avant la guerre en limitait le fonctionnement « d'une manière regrettable » ; cette remarque anticipe la théorie économique de l'assurance obligatoire qui est exposée dans l'acte 2.

2. Je me range ici du côté des auteurs qui mettent en garde contre un réductionnisme économique dans la justification de l'État social, et non du côté de la version unilatérale du « paradigme de l'investissement social », dans laquelle l'État social est principalement légitimé en tant qu'investissement dans le capital humain. L'investissement social est un complément nécessaire à la protection sociale, et non un substitut à celle-ci ; le bien-être et la liberté en sont l'objectif, tandis que la productivité en est une conséquence que nous ne devons pas négliger. Voir, dans la bibliographie, Hemerijck (2017) ainsi que ma contribution et d'autres dans cet ouvrage.

3. Berckvens et Coenen (2026) soutiennent, en réponse à Elchardus, Cantillon et Van der Ven, que la communauté et la solidarité se constituent mutuellement : les institutions qui créent des expériences partagées contribuent à forger le « nous » qui porte la solidarité, mais leur capacité est limitée. Le fait que l'assurance sociale ait contribué à façonner les communautés nationales a été développé de manière classique par Baldwin (1990). À propos des cercles de solidarité et de l'Europe : Vandenbroucke (2020).

4. Selon Wikifin, le site web d'éducation financière de la FSMA, les affections psychiatriques et les problèmes mentaux sont exclus de la plupart des polices d'assurance revenu garanti ; la couverture varie toutefois d'un assureur à l'autre. Au 31 décembre 2025, 38,3 % des personnes en incapacité de travail depuis plus d'un an l'étaient en raison d'un trouble psychique ; un quart de l'ensemble des personnes en invalidité souffraient de dépression ou de burn-out (INAMI, 2026). Les primes d'assurance revenu garanti s'élevaient en 2024 à 484,9 millions d'euros, dont environ les trois quarts provenaient de conventions collectives conclues par les employeurs (Assuralia, 2025). Akerlof (1970 : 493-494) a écrit, à propos des États-Unis, que les assurances groupe « sélectionnent les personnes en bonne santé, car une santé globalement satisfaisante est une condition préalable à l'emploi », de sorte que « l'assurance maladie est la moins accessible à ceux qui en ont le plus besoin ».

5. Barr (2020) développe cette théorie au chapitre 4 (pp. 93-95) : tant que les assureurs ne peuvent pas distinguer les bons risques des mauvais, il en résulte des « lacunes de couverture pour les faibles risques », et une affiliation obligatoire peut, si les préférences sont suffisamment homogènes, améliorer la situation de chacun. Au chapitre 9, il décrit la réalité : les maladies préexistantes et les soins médicaux aux personnes âgées sont « généralement non assurables dans le cadre des polices individuelles facultatives » (p. 92), et dans le système d'assurance maladie privée, ces deux problèmes coexistent (encadré 9.2, p. 242). Comme solution, il mentionne, outre l'affiliation obligatoire, des règles qui empêchent les assureurs « de refuser la couverture aux personnes à haut risque » et qui subordonnent les augmentations de prime à certaines conditions (p. 243). Lorsque les assureurs sont en mesure d'évaluer le risque, la différenciation des primes, au sens strictement économique du terme, n'est pas inefficace (p. 99) ; le problème des risques élevés est alors avant tout un problème d'équité.

6. À propos de l'achat de données de consommateurs par les assureurs santé américains : M. Allen (2026). Depuis 2014, sur le marché individuel, les primes ne peuvent varier qu'en fonction de l'âge (dans certaines limites), du tabagisme, de la région et de la taille du ménage (42 U.S.C. §300gg). En Belgique, l'article 61 de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances stipule que les données génétiques ne peuvent pas être communiquées.

7. Personnes non assurées : US Census Bureau (Bunch & Ketema, 2026). L'histoire de Silvana Toska : KFF Health News (Jones, 2026). L'histoire de Karlijn van Houwelingen : Het Parool (Van Houwelingen, 2025). Dettes médicales : Los Angeles Times (Levey & Pattani, 2022). Les subventions renforcées pour le paiement des primes prévues par l'Affordable Care Act ont expiré le 1er janvier 2026. Le nombre de personnes effectivement inscrites sur l'ACA Marketplace est passé de 21,8 millions (2025) à 19,2 millions (2026) : KFF (Lo et al., 2026). Dans leurs demandes tarifaires pour 2026, les assureurs s'attendaient à ce que ce soient surtout les assurés en meilleure santé qui renoncent à leur couverture en raison de la forte hausse des primes nettes : Peterson-KFF (Ortaliza et al., 2025).

8. Primes d'assurance maladie auprès des assureurs privés en 2024 : 1 863,3 millions d'euros, dont près des trois cinquièmes proviennent de conventions collectives (Assuralia, 2025). Les SMA des mutualités ont perçu environ 1,1 milliard d'euros de primes en 2024 ; elles ne peuvent proposer des assurances qu'aux membres de leur propre mutualité et non sur le marché collectif. Les assurances hospitalisation des mutualités couvrent les affections préexistantes après un délai d'attente de trois à six mois, mais excluent les suppléments pour chambre individuelle en lien avec ces affections pendant trois à cinq ans (Vlaams Patiëntenplatform, 2022). En 2022, les 5 % d'assurés dont les dépenses étaient les plus élevées représentaient 57,7 % des dépenses de l'assurance maladie obligatoire (IMA-AIM, 2025) ; en 2012, ce chiffre était de 53 % (Avalosse, Guillaume & Hens, 2015). Ces mêmes auteurs ont également calculé à quel point un assureur privé peut paraître « efficient » s'il exclut de son portefeuille les 10 % de patients les plus coûteux : avec les données de 2012, il pourrait proposer aux autres une prime inférieure d'un cinquième à celle d'une assurance universelle, tout en réalisant des bénéfices.

9. Les frais d'administration des mutualités liés à l'assurance obligatoire seront réduits au cours de cette législature et subordonnés à plus de quarante pour cent aux résultats ; les réserves de leurs assurances facultatives sont obligatoires en vertu de la loi, et les excédents dépassant la marge de solvabilité doivent, conformément au pacte de réforme, être reversés aux affiliés. Le fait que les assurances complémentaires des mutualités puissent avoir un statut propre, fondé sur la solidarité, a été admis par la Cour constitutionnelle sur la base d'une jurisprudence antérieure de la Cour de justice de l'Union européenne (Cour constitutionnelle, 24 novembre 2011, 180/2011, consid. B.14.7.1.-B.16.3., avec référence à CJUE 5 mars 2009, C-350/07, Kattner Stahlbau GmbH, et CJUE 3 mars 2011, C-437/09, AG2R Prévoyance) ; elles sont toutefois en concurrence, sur certains aspects, avec les assureurs privés, de sorte qu'un traitement particulier n'est justifiable que s'il reste lié à des obligations vérifiables en matière d'accessibilité, d'objectifs de santé et de non-distribution des bénéfices. Pour reprendre les termes de la Cour constitutionnelle : les services sont « proposés sans but lucratif par les mutualités dans un esprit d'assistance mutuelle », de « prévoyance » et de « solidarité » et servent l'intérêt général ». Le pacte de réforme est disponible sur www.vandenbroucke.belgium.be.

10. Les quatre « pieds » correspondent à quatre acceptions de la responsabilité tirées de ma conférence Sidney Ball (Oxford, novembre 2025) : la responsabilité réciproque en tant que devoir ; la justification de ceux qui bénéficient d'une aide ; la coresponsabilité des médecins, des employeurs, des mutualités et des pouvoirs publics pour garantir une structure d'opportunités équitable ; et la responsabilité politique de préserver la solidarité, y compris par le biais de compromis. La discussion philosophique sous-jacente (Dworkin, Cohen, Mounk, Olsaretti, Stemplowska) figure dans le texte de référence accompagnant cette conférence. À propos de la justification des compromis politiques, que j'appelle « pragmatisme justifié » : Vandenbroucke (2026).

11. Une estimation récente, réalisée à l'aide de quatre méthodes, fait état d'environ quatre à près de cinq milliards d'euros par an de pertes de recettes fiscales et de cotisations sociales dues à la conversion de revenus du travail en revenus des sociétés (Vooruit studiedienst, 2026). La part des cotisations sociales dans les recettes du régime des indépendants est passée de 62 % en 2018 à 55 % en 2025 et tend vers 50 % en 2031 ; dans le régime des salariés, de 71 à 65 % (documents budgétaires des régimes ; rapport de monitoring sur les indépendants du SPF Sécurité sociale, 2026).

12. La phrase de conclusion de ma thèse de doctorat (publiée dans Vandenbroucke, 2001) en témoigne également : « So, invoking responsibility must signal, simultaneously, two normative ideas: personal accountability for personal choice and a sense of social commitment in economic behaviour. The egalitarian perspective that is the essence of social democracy requires both. This twofold ethos has to shape our society's institutions and the way economic agents behave within those institutions. It calls upon the talented and the powerful, as much as it calls on the poor and the powerless. »

13. Cela n'empêche pas d'organiser, au niveau européen également, une solidarité qui soutienne les États sociaux nationaux. Mais cette solidarité sera peut-être « moins exigeante » que celle qui existe au niveau national. Voir Vandenbroucke (2022).

14. L'explication de l'incapacité de travail de longue durée par la démographie et le marché du travail s'appuie sur des études de l'INAMI, du Conseil supérieur de l'emploi et de la Banque nationale ; le chiffre concernant les entrées en invalidité en provenance du chômage porte sur l'année 2024 (INAMI). La baisse attendue du nombre de personnes en invalidité d'ici 2029 est une projection de l'INAMI datant de juin 2026 (environ 74 000 de moins par rapport à 2025, en tenant compte des entrées supplémentaires en provenance du chômage et de la pension des fonctionnaires, ainsi que du relèvement de l'âge de la retraite), à confirmer par les entrées et sorties observées. « Un jour indemnisé sur cinq » concerne le travail autorisé avec une indemnité d'invalidité réduite. J'ai fait réaliser en septembre 2026 une évaluation critique de la politique de retour au travail au regard des principes de solidarité et de responsabilité ; son message central est qu'un objectif budgétaire est légitime en tant que limite, mais pas en tant que boussole, et que les résultats doivent être envisagés en fonction de la destination des personnes concernées.

15. Dans un rapport rédigé pour le groupe de réflexion Minerva, Van Lancker (2024) s'est penché plus en détail sur la question de savoir pourquoi la pauvreté a diminué depuis 2018 : ce n'est pas uniquement grâce à l'emploi, ni uniquement grâce aux prestations sociales, mais surtout parce que les familles qui combinent emploi et prestations sociales se retrouvent au-dessus du seuil de pauvreté grâce à l'amélioration de ces dernières. L'exemple danois est également intéressant à cet égard. Tout cela renforce l'idée que la protection sociale peut être un facteur productif.

16. Source : EU-SILC (Eurostat, septembre 2026). Le risque de pauvreté chez les enfants en Belgique est passé de 19,0 % (SILC 2019) à 14,5 % (SILC 2025), contre 19,6 % dans l'UE ; 9,5 % des enfants belges vivent dans un ménage à très faible intensité de travail (l'un des taux les plus élevés de l'UE), 68 % d'entre eux sont exposés au risque de pauvreté (chiffre désormais inférieur à la médiane européenne), et environ 45 % de tous les enfants pauvres vivent dans un tel ménage. Le Danemark et la Finlande combinent une proportion plus faible d'enfants vivant dans ces ménages (environ 6 et 7 %, moyenne 2023-2025) avec un risque de pauvreté plus faible dans ces ménages (environ 52 et 57 %), chaque année depuis 2019 ; dans l'ensemble des pays de l'UE, il n'existe aucun lien entre la taille du groupe et la qualité de sa protection. La prudence est de mise : la série belge présente des ruptures (2019, 2020, 2021), les échantillons pour les sous-groupes sont de petite taille et Eurostat ne publie pas d'intervalles de confiance. Analyses antérieures : Vandenbroucke & Vinck (2015), Guio & Vandenbroucke (2019), Vandenbroucke (2019) ; voir également l'analyse annuelle SILC et la comparaison internationale du SPF Sécurité sociale. « Un enfant sur trois » à Bruxelles : Baromètre social 2025.

17. Troisième suivi de la limitation des allocations de chômage dans le temps (ONEM, jusqu'en juin 2026) : les chiffres provisoires indiquent un taux de retour à l'emploi inférieur au tiers prévu ; demande d'aide auprès du CPAS par environ 45 % des personnes ayant perdu leur allocation ; effet d'anticipation dans le passage vers l'assurance maladie. Soutien aux administrations locales : environ 1,8 milliard d'euros sur la durée de la législature, plus une progression annuelle de 50 millions d'euros pour l'économie sociale.

18. L'agenda des réformes (objectifs de santé, soins intégrés, système de rémunération et sécurité tarifaire, prévention) a été présenté plus en détail dans mon discours à l'occasion des soixante ans de l'INAMI (mai 2024) et dans l'ouvrage « 10 Franke vragen aan Frank » (Vandenbroucke et Coenen, 2024), avec les cinq arguments contre les suppléments d'honoraires débridés (sécurité tarifaire, accessibilité financière, inflation des coûts via les assurances complémentaires, maintien de lacunes dans le remboursement, remise en cause d'un réajustement équitable des honoraires), la question de savoir quelle est la norme en matière de rémunération souhaitée, et la comparaison entre des hôpitaux qui, avec un financement identique, facturent des suppléments très différents.

19. Les États-Unis par rapport à l'Europe (dépenses par habitant environ deux fois plus élevées en parité de pouvoir d'achat, espérance de vie inférieure d'environ trois ans) : OCDE, Health at a Glance (2025). Environ dix millions de personnes supplémentaires non assurées d'ici 2034 en raison du One Big Beautiful Bill Act : Congressional Budget Office (2025) ; des estimations plus élevées prennent également en compte l'expiration des subventions temporaires au paiement des primes prévues par l'Affordable Care Act. L'enquête commerciale contre l'Allemagne et les concessions britanniques : couverture médiatique de l'été 2026.

20. J'ai développé l'idée selon laquelle la politique des pensions commence dès la naissance, car les opportunités offertes aux enfants aujourd'hui déterminent le niveau de productivité de la société qui financera les pensions dans soixante ans, dans la préface de l'ouvrage d'Esping-Andersen et al., *Why We Need a New Welfare State* (2002), et je l'ai reprise dans *The Active Welfare State Revisited* (2013).

- AIM-IMA (s.d.). Courbes de Lorenz des dépenses de santé en 2022. Agence Intermutualiste. — La concentration des dépenses de l'assurance maladie obligatoire.
- Akerlof, G. (1970). [The Market for “Lemons”: Quality Uncertainty and the Market Mechanism](#). *Quarterly Journal of Economics*, 84(3), 488-500. — L'article classique sur la sélection adverse (ou antisélection ; avec la voiture d'occasion comme exemple) ; à propos des assurances groupe via l'employeur et l'assurance maladie pour les Américains de plus de 65 ans : pp. 492-494.
- Allen, M. (2018). [Health Insurers Are Vacuuming Up Details About You — And It Could Raise Your Rates](#). ProPublica et NPR, 17 juli 2018. — Comment les assureurs maladie américains collectent les données personnelles par l'intermédiaire de courtiers en données.
- Assuralia (2025). [Chiffres clés et principaux résultats de l'assurance belge en 2024](#). — Primes pour l'assurance soins de santé et revenu garanti, et la part des polices collectives via les employeurs.
- Avalosse, H., Guillaume, J. & Hens, E. (2015). [Perfide marktwerking in de zorg](#). Samenleving & Politiek, januari 2015. — La concentration des frais de santé et la rentabilité de la sélection des risques.
- Baldwin, P. (1990). [The Politics of Social Solidarity: Class Bases of the European Welfare State 1875-1975](#). Cambridge University Press. — Comment l'assurance sociale a contribué à façonner les communautés nationales.
- Barr, N. (2020). *The Economics of the Welfare State* (6e éd.). Oxford University Press. — La sélection adverse et le paradoxe des bons risques, avec en exemple une assurance contre la perte de revenu en cas de maladie (chapitre 4, pp. 93-95) ; les deux conséquences d'une assurance obligatoire (p. 101) ; assurance maladie, segmentation et le système américain (chapitre 9, pp. 240-243 et 255-258).
- Berckvens, D. & Coenen, C. (2026). [Bewaren of bouwen? Solidariteit als politiek project](#). Samenleving & Politiek, septembre 2026. — Communauté et solidarité se constituent mutuellement ; la capacité finie des institutions.
- Bonoli, G. (2006). [New social risks and the politics of post-industrial social policies](#). In K. Armingeon & G. Bonoli (red.), *The Politics of Post-Industrial Welfare States: Adapting post-war social policies to new social risks*, Routledge. — À propos des nouveaux risques sociaux dans une société postindustrielle, comme la difficulté de combiner travail et famille.
- Bunch, L. N. & Ketema, H. (2026). [Health Insurance Coverage in the United States: 2025](#). US Census Bureau, Current Population Reports P60-291. — Le nombre de non-assurés aux États-Unis.
- Cantillon, B. (2016). *De staat van de welvaartsstaat. Acco*. — Le « trilemme » de l'emploi, de la protection sociale et du budget ; ma critique : Vandenbroucke (2016).
- Commission Réforme des pensions 2020-2040 (2014). [Un contrat social performant et fiable. Propositions pour une réforme structurelle des régimes de pension. Synthèse du rapport](#). — La justification de la réforme des pensions en tant que contrat social.
- Congressional Budget Office (2025). *The Budget and Economic Outlook 2025-2035* et [Estimated Effects on the Number of Uninsured People in 2034 Resulting From Policies Incorporated Within CBO's Baseline Projections and H.R. 1, the One Big Beautiful Bill Act](#) — Estimations des conséquences du One Big Beautiful Bill Act sur le nombre de personnes non assurées.

- De Wilde, M., Cantillon, B., Vandenbroucke, F. & De Bie, M. (reds.) (2016). [40 jaar OCMW en bijstand](#) (red.) (2016). 40 jaar OCMW en bijstand, Acco, 2016. — Causes et conséquences politiques de la forte augmentation du groupe de personnes vivant d'une allocation d'aide sociale.
- Esping-Andersen, G. (éd.) (2002). [Why We Need a New Welfare State](#). Oxford University Press, avec une préface de F. Vandenbroucke. — « La politique des pensions commence dès la naissance. »
- Guio, A.-C. & Vandenbroucke, F. (2019). [La pauvreté et la déprivation chez les enfants en Belgique : comparaison des facteurs de risque dans les trois Régions et les pays voisins](#). Fondation Roi Baudouin. — Pauvreté infantile et ménages sans emploi.
- Hemerijck, A. (dir.) (2017). [The Uses of Social Investment](#). Oxford University Press, avec une contribution de F. Vandenbroucke. — Le paradigme de l'investissement social et ses limites.
- Horslund, M., [Gershwin's Summertime: Variations](#), Spotify Playlist. — Plus de 200 versions de la chanson « Summertime ».
- INAMI (2026). [Incapacités de travail en 2025 : Combien d'invalidités en raison d'une dépression ou d'un burnout ?](#) — La part des affections psychiques dans l'incapacité de travail de longue durée.
- Jones, A. (2026). Bill of the Month. KFF Health News, 28 avril 2026. — L'histoire de Silvana Toska.
- KFF (2026). [How Has ACA Marketplace Enrollment Changed Across States in 2026?](#) 28 juillet 2026. — La baisse du nombre d'assurés après l'expiration des subventions supplémentaires au paiement des primes.
- Levey, N. & Pattani, A. (2022). [Homes lost. Savings destroyed. How medical debt has upended these people's lives](#). Kaiser Health News et Los Angeles Times, 23 juin 2022. — Dettes médicales aux États-Unis.
- OCDE (2021). [OECD Employment Outlook 2021: Navigating the COVID-19 Crisis and Recovery](#). — Stabilisateurs automatiques et aides au revenu pendant la pandémie.
- OCDE (2025). [Health at a Glance](#). Éditions de l'OCDE. — Dépenses de santé et espérance de vie aux États-Unis et en Europe.
- ONEM (2026). [Suivi de la limitation du droit aux allocations chômage dans le temps. Situation au 30 juin 2026](#). — Chiffres provisoires concernant les sorties du système suite à la limitation des allocations chômage.
- Ortaliza, J. e.a. (2025). [How Much and Why ACA Marketplace Premiums Are Going Up in 2026](#). Peterson-KFF Health System Tracker. — L'hypothèse des assureurs que ce seraient surtout les assurés en meilleure santé qui partiraient.
- Schelke, W. (2023). [Monetary solidarity in Europe: can divisive institutions become "moral opportunities"?](#) Review of Social Economy, 81(1), 84-104, avec référence à Stone, D. (1999). [Beyond Moral Hazard: Insurance as Moral Opportunity](#). Connecticut Insurance Law Journal, 6(1), 11-46. — L'assurance permet l'initiative.
- SPF Sécurité sociale (2025). [La situation sociale et la protection sociale en Belgique : analyse des chiffres EU-SILC 2025](#). — Les chiffres de la pauvreté en Belgique.

- SPF Sécurité sociale (2026). [The good, the bad and the average: rapport de monitoring – comparaison internationale de la protection sociale en Belgique](#). — La position de la Belgique dans une perspective européenne.
- Thomasson, M. A. (2002). [Did Blue Cross and Blue Shield Suffer from Adverse Selection? Evidence from the 1950s](#). NBER Working Paper 9167. — La prime forfaitaire de Blue Cross et le passage à des primes calculées en fonction de la sinistralité.
- Van Acker, A. (1944). [Rapport au Régent qui précède l'arrêté-loi du 28 décembre 1944 concernant la sécurité sociale des travailleurs](#). Moniteur belge, 30 décembre 1944, pp. 1730-1735. — Les quatre préoccupations de 1944.
- Van Houwelingen, K. (2025). Het stond er echt. Eén tweelingbevalling: ruim 240.000 dollar. Het Parool, 26 août 2025.
- Van Lancker, W. (2024). [Armoede en de lage middenklasse in België en Vlaanderen: een actualisering](#). Étude commandée par Decenniumdoelen et le groupe de réflexion Minerva. — Le risque de pauvreté diminue car les familles qui combinent un travail et une allocation plus élevée se retrouvent au-dessus du seuil de pauvreté.
- Vandenbroucke, F. (2001). [Social Justice and Individual Ethics in an Open Society. Equality, Responsibility and Incentives](#). Springer Verlag — À propos de la justice sociale, de l'égalité, de la responsabilité individuelle, des incitants économiques et du comportement individuel dans le cadre de règles convenues.
- Vandenbroucke, F. (2013). [The Active Welfare State Revisited](#). Die Keure (première version : CSB, 2012). — L'investissement social et la protection sociale en tant que stratégies complémentaires ; la pauvreté infantile comme critère d'évaluation.
- Vandenbroucke, F. & Vinck, J. (2015). [Child Poverty Risks in Belgium, Wallonia and Flanders: Accounting for a Worrying Performance](#). Revue belge de sécurité sociale, 2015, 51-97. — L'analyse de la pauvreté infantile en Belgique.
- Vandenbroucke, F. (2016). [De welvaartsstaat: een donkere interpretatie](#). Société et Politique, 2016/10, 81-85. — Discussion de Cantillon (2016).
- Vandenbroucke, F. (2019). [Zekerheid, armoede, vrijheid: richtingwijzers voor de sociale zekerheid die we nodig hebben](#), dans : Somers, M. (dir.) (2019). Fundamenten. Sociale zekerheid in onze kere tijden. Denktank Minerva. 87-123 — L'état de ma critique en 2019, réactualisée dans ce texte.
- Vandenbroucke, F. (2020). [Plooien we ons terug op kleine gemeenschappen?](#) De Standaard, 25 avril 2020. — Les cercles de solidarité et l'Europe.
- Vandenbroucke, F. (2022). [The EU's role in income distribution and income insurance: Support, norm setter or provider? A review of justice-based arguments](#). European Journal of Philosophy 30(2), p. 471-487. — Quelle solidarité au niveau européen?
- Vandenbroucke, F. (2024). [Les soins de santé de demain : ni « moins de la même chose », ni « plus de la même chose », mais « plus d'autre chose »](#). Discours prononcé à l'occasion du soixantième anniversaire de l'INAMI, le 17 mai 2024. — Le programme de réforme des soins de santé.
- Vandenbroucke, F. & Coenen, M. (2024). [10 Franke vragen aan Frank](#). Pelckmans. — Suppléments, modèle de conventionnement, nomenclature, prévention.

- Vandenbroucke, F. (2025). [Responsibility and the Demands of Solidarity: Defending the Welfare State in Hard Times](#). Conférence Sidney Ball, Oxford, 7 novembre 2025. — Les quatre significations de la responsabilité. Une version retravaillée sera publiée dans le Journal of European Social Policy.
- Vandenbroucke, F. (2026a). [Dit is mijn houvast als socialist. Over politiek denken en politieke actie](#). Société & Politique, juin 2026, p. 20-27. — Pragmatisme justifié; revaloriser la dimension assurantielle sans obsession pour l'aléa moral.
- Vandeveld, T. (1989). Marktonzekerheid en regulering: een pleidooi voor een institutionele visie op de economie, Streven (Vlaamse editie): [Marktonzekerheid en regulering Een pleidooi voor een institutionele visie op de economie Toon Vandeveld, Streven. Vlaamse editie. Jaargang 56 - DBNL](#)
- Vivalis (2025). Baromètre social 2025. [Rapport bruxellois sur la pauvreté et les inégalités sociales et de santé](#). — Un enfant bruxellois sur trois grandit exposé au risque de pauvreté.
- Vlaams Patiëntenplatform (2022). [Hospitalisatieverzekeringen van mutualiteiten 2022: dekking voorafbestaande aandoening of ziekte](#). — Stages d'attente et limitations pour les affections préexistantes.
- Vooruit studiedienst (2026). Raming over minderopbrengsten door vervennootschappelijking.
- Wikifin (FSMA). Qu'est-ce qu'une assurance revenu garanti ou invalidité? — L'exclusion des affections psychiques de la plupart des polices.

Toutes les publications de Frank Vandenbroucke sont disponibles sur www.frankvandenbroucke.be

Le site web consacré aux politiques de Frank Vandenbroucke est accessible à l'adresse <https://vandenbroucke.belgium.be>

Résultats de la politique de retour au travail
(Cellule stratégique du ministre
Vandenbroucke)



Impact de la mise en société
(Service d'études
de Vooruit)



