

# CRAPS LOG

LE MAGAZINE D'INFORMATION DU CRAPS N°6 JANVIER 2017

## Les mutuelles au coeur de notre avenir !

### DOSSIER CENTRAL

par Ronan Le Joubiou, Consultant, Ex-Directeur Général de la MCDef

13

**François Kerzerho**

Directeur des services de  
Cegedim Insurance Solutions

12

**Benoît Briatte**

Président de la Mutuelle Générale  
de la Police

22

**Gilbert Bouteille**

Président de l'Ordre National des  
Chirurgiens-Dentistes





- 04 - L'image :** Dîner-Débat - Les 4 enjeux de l'hôpital public
- 06 - L'actu :** 2017, l'année de la confirmation
- 08 - Focus :** Le CRAPS met la Protection sociale au coeur de la Présidentielle !
- 10 - Le dossier :** Les mutuelles au coeur de notre avenir !
- 17 - Parole d'expert :** Débat santé 2017 : de grands mots sans grands remèdes !
- 18 - Le portrait :** Orthoprothésiste : architecte de l'Homme
- 20 - Le fait historique :** Lorsque l'hôpital soignait les âmes : brève histoire d'une institution médiévale
- 22 - L'interview :** Gilbert Bouteille, Président de l'Ordre National des Chirurgiens-Dentistes
- 23 - Les tribunes :** Human First - Contre le Tabac, une lutte internationale - Le revenu universel peut-il être une solution pour lutter contre la pauvreté ?

## Le CRAPS vous présente ses meilleurs voeux pour 2017 !

Lors du dixième anniversaire de ce siècle déjà bien entamé, je vous présentais pour la première fois en ma qualité de Président-Fondateur du CRAPS, à peine créé, mes voeux de bonne et heureuse année.

À cette époque, Blablacar balbutiait, Airbnb venait de naître et les plateformes informatiques étaient à notre entendement ce que les romans de Jules Verne à travers les éditions Hetzel étaient à nos évasions infantiles.

« **Après les Trente glorieuses et les Trente piteuses, depuis la création du CRAPS, les Trente numériques ne nous narguent plus** » ; elles nous habitent au point de nous présenter notre nouveau visage, celui d'un Homme transhumaniste. «Science sans conscience»...

Ainsi va l'Humanité... Et dans le même temps d'autres, toujours plus nombreux, voient l'avenir de notre pays et son redressement par la destruction de notre Pacte républicain élaboré par le Conseil National de la Résistance. Homme modifié, marché roi, clavier mythifié telle serait la nouvelle condition humaine promise à nos enfants.

À la leur de ces considérations - somme toute très banales - le CRAPS trouve le

fondement même de son action. Mieux, il est conforté dans sa mission première: faire vivre au-delà de toutes évolutions sociétales, les valeurs qui ont prévalu à la création de notre système de Protection sociale.

« **Affirmons-le : la Protection sociale n'est pas désuète, elle n'est pas obstacle au progrès...** » Bien au contraire, elle est porteuse d'avenir à travers la solidarité, l'égalité, notions républicaines plus actuelles et plus nécessaires que jamais... Elle est révolutionnaire car libératrice ; elle est gratifiante puisque personne ne courbe plus l'échine !

« **Conscient de l'importance de l'élection présidentielle, de son enjeu au regard des défis désormais posés en termes de santé, de logement, d'emploi, d'autonomie...** » Le CRAPS a souhaité prendre part au débat public à travers la publication de cahiers de propositions ayant pour ambition d'alerter les candidats à l'élection présidentielle,

afin d'engager et d'imaginer une structuration de notre modèle de Protection sociale plus efficiente et plus efficace, quelle que soit la condition ou le lieu géographique de l'individu.

Avec ses dîners-débats, la publication de 20 cahiers de propositions d'ici l'élection présidentielle, son nouveau site dédié à cette échéance, son développement à l'international et en premier lieu sa coopération avec nos amis marocains, le CRAPS aborde avec ses partenaires cette nouvelle année à la fois pleine d'enthousiasme et de confiance en la pertinence de ses actions fondée sur l'expertise, la vision et le dévouement de ses adhérents.

Recevez toutes et tous pour cette année 2017 mes voeux les plus chaleureux pour une année lumineuse, épanouissante et fraternelle ! •



Jean-Claude Mallet, Président du CRAPS

Journal trimestriel d'information et de réflexion du CRAPS

Directeurs de publication : Jean-Claude Mallet et Fabien Brisard

Directeur du comité de rédaction : Hervé Chapron - Crédits photos : shutterstock.

CRAPS : 68, rue de Nantes 53000 Laval - 02 44 72 50 84 - accueil@association-craps.fr

Conception et réalisation : Pierre-Maxime Claude





**CRAPS**  
Club de Réflexion sur l'Avenir de la Protection Sociale

PROTECTIONSOCIALE2017.FR

**Dîner-débat organisé par le CRAPS à l'Assemblée nationale le 6 décembre 2016 sur le thème : «Les 4 enjeux de l'hôpital public : Territoires, Organisation, Progrès Médical et Technique, Attractivité Médicale».**

David Gruson, Délégué Général de la FHF, expose son expertise sur les grands défis de l'hôpital public.



## Ils ont dit !

*"Je ferai, en outre, recentrer l'Assurance maladie sur les affections graves et l'Assurance privée sur le reste."*

François Fillon - Ancien Premier Ministre et Candidat pour l'élection Présidentielle 2017, le 11 janvier 2017, dans Bourdin Direct sur BFMTV.

*"La pratique des dépassements d'honoraires constitue une brèche dans notre système de solidarité, il nous faut absolument la combler."*

Manuel Valls, Ancien Premier Ministre et Candidat à la primaire de la Gauche à l'élection Présidentielle 2017, le 3 janvier 2017 lors de la présentation de son programme.

*"Mutuelle publique à 10€ par mois pour ceux qui vivent avec moins que le SMIC."*

Arnaud Montebourg, Ancien Ministre de l'Economie, du Redressement productif et du Numérique et Candidat à la primaire de la Gauche pour l'élection présidentielle 2017, une de ses propositions publiée sur son site internet.

## L'actualité du CRAPS

### 2017 : un débat pour consolider l'idéal Républicain

2016 a été, et à n'en pas douter, une année de rayonnement et d'influence pour le CRAPS. Avec d'une part, l'organisation de dîners-débats prestigieux, d'un séminaire au Bureau International du Travail à Genève, la participation à un voyage d'études aux Etats-Unis organisé par notre partenaire, le CNEH, notre présence à la 6ème édition de la journée Santé au Travail à Casablanca, avec d'autre part, la sortie d'un site internet dédié aux présidentielles au sein duquel des cahiers de propositions sur tous les thèmes traités par notre think tank seront édités jusqu'au mois de mars ainsi que la publication de sondages réalisés en collaboration avec l'IFOP. Le CRAPS peut s'enorgueillir de l'activité déployée l'année passée ! Et 2017 s'annonce alléchante et pleine de promesses ! Jugez vous-même : deux dîners-débats exceptionnels le 1er février et le 22 mars avec Thierry Beaudet, Président de la Fédération Nationale de la Mutualité Française et Gérard Larcher, Président du Sénat. Les premières Assises Nationales de l'Appareillage en collaboration avec notre partenaire, l'UFOP, qui seront l'occasion de la présentation d'un court métrage dédié à l'appareillage.

**Des dîners-débats d'exception.** Le CRAPS a clôturé son année 2016 le 6 décembre au coeur de l'Assemblée nationale avec un dîner-débat sur le thème «Les 4 enjeux de l'hôpital public : Territoires, Organisation, Progrès Médical et Technique, Attractivité Médicale». Entouré d'invités prestigieux, tels que David Gruson, Délégué Général

de la FHF, Thierry Godeau, Médecin et Président de la Conférence Nationale des Présidents de CME des Centres Hospitaliers, Joseph Tedesco, Directeur Général du CNEH et Pierre-Henri Comble, Directeur Marketing de Cegedim Assurances, notre think tank a accueilli plus de 80 experts et se réjouit de la réussite de la soirée due à la qualité des débats. Pour le lancement de son année 2017, le CRAPS organise deux dîners-débats. Le 1er février, notre think tank accueillera au Sénat, Thierry Beaudet, Président de la Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF) sur le thème «Les mutuelles, pivot d'un système de Protection sociale métamorphosé ?». Le second dîner-débat se déroulera en la présence exceptionnelle de Gérard Larcher à la Maison des Polytechniciens le 22 mars prochain où le Président du Sénat et Ancien Ministre, nous exposera sa vision prospective sur le thème «Nouveau monde, nouveau pacte social ?» à travers la régionalisation du Service Public de l'Emploi, la redéfinition des Territoires de santé et la place du Régime Obligatoire et des Régimes Complémentaires dans le financement de la Protection sociale.

**Etats-Unis, Suisse, Maroc... Le CRAPS dépasse les frontières.** En septembre dernier, notre think tank a participé pendant une semaine à un voyage d'études aux Etats-Unis, organisé par le CNEH, partenaire du CRAPS, pour analyser le modèle américain de la chirurgie ambulatoire. Au programme de cette expédition, des rencontres avec des

spécialistes américains sur deux territoires différents: Boston et Nashville. (voir la tribune de Fabien Brisard, « Human First », p.23). Quelques semaines plus tard, une délégation du CRAPS a été accueillie au BIT, à Genève, pour trois jours, lors desquelles leurs experts nous ont présenté leurs missions ainsi que leurs actions pour lutter contre un fléau : le chômage en Europe. Enfin, à l'invitation du Président de la Caisse Mutualiste Interprofessionnelle Marocaine (CMIM), Abdelaziz Alaoui, le Président du CRAPS, Jean-Claude Mallet, est intervenu lors de la 6ème édition de la journée « Santé au Travail » à Casablanca le 20 décembre dernier (voir « Le coup de coeur du CRAPS », p.7). Cette coopération entre les deux structures s'inscrit dans le cadre de la création du CRAFT-Maroc, Club de Réflexion et d'Actions en Santé au Travail, qui a été officiellement annoncée ce même jour devant une assemblée conquise.

**Les premières Assises Nationales de l'Appareillage.** Notre think tank collaborera avec l'UFOP pour l'organisation des premières Assises Nationales de l'Appareillage le 14 novembre 2017. En complément de ces Assises, le CRAPS et l'Union Française des Orthoprothésistes (UFOP) réaliseront également un court métrage valorisant l'action primordiale de l'orthoprothésiste en faveur de l'autonomie des personnes en situation d'handicap.

**Le CRAPS au coeur de la Présidentielle.** Suite à la mise en ligne du site internet, protectionsociale2017.fr, début décembre, notre think tank continuera naturellement ses actions afin de promouvoir la place de la protection sociale au coeur du débat des élections présidentielles via la diffusion de nouveaux cahiers de propositions qui seront publiés régulièrement jusqu'au mois de mars accompagnés de nouveaux sondages en partenariat avec l'IFOP. •

## Le coup de coeur du CRAPS

Le 20 décembre dernier, la Caisse Mutualiste Interprofessionnelle Marocaine (CMIM) a organisé à Casablanca la 6ème édition de la journée «Santé au Travail». Axée sur le thème «Stratégie et Politique de Santé au Travail : Enjeux de durabilité et de performance globale», cette journée a rencontré un vif succès avec pas moins de 200 participants.

Au programme de cette journée, trois thématiques ont pu être abordées : la qualité de vie et le bien-être au travail, la prévention de pathologies chroniques et la prévention santé digitale. Plusieurs experts

ont également pris la parole devant la salle comble, tels que Jean-Claude Mallet, Président du CRAPS, Alain Coheur, Directeur de la Mutuelle belge Solidarité ou encore Pierre-Henri Comble, Directeur Marketing de Cegedim Assurances.

Cette journée fut également l'occasion pour le Président de la CMIM, Abdelaziz Alaoui, d'annoncer la création d'un Club de Réflexion et d'Actions en Santé au Travail (CRAST) qui a pour objectif d'être une structure de veille, de réflexion, d'idées et de rencontres pour la promotion et la consolidation de la santé au travail au Maroc. •



Le Secrétaire Général de l'Union Marocaine du Travail, Miloudi Moukharik.



## Le CRAPS met la Protection sociale au coeur des Présidentielles !

Analyses, propositions, sondages, tendances, vidéos, tribunes, la palette mise à disposition des internautes par le CRAPS et ses partenaires via [protectionsociale2017.fr](http://protectionsociale2017.fr) est généreuse.

Une élection présidentielle est le moment idéal pour faire un état des lieux de la protection sociale française. C'est pourquoi nous appelons l'ensemble des candidats

et des citoyens français à s'interroger et à débattre sur un enjeu qui est crucial, non seulement pour des critères économiques mais aussi pour notre idéal culturel. Que souhaitons-nous léguer aux générations futures ? Santé, logement social, politique familiale, Assurance chômage, formation professionnelle, financement, handicap, vieillissement de la population; [protectionsociale2017.fr](http://protectionsociale2017.fr) est la seule

plateforme collaborative des élections présidentielles à permettre à l'ensemble des électeurs de s'informer sur chaque projet lié aux politiques sociales. Notre think tank est persuadé que c'est en ayant une vision d'ensemble qu'un projet constructif et réformiste pourra naître de ce rendez-vous Républicain !

[protectionsociale2017.fr](http://protectionsociale2017.fr)

## Les propositions du CRAPS !

Le CRAPS n'a pas vocation de revendiquer, il n'est pas un parti politique, encore moins un syndicat, il est un laboratoire d'idées, qui regroupe une multitude d'experts venant d'horizons parfois différents.

C'est dans ce cadre que le CRAPS éditera pendant 5 mois une vingtaine de

cahiers de propositions qui auront pour objectif d'alimenter le débat des élections présidentielles. Les quatre premiers cahiers ont pour thématiques : l'emploi, l'hôpital, la télémédecine et l'emploi en Europe. Composés d'une trentaine de pages en moyenne, ils ont pour objectif d'établir un constat précis afin d'exposer des propositions

dans le but de réformer et de consolider le modèle de protection sociale français.



Cliquez sur les images pour découvrir les propositions du CRAPS !



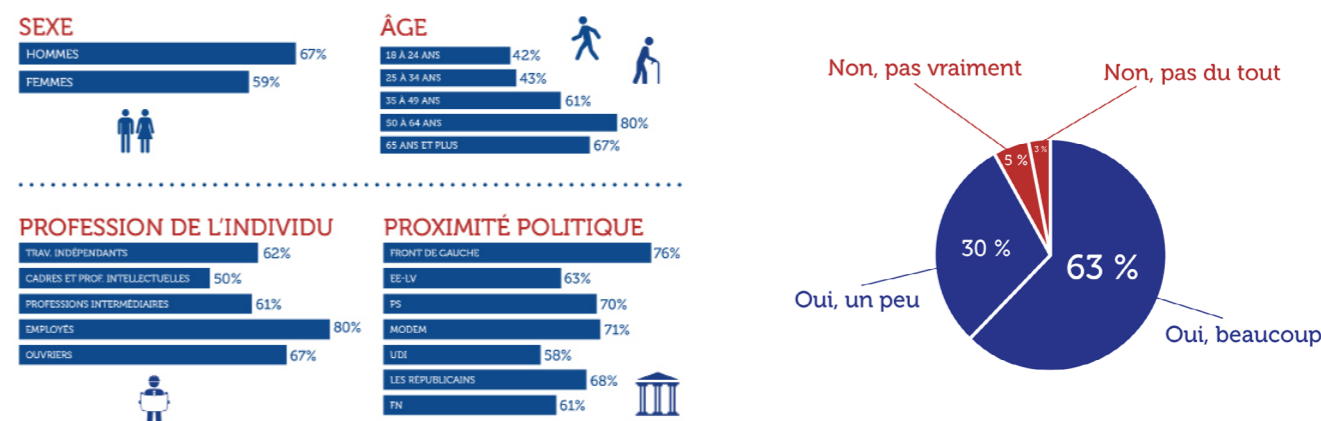
## Le premier sondage du CRAPS !

Diriez-vous que les questions autour de la protection sociale (ex : santé, retraite, chômage) vont compter beaucoup, un peu, pas vraiment ou pas du tout dans votre vote lors de l'élection présidentielle de l'année prochaine?

Telle est la question en partenariat avec l'institut de sondage Ifop que nous avons soumise à un échantillon de 1002 personnes,

représentatif de la population française âgée de 18 ans et plus. Édifiante réponse, défiant les analyses des grands stratèges politiques qui soumettent depuis de nombreuses années l'idée que ces questions seront facultatives dans le choix des Français. 93% d'entre eux reconnaissent que celles-ci seront primordiales dans leur choix alors que seulement 7% considèrent qu'elles seront secondaires.

La protection sociale au coeur du débat politique est une évidence pour une écrasante majorité de Français.



Cliquez sur les images pour découvrir tous les résultats du sondage !



## Les mutuelles au coeur de notre avenir !

Historiquement, la nécessité de se protéger contre les divers risques de la vie a conduit des individus, le plus souvent salariés, à mettre en place sur des bases géographiques ou professionnelles, volontairement en proximité, de nouvelles formes de solidarité. Les mutuelles en sont l'incarnation.

Dès l'origine, leur choix de l'organisation collective, de l'adhésion à un règlement commun de solidarité, les fait différer de l'activité assurantielle qui suppose une appréciation individuelle du risque et de la nature de la protection. De même, le principe de la plus juste solidarité impose la non-lucrativité, ainsi que l'organisation démocratique pour favoriser le consentement financier de chacun des membres.

Ce modèle alliant proximité, solidarité, non-lucrativité et démocratie, n'a cessé de se développer au cours de la seconde partie du XXe siècle, donnant naissance à de véritables entreprises mutualistes aux côtés de l'Assurance maladie obligatoire.

Depuis une quinzaine d'années, les évolutions réglementaires successives (mise en concurrence de la protection sociale des salariés, fiscalisation, encadrement des paniers de soins, Solvabilité 2...) les ont poussées à entrer de plain-pied dans le champ concurrentiel. Mais force est de constater que le monde mutualiste a largement subi ces évolutions, au risque parfois de s'éloigner de ses spécificités, ou tout au moins les rendant peu identifiables par le grand public en les diluant dans

l'offre de payeurs complémentaires à la sécurité sociale, notamment l'Assurance maladie.

La concurrence et la pression réglementaire ont également conduit les mutuelles à se regrouper pour assurer un niveau de performance équivalent à ceux de concurrents, diversifiés et internationalisés, avec un risque d'éloignement de leurs adhérents.

L'individualisation à l'oeuvre dans la société, renforcée par une concurrence pratiquant l'hyper-segmentation, a également mis à mal un modèle basé sur la solidarité dont la perception a changé pour l'adhérent qui ne distingue pas toujours le caractère non lucratif du caractère lucratif et voit dans la mutuelle une simple assurance complémentaire.

Enfin, la non-lucrativité n'est pas toujours en mesure de fournir les moyens suffisants au développement et à l'investissement nécessaires dans un contexte concurrentiel et technologique en mutation.

**Le modèle mutualiste est donc menacé. Quelques chiffres, édifiants, permettent d'illustrer cette affirmation. Il existait 5000 mutuelles de**

**livre II en 1992, 1500 en 2000 et moins de 450 aujourd'hui.**

Pour expliquer cette diminution spectaculaire du nombre de mutuelles, plusieurs éléments peuvent être avancés.

D'abord, nous l'avons évoqué, il y a eu les évolutions et la pression réglementaires, la concurrence. Pour autant, cela ne suffit pas à expliquer une diminution aussi significative du nombre de mutuelles. Il y a assurément une crise de la réflexion mutualiste et de son identité : un repos sur l'existant, la mutualité - le mouvement mutualiste - n'a pas vu ou n'a pas voulu voir le monde changer. S'en est suivi une période d'immobilisme que ce soit sur le militantisme mutualiste, l'évolution des structures et de leurs instances de gouvernance, sur l'acceptation de nouvelles normes notamment en distinguant ce qui est du ressort du politique de ce qui est

du ressort opérationnel, sur l'offre et, manifestement, un retard sur l'innovation sociale.

Pourtant, les aspirations et les besoins qui ont conduit au développement des mutuelles n'ont pas disparu, bien au contraire.

**Les besoins sociaux non suffisamment couverts explosent, que ce soit en raison des évolutions sociologiques ou de la tension sur les financements publics ou socialisés.**

La demande de proximité dans la relation rendue possible par le digital s'impose, et dans le même temps les perspectives liées à l'exploitation des données personnelles à des fins d'assurance sont vertigineuses si l'on écoute les GAFAs ou les assureurs adeptes de l'individualisation.

Enfin, la pression économique sur un

nombre croissant de ménages limite leur capacité contributive, et donne tout son sens à des offres proposées par des acteurs non lucratifs efficaces et identifiés comme tels. Cette pression justifie qu'il faille préserver le modèle d'économie sociale et solidaire, tout en ayant pour objectif, au nom de la pérennité de l'offre mutualiste, la rentabilité.

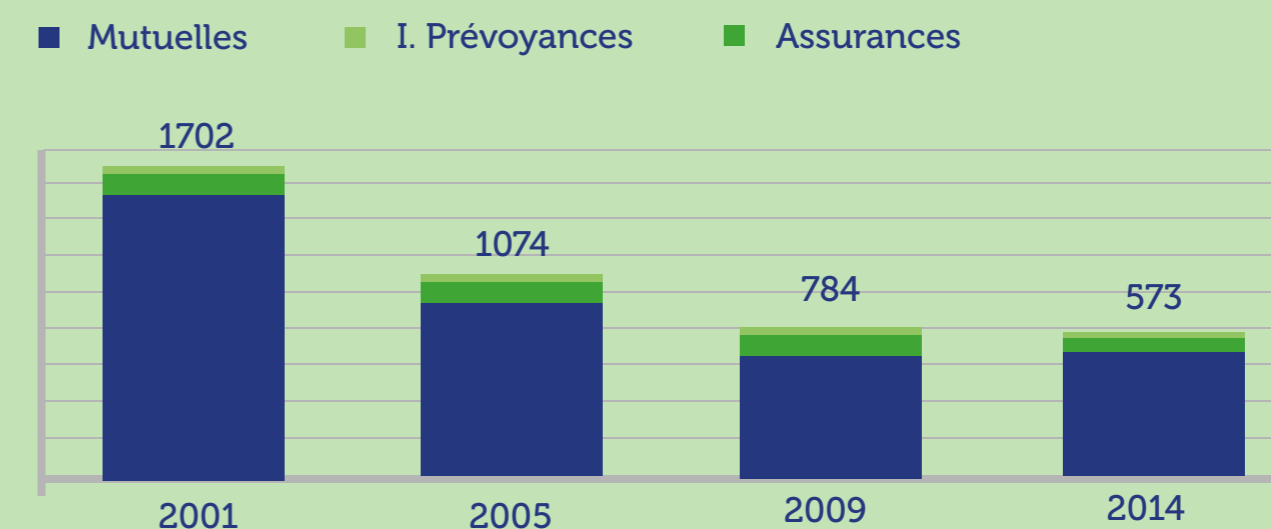
Au moment où certains acteurs mutualistes entrent dans une nouvelle phase de constitution de groupes pour porter notamment les investissements et les innovations nécessaires aux attentes des adhérents, les mutualistes doivent se réappropriier leur modèle pour le réinventer et en faire un modèle durable en matière d'organisation d'assurance et de protection solidaires qui va probablement au-delà de l'assurance santé obligatoire.

Une réflexion stratégique d'ampleur

Il existait **5000** mutuelles de livre II en 1992

moins de **450** mutuelles aujourd'hui.

Nombre d'organismes exerçant une activité de complémentaire santé de 2001 à 2014



Champs - Organismes assujettis à la taxe ou à la contribution CMU en 2001, 2005, 2009 et 2014. Source - Fonds CMU.



## Interview - Benoît Briatte

Président de la Mutuelle Générale de la Police



La généralisation de la complémentaire santé en entreprise est effective depuis début 2016, un an après quel en est le bilan ?

La Mutuelle Générale de la Police c'est plus de 200 000 personnes protégées, en grande partie liée au Ministère de l'Intérieur, nous n'avons donc pas été directement concerné par l'Accord National Interprofessionnel. Néanmoins, le marché de l'individuel facultatif s'est réduit, depuis le 1er janvier 2016, chaque entreprise a été dans l'obligation de choisir une mutuelle pour ses salariés et le bilan après une année de fonctionnement est pour le moins significativement pas satisfaisant. Cet accord a tiré la couverture santé des Français vers le bas et il renforce la déclinaison du rapport Chadelat, c'est-à-dire une sécurité sociale avec trois niveaux : l'Assurance maladie, la complémentaire santé et un troisième niveau de couverture pour les plus aisés.

Plusieurs rapprochements et partenariats entre les Mutuelles, les Institutions de Prévoyance et les Assureurs sont nés depuis quelques années, cette stratégie est-elle payante ?

À ce stade, je n'ai pas assez d'indicateurs pour dire si oui ou non cette stratégie est payante, cependant elle était indispensable ! Beaucoup devaient trouver des synergies pour des raisons liées à la solvabilité notamment, certains partenariats peuvent cependant paraître surprenants et ont choqué les acteurs mutualistes, les mutuelles doivent continuer à faire vivre et respecter les principes fondamentaux de leur action. La Mutuelle Générale de la Police a pour sa part gardé son indépendance, elle a concrétisé un partenariat avec deux autres acteurs, Covéa/GMF et Unéo qui n'est pas prudentiel, nous avons choisi ces deux acteurs avec qui nous défendons des valeurs communes, il n'y a pas de redistribution vers des actionnaires, nous privilégions - et c'est une volonté forte - l'adhérent.

La MGP développe actuellement un nouveau plan stratégique en quoi consiste-t-il ?

La Mutuelle Général de la Police est une mutuelle qui a encore la chance d'être indépendante, le dernier plan stratégique est arrivé à terme, il était donc important d'être dans la continuité et de nous fixer de nouveaux objectifs afin de mettre en perspective nos projets. Ce nouveau plan confortera notre vocation c'est-à-dire protéger ceux qui protègent afin de rester performant sur un marché que l'on connaît.

doit être menée sur le mouvement mutualiste pour en préserver le modèle non lucratif tout en visant la rentabilité. La santé n'a pas de prix, mais elle a assurément un coût.

**Cette réflexion doit être innovante, véritablement innovante. L'innovation aujourd'hui, tant technique que sociale, va vite, très vite. Elle bouscule les limites du champ des possibles. Elle est comparable à la poussée subie par un astronaute.**

L'innovation technologique a aujourd'hui rendu obsolète la loi de Moore. Nous assistons désormais à une véritable révolution cambrienne de l'innovation et la mutualité doit, il s'agit d'une condition essentielle à sa survie, s'emparer de l'innovation sociale, mettre en place un écosystème de l'open innovation en détectant, y compris à l'extérieur de son périmètre, les nouvelles formes d'innovation pour mieux se les approprier.

Une règle majeure de l'innovation n'est pas appliquée, ou pas encore suffisamment appliquée : il faut se cannibaliser soi-même avant que d'autres ne s'en chargent.

Toutefois, l'innovation coûte cher, très cher et n'est pas forcément rentable à court terme, ce qui place le mouvement mutualiste dans une position très favorable par rapport aux assureurs privés : l'absence de la nécessité d'une rentabilité immédiate. L'innovation, c'est assurément la planche de salut des mutuelles d'avenir.

Pour satisfaire cet objectif, certaines mutuelles ont fait le choix d'opérer des rapprochements. D'autres, au contraire, l'excluent. La question ne se résume pas comme on peut le lire ici ou là de trancher entre se rapprocher ou disparaître. La question est : quel est l'intérêt de l'adhérent ? Il peut se situer dans des rapprochements comme dans des voies médianes.

L'enjeu, c'est comment apporter un nouveau souffle au mouvement mutualiste. Pour répondre à cette interrogation, nous serions probablement bien inspirés de repartir de la définition de la mutuelle, énoncée à l'article premier du Code de la mutualité.

## Interview - François Kerzerho

Directeur des services de Cegedim Insurance Solutions.



Cegedim Activ est leader sur le marché des progiciels dans l'assurance de personnes, quelles sont les solutions proposées par votre groupe pour assurer l'efficacité et l'efficacé des services des mutuelles ?

Nous proposons des solutions couvrant à la fois la gestion de la santé et de la prévoyance, tant en individuel qu'en collectif. Leurs contours fonctionnels et leur ergonomie ont fait l'objet d'investissements significatifs, compte tenu de l'ANI : elles prennent ainsi en compte les différentes spécificités liées à la gestion d'accords d'entreprise ou de branche professionnelle, intègrent les flux DSN ainsi qu'un moteur de pilotage des processus. Elles peuvent d'ailleurs être enrichies de nos solutions de Prévention, récemment créées, et permettant aux assureurs de nouveaux leviers dans le domaine de la Prévoyance. Nous gérons, sur cette base, un portefeuille d'environ 20 millions de personnes protégées.

Votre structure développe une activité importante au niveau international et en particulier en Afrique, quels sont les axes de progrès envisagés sur ce continent ?

Notre activité à l'international s'est développée, dans un premier temps, auprès de pays francophones, dont le système de santé était proche de la France ; dans cette optique, nous avons équipé les différentes caisses gestionnaires du régime obligatoire au Maroc, ainsi que l'ANAM (Agence Nationale de l'Assurance Maladie) et la CMIM (Caisse Mutualiste Interprofessionnelle Marocaine). Elle s'est poursuivie dans d'autres pays (Mali, Côte d'Ivoire, Angola) auprès d'acteurs de profils plus différenciés : assureurs complémentaires, TPA par exemple. Notre ambition désormais est de poursuivre notre développement en nous dotant d'une solution susceptible de répondre aux besoins d'acteurs locaux (assureurs, IPMI) dans ces différents territoires, quelle que soit leur couverture santé.



## Interview - Abdelaziz Alaoui

Président de la Caisse Mutualiste Interprofessionnelle Marocaine (CMIM).  
Vice-Président de l'Association Internationale de la Mutualité (AIM) chargé de l'Afrique et du Moyen Orient.



Vous présidez la CMIM (Caisse Mutualiste Interprofessionnelle Marocaine), pouvez-vous présenter l'historique et les objectifs de votre mutuelle ?

Créée en 1977, la Caisse Mutualiste Interprofessionnelle Marocaine (CMIM) a pris la suite de la Caisse Interprofessionnelle de Prévoyance des Cadres (CIPC) dont le siège est à Paris, aujourd'hui dénommée Malakoff Médéric et qui demeure à ce jour notre partenaire. Indépendante de tout intermédiaire commercial, la CMIM est une mutuelle privée, à but non lucratif, régie par le Code de la mutualité. La CMIM a la particularité d'être un organisme paritaire, où les représentants des entreprises adhérentes et les salariés siègent en Conseil d'administration et en Assemblée générale. La CMIM est une institution volontairement sociale, gestionnaire de régimes de prévoyance et de garanties contre les risques à caractère médical, en faveur de ses adhérents. De par son caractère interprofessionnel, elle a étendu le bénéfice de la couverture médicale à toutes les catégories de salariés des entreprises adhérentes dans un parfait esprit de solidarité et a élargi considérablement le champ de couverture et de garantie contre les risques de maladie. La CMIM offre aujourd'hui à ses adhérents – actifs, retraités et leurs ayants droit des prestations couvrant les risques maladie, maternité, incapacité de travail, invalidité ainsi qu'une couverture « Capital décès ».

Par ailleurs, nous travaillons actuellement sur le déploiement de nouvelles offres qui viendraient étoffer nos services aux adhérents. Un nouveau site internet ainsi qu'un centre de relation adhérent « ALLO CMIM » sont en cours de finalisation. Nous poursuivons notre politique de développement en agissant sur les cinq axes majeurs que sont la réactivité, la proximité, la productivité, la dématérialisation des échanges avec les partenaires et enfin le pilotage du risque.

Vous êtes également le Vice-Président de l'Association Internationale de la Mutualité, dans un monde qui recherche toujours plus de sécurité, quels doivent être la place et le rôle des Mutuelles ?

Tout d'abord, permettez-moi de vous rappeler les trois valeurs qui différencient les mutuelles des assurances classiques et qui font des mutuelles des piliers de l'économie sociale et solidaire :

- La solidarité : les mutuelles protègent leurs adhérents sans discrimination liée à l'âge ou à l'état de santé
- La démocratie : un homme = une voix
- La non-lucrativité : les membres de l'AIM ne rémunèrent pas d'actionnaires et les bénéficiaires sont réinvestis au profit des adhérents.

En qualité de Vice-président de l'AIM chargé de l'Afrique et du Moyen Orient vous comprendrez aisément que je priorise ma vision et mes actions futures sur ces 2 espaces géographiques qui présentent une situation dramatique qui se résume comme suit :

- 82% de la population mondiale ne bénéficie d'aucun système de protection sociale.
- Selon les chiffres du Bureau international du Travail, en Afrique Subsaharienne, seul 5 à 10% de la population bénéficie d'une sécurité sociale sur les aspects « sécurité du revenu » et « santé ».

Ces chiffres sont édifiants : une grande majorité de la population mondiale souffre d'un manque total de sécurité sociale. Les personnes du secteur informel en sont pratiquement exclues. Cependant, à l'AIM nous pensons que ce n'est pas une fatalité et qu'une meilleure couverture sociale est un « rêve accessible » comme l'a dit le Nobel Amarty Sen. Pour ma part, j'estime que le rôle et la place des mutuelles doivent s'inscrire dans la réalisation de défis pour le XXI<sup>ème</sup> siècle. Mais quels sont les défis des mutuelles dans la poursuite de ce « rêve accessible » en Afrique ? Il y a des défis internes au mouvement mutualiste et d'autres défis qui sont externes, impulsés par des institutions nationales ou internationales et par le contexte dans lequel évoluent nos mutuelles.

Pour les défis internes au mouvement mutualiste africain, j'en relève plusieurs que je synthétise comme suit :

**Le défi de la professionnalisation.** Cette professionnalisation est à mener à plusieurs niveaux. Au niveau du Conseil d'administration et de l'Assemblée générale et ce à travers la formation des élus pour s'assurer d'une bonne gestion. Au niveau du fonctionnement quotidien de la mutuelle à travers un système de gestion performant sur le plan des prestations, de la gestion des risques, des ressources humaines...

La structuration du mouvement et ce à travers la capacité des mutuelles à organiser et à porter leur propre développement. Le développement d'une offre de soins de qualité abordable et accessible partout et notamment en zone rurale. La communication en poussant les mutuelles à mettre en avant leurs valeurs, en misant sur la confiance, sur la crédibilité et en favorisant une approche multi-acteurs (prestataires, patients, membres, syndicats, employeurs).

Ce sont là, à mon avis, quelques-uns des défis internes majeurs auxquels seront confrontées les mutuelles et dont la prise en compte sera décisive pour le futur de notre mouvement en Afrique. Le succès dans la réalisation de ces défis consacrerait la place et le rôle prééminent qu'occuperont les mutuelles dans une société mondiale inclusive du XXI<sup>ème</sup> siècle.

Autour de nombreuses personnalités nationales et internationales, vous avez présidé le 20 décembre, la 6ème journée de la santé au travail marocaine à Casablanca, à cette occasion vous avez présenté le CRAFT (Club de Réflexion et d'Action sur la Santé au Travail), quelle sera la mission de celui-ci ?

Au préalable nous avons lancé une enquête qui a dégagé une forte attente de la part de nos adhérents quant à la mise en place d'une structure de conseil et d'assistance en santé au travail. À l'unanimité des entreprises participantes à l'enquête ont émis le souhait de voir la CMIM accueillir cette entité. Nous sommes donc passés du stade de projet à la mise en place effective du Club de Réflexion et d'Actions en Santé au Travail (CRAFT- MAROC) qui s'intégrera au sein de la CMIM dont les principales missions sont :

- Etre une structure de veille, de réflexion, d'idées et d'échanges de savoir et de savoir-faire pour la promotion et la consolidation de la Santé au Travail, au profit des adhérents CMIM et d'une manière générale du monde de l'entreprise.
- Devenir une plate-forme de référence, de connaissance, d'échanges de bonnes pratiques et de mise en commun des expertises de ses membres au profit de la Santé au Travail.
- Organiser périodiquement des conférences, symposium, tables rondes, ateliers, baromètre... sur la Santé au Travail.
- Diffuser régulièrement notes, analyses, études, informations et bonnes pratiques en Santé au Travail au profit des adhérents CMIM.
- Contribuer à la prévention des risques en Santé au Travail.
- Rendre le collaborateur acteur de la Santé au Travail.

Nous sommes actuellement en train de finaliser son mode de gouvernance et d'arrêter sa stratégie et son plan d'actions pour l'exercice en 2017. Par ailleurs, le CRAFT développera des conventions de partenariat avec des organisations marocaines et étrangères.

*Les mutuelles sont des personnes morales de droit privé à but non lucratif (...). Elles mènent, notamment au moyen des cotisations versées par leurs membres, et dans l'intérêt de ces derniers et de leurs ayants droit, une action de prévoyance, de solidarité et d'entraide, dans les conditions prévues par leurs statuts, afin de contribuer au développement culturel, moral, intellectuel et physique de leurs membres et à l'amélioration de leurs conditions de vie. Ces statuts définissent leur objet social, leur champ d'activité et leurs modalités de fonctionnement.*

Aucun besoin de remettre en cause cette définition, simplement une urgence : donner à cette définition un avenir, et pour cela comprendre notre temps, les attentes réelles des sociétaires et plus généralement de toutes celles et ceux qui ont une assurance complémentaire à l'offre socialisée, et non celles que certains aimeraient voir énoncées pour simplement vouer un culte à un passé, satisfaire quelques ambitions personnelles au risque de voir les mutuelles disparaître très prochainement.

Les enjeux principaux sont les suivants :

- **La proximité de la relation avec l'adhérent** : elle constitue l'atout principal de l'organisation mutualiste ; son maintien et même son renforcement supposent la conversion au digital, ce qui nécessite des investissements à la hauteur de ceux de la concurrence.

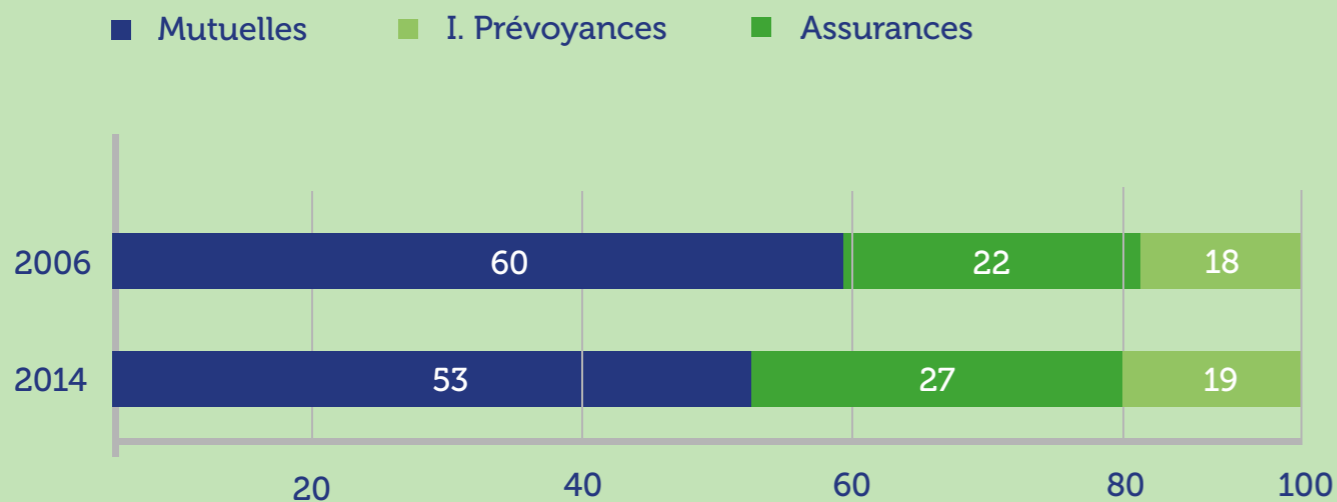
- **La qualité de la relation apportée à l'adhérent** : avec la fréquence de la relation, elle est un vecteur indispensable de la pérennité du modèle ; au minimum au niveau des standards des concurrents les plus avancés, elle doit également être résolument orientée vers l'innovation en la matière ; notamment en conciliant de manière originale l'organisation solidaire et la reconnaissance de l'individu.





## Le dossier

Répartition du financement par les trois catégories d'organismes complémentaires en 2006 et 2014



Source - Fonds CMU, calculs DREES.

- **Une offre maîtrisée de services adaptée aux besoins réels de l'adhérent** : la diversification croissante des besoins remet en question les offres collectives de service ainsi que le modèle économique correspondant ; les mutuelles doivent trouver le bon modèle permettant l'individualisation de la réponse aux besoins tout en mutualisant l'offre.

Ces trois principaux enjeux illustrent les attentes de base des «consommateurs d'assurance santé» ; ils doivent être impérativement appréhendés par les acteurs mutualistes sous peine de se trouver hors-jeu dans le paysage concurrentiel. Mais ils ne constituent pas pour autant des arguments suffisants dans la différenciation nécessaire pour valider la pérennité du modèle. D'autres enjeux doivent donc être appréhendés :

- **La pédagogie dans l'utilisation de l'offre** : elle constitue le corollaire de la responsabilisation revendiquée par les mutuelles en matière de

comportements de santé ; en rupture avec les logiques d'hyperconsommation, l'offre et l'accompagnement mutualistes doivent notamment inclure la prévention, en amont, auprès des adhérents.

- **Le développement de nouvelles formes de solidarité** : l'action mutualiste ne peut pas supposer une conception figée de la solidarité, et encore moins l'acceptation des logiques à l'oeuvre en matière d'hypersegmentation ; cela suppose aujourd'hui de réinterroger les conditions d'organisation des solidarités intergénérationnelles ou professionnelles ; il s'agit aussi d'assurer l'effectivité de la promesse, c'est-à-dire être capable de s'engager sur une prestation en nature lors de la survenance d'un aléa et non du simple versement d'une somme qui ne permet pas d'accéder au service lorsque le besoin se caractérise.

- **Le renforcement du caractère démocratique et participatif** : l'organisation démocratique est au fondement du fonctionnement

mutualiste, mais le principe représentatif qui en résulte n'est plus suffisant ; il est essoufflé, non conforme aux attentes des adhérents qui s'en éloignent. À l'heure de l'explosion du développement de l'économie collaborative et des pratiques participatives, redonner sa force au modèle mutualiste suppose de diversifier les modalités de l'implication des parties prenantes.

- **Un tiers de confiance non lucratif** : la relation mutualiste repose sur la confiance durable, le cas échéant nouée entre pairs ce qui suppose un lien désintéressé ; à l'heure du big data et des ambitions affichées des GAFA, l'adhérent mutualiste doit pouvoir investir sa confiance, en pouvant par exemple consentir explicitement aux modalités d'utilisation ou de non-utilisation de ses données personnelles, ou en comptant sur sa mutuelle pour le défendre face à des intérêts commerciaux puissants. •

Ronan Le Joubioux



## Parole d'expert

Jeannick Tarrière - **Fondatrice du cabinet de conseil en analyse stratégique et management de l'information Traits d'union**

Jeannick Tarrière - @JeanickTarrriere

Débat santé 2017 : de grands mots sans grands remèdes !



Lors du débat de l'entre-deux tours de la primaire de la droite et du centre, Alain Juppé note une «**divergence assez profonde**» avec son adversaire, qui préconise de **baisser les taux de remboursement pour résorber le déficit de la sécurité sociale**. Interpelé, François Fillon répond qu'il veut «**désétatiser**» le système de santé français. Il propose de **concentrer les remboursements sur les affections graves et de longue durée, et que ce soit les assurances privées qui prennent en charge les autres dépenses**.

Comme 8,4 millions de téléspectateurs, Marisol Touraine assiste aux échanges entre François Fillon et Alain Juppé sur les «petits risques» et les «gros risques». Elle réagit sur Twitter «Vous proposez la privatisation». Le mot est lâché, le tollé immédiat. Le choc est tel que personne dans l'équipe Fillon n'osera contre-attaquer sur le fond.

Personne ne souligne qu'il n'existe pas de **correspondance parfaite entre « protection sociale » et «sécurité sociale»**. Personne ne rappelle que les organismes de protection

**sociale complémentaire, notamment les mutuelles, font partie de notre système de soins et de sa prise en charge, depuis son origine**. En 1945, les créateurs de notre système d'Assurance maladie ont, en effet, fait le choix que l'Assurance maladie obligatoire couvrirait une partie des dépenses de santé et laisserait un reste à charge aux assurés. En 2015, ce reste à charge représente 44,3 Md€ (sur une dépense de soins et de biens médicaux de 194,6 Md€ en 2015).

Pour se voir rembourser tout ou une partie de ce qui reste à leur charge, les patients souscrivent une couverture complémentaire santé, c'est-à-dire un contrat dont l'objet principal est le remboursement des frais médicaux, laissés à leur charge. Sur la même année 2015, le reste à charge des ménages, après l'intervention des organismes complémentaires, est évalué à 16 Md€ soit 8,4%, l'un des plus bas des pays de l'OCDE.

Avant même le 1<sup>er</sup> janvier 2016 et l'entrée en vigueur de l'obligation pour les entreprises de droit privé de proposer une couverture santé à leurs salariés, l'IGAS relève que 95% de la population française déclare bénéficier d'un contrat de complémentaire santé (dont 6% de la CMU-C).

**Très attachés à leur modèle social, conscients qu'il est indispensable d'acquérir une couverture complémentaire pour accéder aux soins, les Français sont fatigués des solutions extrêmement onéreuses, à l'instar de la généralisation de la complémentaire santé des salariés**. En plein été, les standards des assureurs complémentaires ont explosé quand les salariés ont découvert que les remboursements des dépassements d'honoraires avaient été plafonnés par voie réglementaire et que leur reste à charge augmentait.

Le système de soins et de prise en charge collective est devenu totalement illisible. Cette illisibilité est d'autant plus grave qu'elle concerne la santé.

Comme l'indique l'Institut Montaigne, «trop souvent, les initiatives passées de réforme ont basculé directement des constats à l'élaboration de mesures sans vision d'ensemble». Un travail de fond impliquant les principales parties prenantes du système serait nécessaire pour construire une vision à moyen et long terme du système que l'on souhaite et des bénéfices attendus.

Comme dans d'autres domaines, nos concitoyens attendent des responsables politiques qu'ils s'engagent sur un cap clair et durable, offrant à tous une lisibilité à long terme de notre système de protection sociale. Le mandat ne sera pas accordé à ceux qui font peur sur des sujets qui ont pour finalité de protéger. •

**Comme dans d'autres domaines, nos concitoyens attendent des responsables politiques qu'ils s'engagent sur un cap clair et durable, offrant à tous une lisibilité à long terme de notre système de protection sociale.**



# Le portrait

## Orthoprothésiste : architecte de l'Homme !

Fabien Brisard - Délégué Général du CRAPS  Fabien Brisard - @Fabien\_Brisard

**De la mythologie grecque aux derniers blockbusters de science-fiction, à l'instar d'Iron Man, la volonté de l'Homme de vouloir dépasser ses propres limites biologiques est presque aussi vieille que l'Humanité. Serait-elle inscrite dans son ADN ? Le mythe de l'Homme augmenté n'a jamais été aussi proche de devenir réalité.** Notre société conçoit depuis très longtemps - et de plus en plus ardemment - le corps humain comme un outil « améliorable ». « 7 fois à terre, 8 fois debout » ! La profession d'orthoprothésistes pourrait faire sien ce proverbe du pays du soleil levant, elle qui a « reconquis [...] la première victoire d'un long processus des hominidés : se tenir debout »<sup>1</sup>. Aider à vivre au quotidien en retrouvant son autonomie

et donc sa dignité, là est la noblesse de cette profession, qui est définie étonnement par ses acteurs comme « orpheline » ! Peu de praticiens, peu d'institutions de formation et encore trop peu de patients en comparaison des grandes pathologies... Quant à la reconnaissance... ! De rouille et d'os, aurait dit Audiard, quand bien même la jambe en bois a bel et bien disparu de cet univers de substitution grâce à une évolution constante des matériaux et des technologies, grâce à la prise en compte des nombreuses contraintes subies par le patient par des professionnels attentifs. Adieu Capitaine Crochet, Vive l'athlète de haut niveau ! N'hésitons pas ! Allons à la rencontre de cette profession indispensable mais très, très discrète ! Une profession pudique

qui préfère le regard du patient à celui des médias. La compétence est toujours silencieuse, l'imposture criante ! Et si les Jeux Paralympiques sont un formidable vecteur de valorisation des compétences des orthoprothésistes, il n'en demeure pas moins vrai que le véritable enjeu de société que cette profession relève au jour le jour est ailleurs !

### L'horloge de Monsieur Gâteau<sup>2</sup> !

Tout le XXe siècle nous a démontré que l'autodestruction faisait paradoxalement partie intégrante de la nature humaine ! Et tout aussi paradoxalement, c'est dans les moments d'apocalypse que l'Homme trouve alors la force de



De gauche à droite : Dominique Fillonneau, Président de l'UFOP et co-Fondateur d'Orthofiga, Philippe Fourny, Délégué Général de l'UFOP, Jean-Claude Mallet, Président du CRAPS et Jean Gastard, co-Fondateur d'Orthofiga.



Rectification d'un moulage plâtré

se dépasser pour inventer un « demain meilleur » !

Ce « demain meilleur », l'orthopédie ne cesse d'y contribuer ô combien !... D'Ambroise Paré, défiant sur le champ de bataille les sacro-saintes règles de l'Eglise, célèbre chirurgien-barbier, père de la chirurgie moderne, premier à enseigner l'appareillage à la fin du XVIe siècle, « Il n'est pas qu'un excellent chirurgien, c'est également un excellent et un extraordinaire concepteur d'avant-garde, à la fois orthoprothésiste, podo-orthésiste, épithésiste et oculariste, ses conceptions étant réalisées par son ferronnier, Le Lorrain »<sup>3</sup>. À la grande guerre, celle de nos arrière-grands-parents, cette boucherie inqualifiable qui a baptisé ce siècle de fer et d'acier que l'on nomme obus, l'orthopédie n'a été que recherche et inventions, spéculations et améliorations ! La France du traité de Versailles est essentiellement rurale. Elle a besoin plus que jamais de bras. Et les rescapés s'ils prennent le surnom de gueules cassées, n'ont pas souvent leur membre intact. Le retour à la vie civile est délicat. Traumatisé, infirme, cabossé...le poilu survivant se rend très vite compte que seul « l'Utile » peut retrouver durablement sa place... Qui es-tu, toi qui ne produit pas ? Drame et urgence...L'orthopédie gagne ses lettres de noblesse !

### Du sur-mesure !

C'est à l'invitation du Président de l'Union Française des Orthoprothésistes<sup>4</sup> (l'UFOP), que nous découvrons

le processus de création d'une orthèse, d'une prothèse, ou encore d'un corset. Il y a plus de vingt-cinq ans, deux jeunes orthoprothésistes créaient Orthofiga : Dominique Fillonneau et Jean Gastard. Complices dès le premier instant, ils s'animent dès qu'il s'agit de parler de leur métier ou plutôt de leur passion. Entre anecdotes et succès, difficultés et doutes ils captivent immédiatement l'attention du profane qui découvre la complexité d'une mission inconnue du grand public. Aujourd'hui à la tête d'une entreprise leader de l'appareillage dans l'ouest de la France, regroupant 85 collaborateurs, ils n'ont rien perdu de leur enthousiasme, celui des Hommes qui savent que rien ne se fait sans effort et détermination, que rien ne vaut l'obstination lorsque c'est au service des autres. Le métier d'orthoprothésiste... connaissance précise de l'anatomie, maîtrise de la biomécanique humaine certes mais désormais nouvelles technologies : architecture en trois dimensions...Là encore le clavier est devenu roi ! Le métier d'orthoprothésiste : à la fois un véritable architecte et bâtisseur, artisan et informaticien, artisan et chef d'entreprise. Certes, mais également artiste ! Car imaginer et créer de ses mains la prothèse, le corset ou l'orthèse qui devra épouser le moignon ou la difformité du corps dans le but d'un confort optimal pour le patient, c'est certainement une vocation mais c'est sûrement un art ! Ne vous y trompez pas, il s'agit là de sur-mesure ! De la captation numérique à l'aide d'un robot numérique à la prise d'empreinte plâtrée, la précision de l'acte est essentielle et il faudra aux jeunes orthoprothésistes plusieurs années pour maîtriser la technique et...le geste. Si l'orthoprothésiste est créateur de prothèse, là ne s'arrête pas son rôle ! Conseiller le patient dans son quotidien pour que celui-ci accepte que sa prothèse soit le prolongement naturel de son membre et non un poids différencié et encombrant, voilà qui n'est pas le plus aisé : savoir-faire et savoir-être !

### Un syndicat qui a fait considérablement évoluer la représentation de la profession !

Présidé par Dominique Fillonneau et dirigé par son délégué général Philippe Fourny, ce syndicat professionnel tout aussi discret qu'influent, est la référence au sein de la profession. L'UFOP mène de front, avec détermination, de nombreux chantiers : négociations tarifaires et refonte du référentiel de

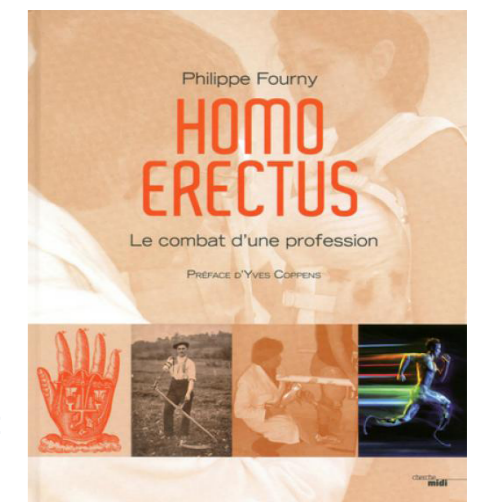
formation des orthoprothésistes, création d'un Bac professionnel - technicien en appareillage - ouverture de nouvelles classes en formation initiale de BTS en ortho-prothèse, obtention de la certification Quali'OP délivrée par l'AFNOR désignant ainsi l'UFOP comme le premier syndicat professionnel du secteur de la santé à être certifié. L'UFOP : vitrine d'une profession qui par son savoir-faire, participe et porte l'excellence de notre pays dans le monde entier. Et si, comme le CRAPS en est convaincu, la Protection sociale est une idée d'avenir, alors l'UFOP, partenaire depuis toujours de notre think tank, développe l'idée que chacun peut se faire du progrès social ! •

<sup>1</sup> Homo Erectus « Le combat d'une profession », Philippe Fourny aux Editions Cherche Midi

<sup>2</sup> L'étrange histoire de Benjamin Button, 2008, David Fincher

<sup>3</sup> Homo Erectus «Le combat d'une profession, Philippe Fourny aux Editions Cherche Midi, p.29

<sup>4</sup> 800 orthoprothésistes exercent aujourd'hui en France, répartis dans environ 180 entreprises dont 131 sont adhérentes de l'UFOP. Ce secteur emploie près de 2 500 collaborateurs pour un chiffre d'affaires annuel de près de 329 millions d'euros. Cette profession produit annuellement près de 160 000 appareillages neufs.



Homo Erectus «Le combat d'une profession», Philippe Fourny aux Editions Cherche Midi



# Le fait historique

## Lorsque l'hôpital soignait les âmes : brève histoire d'une institution médiévale

### Aux origines de l'institution hospitalière.

#### Les origines antiques de l'hospitalité.

Étymologiquement, le terme hôpital s'est formé comme ceux d'hospice ou d'hospitalité sur le terme latin de *hospes*, *hospitis* signifiant à la fois «celui qui reçoit» et «celui qui est reçu». Autrement dit, l'hôpital se veut avant tout être un lieu d'accueil, c'est-à-dire d'hospitalité. Cette ambiguïté de terme aura traversé toute l'histoire de l'institution hospitalière jusqu'au XIX<sup>ème</sup> siècle, période à laquelle l'hôpital se médicalise et même se laïcise. Pourtant, ce mouvement est très variable d'une région à l'autre du monde et très évolutif dans le temps. À l'époque antique, il n'existe pas encore d'hôpital et l'hospitalité se conçoit quasi exclusivement dans un contexte familial et privé, même s'il faut signaler l'existence de lieux d'accueil public. Ainsi, chez les Grecs anciens, le sanctuaire d'Asclépios, dieu guérisseur, attire de nombreux pèlerins venus se faire soigner par des médecins parfois très réputés, alors que chez les Romains, des infirmeries militaires nommées *valetudinaria* étaient spécifiquement destinées à recevoir des soldats malades.

#### Les mondes byzantins et arabo-musulmans créèrent l'hôpital.

Sous l'impulsion du mouvement nouveau de charité chrétienne, des embryons d'hôpitaux apparaissent d'abord dans le monde byzantin autour de la fin du IV<sup>ème</sup> siècle de notre ère sous des dénominations très variables et impossibles à lister de manière exhaustive : des *xenon* et *xenodocheion* accueillaient les étrangers, des *ptochotrophion* des mendiants et des pauvres valides, quand les *nosokomeion* devaient recevoir des malades. Vers 370, Grégoire de Nazianze réalise la description de ce que l'on considère aujourd'hui comme le premier hôpital chrétien. Installée à Césarée par l'évêque saint Basile, la structure avait pour but de secourir les vieux et les pauvres, ainsi que de s'occuper des infirmes et des lépreux. De son côté, lorsqu'il est à Antioche en 381, saint Jean Chrysostome visite un *xenon* destiné aux malades. Ces exemples démontrent que la distinction entre lieu d'hôtellerie et espace d'accueil médical n'était pas encore réalisée. C'est avec le Moyen Âge chrétien qu'apparaît véritablement l'idée que l'assistance n'est plus réservée à la famille, mais qu'elle doit être élargie à tous, membres de la parenté et étrangers. Dans les années 530, le Code Justinien, oublié à Constantinople, établit que l'hôpital devient une institution : on y prévoit une administration ainsi que des lois qui réglementent son fonctionnement. Les

hospitaux y sont considérés comme de véritables personnes morales placées sous la tutelle administrative et religieuse de l'évêque. S'inspirant des expériences byzantines, ce sont finalement les arabos-musulmans qui établissent avant le VIII<sup>e</sup> siècle les premiers hôpitaux psychiatriques et des écoles de médecine. Le *bimaristan*, terme d'origine persane (*bimar*, malade et *stan*, lieu), désignait alors un établissement dans lequel les malades étaient pris en charge par des médecins qualifiés. Contrairement aux structures chrétiennes proprement charitables, la vocation de ces établissements était ouvertement de guérir les malades, tout au moins de les soigner, quelle que soit leur confession religieuse. Musulmans et non musulmans y étaient pris en charge gratuitement par des médecins issus des trois religions du Livre, même si les premiers avaient la priorité en cas de pénurie de place. À titre d'exemple, l'un des plus importants hôpitaux de Bagdad aurait été fondé en 982, l'équipe soignante devait compter pas moins de 25 médecins lors de sa fondation et son directeur d'alors n'était autre que le célèbre Rhazès. L'architecture de ces établissements révèle leur vocation médicale : organisés selon un plan cruciforme qui avait pour but de créer des espaces dédiés et la sectorisation, l'ensemble permet de distinguer la pharmacie, la chirurgie, l'ophtalmologie, l'orthopédie, etc... Le traitement des maladies mentales y était particulièrement remarquable, au sens où l'on y fait déjà appel à des pratiques comme la musicothérapie pour calmer les aliénés et on limite l'enfermement.

### L'hôpital médiéval européen : un établissement de bienfaisance et d'isolement.

#### Soigner les âmes.

À la même époque et pour de très nombreux siècles encore, l'hôpital européen n'est qu'un lieu de bienfaisance. Fondés sur les renseignements de l'Église, ces établissements que l'on nomme maison de charité ou hôtel-Dieu pour les plus importants ont comme mission première de soigner les âmes. Ainsi, les soins à la portée médicale toute relative, restait avant tout le moyen d'atteindre l'âme d'un hospitalisé. Face à l'urbanisation grandissante à partir du XII<sup>e</sup> siècle, on réalise un parallèle entre traitement de la maladie et soulagement de la pauvreté. Ce rapport à l'Église et au salut explique que l'évêque exerçait son autorité sur toutes les fondations hospitalières de son diocèse. L'hôpital était donc toujours principalement un lieu d'accueil des miséreux et des faibles, ceux que l'Église appelle les *Pauperes Christi*, c-a-d les Pauvres du Christ. La charité chrétienne reste la raison

d'être de ces établissements et l'architecture de ces lieux en était symbolique : si l'organisation des hôpitaux arabes avait une finalité médicale, l'architecture des structures chrétiennes était avant tout inspiré par la religion. Ainsi, la chapelle était au centre de l'édifice et c'est en ce lieu qu'était réalisée l'admission d'un patient, après que ce dernier se soit d'abord confessé. Les salles des malades étaient alors installées à la proximité immédiate de cette chapelle pour permettre à leurs occupants d'entendre la messe. L'autre grande différence est que jusqu'au XVIII<sup>e</sup> siècle, les liens entre les hôpitaux et les facultés de médecine ou les universités furent quasi-inexistants.

#### Mettre les malades à l'écart

Certaines structures d'accueil se démarquent de par leur objectif particulier : à défaut de soigner certaines maladies, la meilleure solution prophylactique restait d'isoler les malades dans un objectif de protection sanitaire du reste de la population. C'est le cas très particulier des léproseries ou maladreries. Dans les faits, les lépreux n'y recevaient pas ou peu de soins et la guérison n'était pas le but de ces établissements. Il fallait avant tout endiguer un fléau. Le meilleur témoignage de l'absence d'une vocation thérapeutique de ces lieux reste que dans de très nombreux cas, l'entrée dans une maladrerie, mouiroir et lieu de réclusion, s'accompagnait parfois d'une cérémonie funéraire et d'une ouverture de la succession de l'hospitalisé. Pour éviter la contamination et éloigner au mieux la maladie, les léproseries étaient régulièrement bâties à distance des villes. Au XI<sup>e</sup> siècle, la léproserie Saint Lazare est installée dans un faubourg de la ville du Mans (Sarthe) et elle accueillait des sujets atteints de «mezélerie», autre nom de cette maladie qui se développa notamment après le retour d'Orient des croisés. Sous une autre forme, certains établissements se spécialisent très tôt : avant le XII<sup>e</sup> siècle, l'Aumône Notre-Dame sort de terre à Chartres pour devenir un centre d'accueil des «getés», c-a-d les enfants abandonnées de la ville.

#### Les ordres hospitaliers, les moines et l'accueil des pèlerins

À compter de la fin du XI<sup>e</sup> siècle, le commerce se développe, les croisades se multiplient en terres lointaines et de nombreux pèlerinages apparaissent ou connaissent un regain de succès. Ces changements font augmenter le nombre de personnes sur les routes européennes et même au-delà. C'est pourquoi on assiste à l'essor d'ordres religieux constructeurs d'établissements nommés hôpitaux

ou hospices hébergeant et restaurant des voyageurs. L'Ordre du Temple restera l'un des ordres hospitaliers les plus célèbres. Ces établissements que l'on retrouve notamment sur le chemin du pèlerinage de Saint-Jacques-de-Compostelle étaient assez modestes et nécessitaient peu de personnes et encore moins de compétences médicales. C'est le cas de l'hôpital de Roncevaux fondé en 1132 par le roi d'Aragon et l'évêque de Pampelune pour permettre aux pèlerins de résister au froid, aux loups et aux bandits. Les monastères s'équipent eux-aussi dès le haut Moyen Âge d'infirmeries judicieusement placées à l'extérieur de l'espace de clôture des moines, non loin du cimetière, mais il est bien difficile d'en distinguer une fonction : certes, on y soignait les malades des environs, notamment grâce à des connaissances en botanique qui ont fait la réputation des jardins médicinaux monastiques, mais on y accueillait aussi moyennant finance les pèlerins qui y trouvaient un hébergement plus sûr qu'une auberge. Cette mainmise des religieux sur l'hôpital ne freine pas totalement les innovations dans la prise en charge. En 1120, s'inspirant de l'expérience de son prédécesseur, Etienne 1<sup>er</sup>, Grand Maître de l'Ordre hospitalier de Saint-Antoine, fait bâtir l'hôpital des «démembrés» appelé à recevoir les sujets ayant survécu au «mal des Ardents», devenu par la suite le «feu Saint-Antoine» et provoqué par l'ergot de seigle. Les personnes amputées y étaient accueillies leur vie durant, et plus révolutionnaire

encore, parfois appareillées et formées à un métier adapté à leur handicap.

#### La vie d'un hôpital médiéval

Comme pour les fondations arabes, la subsistance matérielle des hôtels-Dieu et autres hospices était essentiellement assurée grâce au principe de charité des fidèles. De nombreux dons et legs venaient alors enrichir ces établissements et dans le meilleur des cas, leur fondation, acte individuel ou collectif, pouvait être d'origine princière ou noble. C'est ainsi que vers 1260, saint Louis, se rappelant être rentré de la 7<sup>e</sup> croisade en ayant notamment fait libérer 15 groupes de 20 prisonniers énucléés par l'ennemi, fit créer l'hôpital des Quinze-Vingts (devenu aujourd'hui le centre hospitalier national d'ophtalmologie), et il le destina à l'hébergement des aveugles de Paris. Le nom de l'établissement s'explique par le fait qu'il disposait de 300 places (c-a-d 15 fois 20 lits). On voit ainsi se définir le lit comme unité de compte de la gestion hospitalière, même si, dans certaines structures, un lit pouvait accueillir jusqu'à 5 personnes. Le fonctionnement de ces hôpitaux restait le plus souvent l'apanage de religieux. Les effectifs hospitaliers sont mal connus, si ce n'est pour les XIV<sup>e</sup> et XV<sup>e</sup> siècles, période qui confirme que le personnel reste très réduit : à l'hôpital Saint-Eloi de Lyon, seuls cinq religieux étaient chargés de s'occuper de l'ensemble des personnes hospitalisées.

Finalement, le rapport de l'hôpital à la charité et à l'enfermement se poursuit bien au-delà du Moyen Âge. Ne faut-il pas attendre la période post-révolutionnaire, voire la mi-XX<sup>ème</sup> siècle pour assister dans un premier temps à une laïcisation, puis à une véritable médicalisation de l'hôpital européen. •

**Jean-René Ladurée, Docteur en Histoire du Moyen-Âge, Chargé de cours en Histoire du Moyen-Âge, Université Catholique de l'Ouest.**

#### Pour aller plus loin :

DUHAU Isabelle, LAGET Pierre-Louis, LAROCHE Claude (Dir.), «L'hôpital en France, histoire et architecture», *Cahier du patrimoine*, 2012, n°99, Lyon, Lieux-dits, 592 p.

IMBERT Jean (Dir.), *Histoire des hôpitaux en France*, Paris, Privat, 1982.

## EN CHIFFRES

### EN 1777, SUR 105 000 HOSPITALISÉS



40 000  
Viellards ou infirmes



25 000  
Malades



40 000  
enfants trouvés



## Gilbert Bouteille, *Président de l'Ordre National des Chirugiens-Dentistes*

**Vous avez organisé en janvier 2016 le Grenelle de la santé bucco-dentaire à la suite duquel vous avez publié un livre blanc détaillant 23 propositions pour faire avancer la profession et la santé bucco-dentaire. Dans quel but ?**

Le 28 janvier dernier, le Grenelle de la Santé Bucco-Dentaire, organisé sous l'égide de l'Ordre National des Chirugiens-Dentistes, rassemblait l'ensemble de la profession pour débattre de l'avenir du secteur et déterminer conjointement les moyens à mettre en œuvre pour garantir l'accès à des soins de qualité pour tous et réaffirmer les valeurs essentielles de la pratique professionnelle.

La profession des chirurgiens-dentistes est en effet à un tournant social, déontologique, technologique. De nombreux chantiers l'attendent, aussi bien en matière de formation que de prévention, de démographie, ou de financement. Il lui faut réfléchir à son évolution, à sa pratique, aux attentes des patients et à sa place dans le système de santé.

Le Livre Blanc de la Santé Bucco-Dentaire est le fruit des échanges qui ont eu lieu lors du Grenelle. Sous le titre « Imaginer la médecine bucco-dentaire de demain », il formule 23 propositions concrètes afin de répondre aux nombreux dysfonctionnements de notre système de santé bucco-dentaire, tant pour les patients que pour les praticiens et plus largement pour le système de soins. L'objectif de cet ouvrage est d'alimenter le débat public et d'instaurer une discussion avec les décideurs pour bâtir une véritable politique de santé bucco-dentaire.

**Quelles sont les idées retenues par l'ONCD pour concilier financement**

**et accès à la santé bucco-dentaire ?**

Notons tout d'abord qu'il ne s'agit pas des idées retenues par l'Ordre, mais bien des idées émises de façon collégiale lors des Ateliers de réflexion et de la Plénière qui constituaient le Grenelle de la Santé Bucco-Dentaire. L'Atelier Financement a tout d'abord souligné la nécessité de changer de paradigme, la démarche de soin devant être réorientée dans son ensemble vers la conservation tissulaire. Les propositions en termes de financement sont les suivantes :

- Faire un travail de sensibilisation
- Mettre l'accent sur la prévention
- Faire des consultations différenciées selon la situation du patient
- Réorienter la pratique vers les soins conservateurs
- Responsabiliser les assurés sociaux

**L'ONCD a publié une enquête sur les attentes des patients en matière de santé bucco-dentaire. Pouvez-vous nous parler de cette enquête et des résultats qu'elle a pu révéler ?**

Dans le cadre de son objectif de prioriser l'accès à des soins bucco-dentaires de qualité pour tous, l'ONCD a souhaité consulter les premiers concernés, les patients, afin de mesurer leurs attentes en matière de santé bucco-dentaire. 917 personnes représentatives de la population française ont été interrogées par l'institut d'études Corporate Studio, du 16 au 24 novembre 2015.

Les résultats de cette étude ont été présentés lors de la séance plénière du Grenelle de la Santé Bucco-Dentaire. Ils ont rassuré la profession sur l'image que les Français ont des chirurgiens-dentistes. Nos compatriotes

leur accordent leur confiance et apprécient leur compétence. Ils revendiquent la liberté de choisir leur praticien, rejoignant en cela la volonté de l'Ordre de protéger le maintien du libre choix du praticien par le patient et de respecter l'indépendance professionnelle du chirurgien-dentiste.

L'étude a permis également de mieux cerner les enjeux financiers et de tordre le cou à certains clichés en révélant que plus de 6 Français sur 10 estiment les soins dentaires conservateurs rémunérés à leur juste prix. Peu de Français disent renoncer à ces soins pour raisons financières. Suivis par des professionnels qui «mettent tout en œuvre pour sauver leurs dents» et «participent à la prévention dans le cadre de leur pratique», les Français se déclarent, en grande majorité (78%), en bonne santé bucco-dentaire.

Ces résultats nous réjouissent sur la relation que nous avons avec nos patients et sur l'image qu'ils ont de nous. Ils nous confortent, également, dans notre mission de santé, qui est d'abord de faire prévaloir les soins de prévention et conservateurs. •



Fabien Brisard - @Fabien\_Brisard

Human First : voyage d'études aux Etats-Unis

Fabien Brisard - **Délégué Général du CRAPS**

**L'inspiration ne s'apparente pas aux saisons, il ne suffit pas d'attendre dans une léthargie bien gauloise, qu'elles passent pour modifier nos comportements quotidiens. L'inspiration elle se provoque, elle s'anime par le biais de rencontres, de découvertes d'horizons et d'idéaux souffrant parfois de caricatures.**

La diversité génère notre richesse, telle pourrait être la devise de notre think tank, telle aura été la devise du voyage d'études organisé par le CNEH et Swiss Enov en partenariat avec AIA à Boston puis à Nashville du 10 au 16 septembre 2016 sur le thème du «virage ambulatoire».

La solidarité doit être l'affaire de tous et notre pays peut s'enorgueillir d'en faire l'un de ses plus nobles étendards sur lequel est brodé en fil d'or les principes humanistes de notre système de protection sociale perçu comme l'un des plus justes au monde. Depuis de nombreux mois, le pessimisme français s'octroie le luxe de s'interroger, à la croisée des chemins, sur les choix antérieurs moteurs du déclin subit dans l'hexagone... Les comparaisons vont de bon train, les chiffres excellent dans l'art abstrait, chacun se jette dans une prose monotone au risque, parfois, de contester soi-même ses choix d'antan. L'irrésistible envie de commenter le néant, d'épiloguer sur l'inconnu, de gloser sur l'imprévisible est devenu coutume, négligeant ainsi une prise de hauteur nécessaire à l'insatiable désir de réformer.

C'est avec cette ambition que le CRAPS s'est réjoui de participer à une expédition américaine menée par le CNEH, développant le sujet du virage ambulatoire, élément incontournable d'une organisation des soins efficiente, orientée sur la performance médicale offrant un service adapté aux patients. Pendant une semaine, Directeurs Généraux d'Hôpitaux, Chirurgiens, Médecins Anesthésistes, Architectes, Directeurs de soins, Cadres de santé se sont réunis afin d'observer, d'échanger et de consulter les spécialistes les plus reconnus de Boston et de Nashville. Consistant à réduire le temps de séjour du patient au sein du centre de santé (Hôpitaux, Cliniques etc...), la chirurgie ambulatoire a pour but de lui

garantir un confort optimal ou encore de réduire les risques d'infections nosocomiales ou de thromboses. Initialement prévu pour des actes chirurgicaux légers, l'ambulatoire s'est maintenant largement développé sur des opérations plus lourdes. Son déploiement permet des économies substantielles, tels la réduction de nuitées, de facto, de lits, d'équipes de surveillance, d'optimisation des espaces et des temps d'attente entre deux interventions. Le développement de l'ambulatoire en France provoque inévitablement une restructuration des territoires de santé, les questions de mobilité pour le personnel sont in fine posées et une collaboration accrue devra s'opérer entre l'hôpital et la médecine de ville.

Les Etats-Unis sont régulièrement estampillés d'une gestion humaine individualiste et il n'en est que tradition de l'évoquer dans ce texte, las de cette évidence, il n'en demeure pas moins vrai qu'il peut s'agir également d'un véritable axiome quand il s'agit de confronter la qualité indéniable de leurs infrastructures, tant en terme d'architecture que d'organisation du parcours de soins à notre mode de fonctionnement actuel. Volume et qualité, véritable adage exprimant clairement leur concept d'industrialisation de la santé. Bien loin de nos attitudes consuméristes le système américain influence ses utilisateurs au rendement et à la rentabilité de ses investisseurs, véritables paradoxes culturels à nos principes français. L'ambulatoire aux USA répond à la logique du «Shift volume to value», la stratégie et la mesure de la performance médicale produite est la véritable boussole de leur organisation stimulée par une concurrence effrénée entre établissements, et accentuée par un branding maîtrisé afin d'attirer le potentiel patient.

Aux Etats-Unis, le médecin devient lui-même une marque, tel un produit usiné, les actes se répètent par une sur-spécialisation des établissements dans quasiment chaque domaine. Chaque médecin est actionnaire et sa performance est constamment évaluée par le payeur, c'est-à-dire l'assureur, imposant un système de «Bonus Malus». Ainsi, ils répondent à deux questions cruciales, d'une part l'amélioration de la qualité et la pertinence des prises

en charge et d'autre part l'amélioration optimisée de la dépense de santé au besoin du malade. Cependant, il est difficile de comparer un hôpital agissant sur une spécialité unique et un autre agissant sur une multiplicité diverse d'actes chirurgicaux.

Les chirurgiens et médecins français maîtrisent la technicité des actes, la formation française fait office de référence et son action est reconnue par tous, ainsi les problématiques sont liées uniquement à la sphère organisationnelle qui génère la non efficience de notre système de santé. Néanmoins, l'ambulatoire n'est pas novateur en France, il est même culturel, nombre de chirurgiens sont d'ores et déjà convaincus de la nécessité d'un tel modèle, ainsi l'enjeu se trouve dans la sensibilisation et l'éducation du patient à ce nouveau mode d'exercice. La chirurgie ambulatoire représente aujourd'hui un des enjeux les plus forts de notre système de santé.

À l'image d'AMSURG, leader sur le marché de l'ambulatoire aux Etats-Unis, nos pratiques restent perfectibles et doivent rapidement évoluer pour pouvoir atteindre tous les gains de tous ordres que ce type de pratique permet. Ainsi, l'ensemble des acteurs des parcours de soins doivent imaginer l'hôpital de demain et sa périphérie. C'est un environnement équilibré qui doit être initié afin de contrôler les coûts et d'offrir aux patients et aux aidants une lisibilité des process pour une utilisation responsable.

Les débats des élections présidentielles 2017 devront impérativement faire état de ces questions, car le droit à l'accès aux soins dans l'ensemble de nos territoires est primordial et l'organisation des équipes pluridisciplinaires composant les établissements de santé doit être impérativement définie dans le but d'optimiser leurs compétences. Oui, la France et les Etats-Unis ont deux systèmes de protection sociale différents, quasiment incomparables, cependant s'inspirer de leur schéma organisationnel efficient n'est pas contraindre nos populations à la remise en question des valeurs partagées, portées par une République où l'égalité est un des principes fondamentaux ! •



**Stephen Lequet - Membre du Bureau du CRAPS, Responsable des relations institutionnelles de DNF (Les Droits des Non-Fumeurs), Membre du Bureau de l'ENSP (European Network for Smoking and Tobacco Prevention) où il anime le pôle Affaires publiques et réglementation, Maître de Conférences à Sciences Po Paris.**



Droits des Non-Fumeurs - @DNF\_asso

## Contre le tabac, une lutte internationale

**Les 180 pays ayant ratifié la Convention-cadre pour la lutte Anti-Tabac (CCLAT), de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), se sont réunis récemment afin de poursuivre les efforts visant à endiguer l'épidémie mondiale du tabac. Véritable Forum mondial permettant de mettre en place des politiques communes de contrôle du tabac, la 7<sup>ème</sup> Conférence des Parties (COP 7) s'est tenue du 7 au 12 novembre à New Delhi.**

J'ai eu l'honneur d'y représenter l'ENSP, le réseau de prévention du tabagisme qui réunit les organisations (Ligues contre le cancer, ONG, centres universitaires, établissements publics) engagées contre le tabac dans l'Union européenne et au-delà (Russie, Ukraine, Géorgie, Moldavie, Arménie, Turquie, Israël). L'ENSP, tout comme la FCA (Framework Convention Alliance, qui regroupe plus de 500 ONG dans le monde) à laquelle appartient DNF, ont le statut officiel d'Observateur à la COP.

Cette COP 7 a sans doute marqué un tournant significatif dans ce processus de construction d'une stratégie anti-tabac à l'échelle de la planète fondée sur le consensus, l'évidence scientifique incontestable et la détermination politique de protéger la santé des populations contre les intérêts des multinationales du tabac. En effet, si depuis la première COP les débats sont intenses et les négociations ardues, cette fois-ci, ce fut vraiment différent, avec une difficulté inhabituelle à trouver un accord sur un certain nombre de questions.

Il y a plusieurs raisons à ceci.

Pour commencer, pour une majorité d'Observateurs

et de délégués des Etats «champions» de la lutte anti-tabac, il est apparu très nettement que certaines délégations cherchaient activement à ralentir ou même à saboter les discussions, et ce de façon très coordonnée. Cela passait parfois par l'utilisation d'arguments de procédure ou de droit, à la fois spéciaux mais astucieusement pensés et construits, parfois en proposant un nouveau libellé contestable juste au moment où les Parties étaient proches d'un accord sur un point controversé. Pour parler clairement, certains Etats agissaient dans le cadre d'une stratégie et utilisaient des argumentaires dont ils n'étaient visiblement pas les auteurs.

La deuxième difficulté était liée au format même de la réunion : cinq jours et demi permettent à peine d'examiner un ordre du jour extrêmement long, et ceci malgré des réunions de préparation régionales qui sont menées en amont de la conférence afin de construire des positions communes.

La dernière raison est liée certainement au fait que la CCLAT a énormément progressé ces 12 dernières années : le traité est arrivé à sa maturité. Les Parties sont désormais très habituées à la négociation de lignes directrices et autres directives politiques, mais il y en avait fort peu à l'ordre du jour de cette COP 7. Au contraire, cette fois-ci, les questions essentielles discutées portaient sur la mise en oeuvre des dispositions du traité, sur les aspects légaux et budgétaires, ainsi que sur la gouvernance (y compris les questions de transparence et de lutte contre l'ingérence de l'industrie au sein même de la COP). Or, ces thématiques auraient requis des compétences différentes de celles des membres habituels des délégations, essentiellement issus des ministères de la santé de leurs pays respectifs.

La bonne nouvelle est que la COP 7 a réussi à prendre, malgré ces difficultés, des décisions sur certaines questions importantes.

Un exemple en est la décision d'élaborer un cadre stratégique pour la CCLAT, organisé autour des moyens permettant d'atteindre l'objectif ambitieux d'une réduction de 30% de la prévalence fixé à la COP 6. Il a été aussi décidé de renforcer le dispositif d'examen de la mise en oeuvre. Il s'agit d'aider les Parties et le Secrétariat de la Convention à identifier les besoins des pays membres en matière d'assistance technique et de ressources humaines, financières et techniques permettant d'atteindre leurs priorités.

La collecte de fonds pour le Secrétariat, la tenue de la COP et la mise en oeuvre de la CCLAT au niveau des pays devraient désormais aussi être facilitées. La voie a été montrée par le Royaume-Uni qui a annoncé, dès le début de la session, l'investissement d'une partie de ses fonds dédiés à l'aide au développement pour la mise en oeuvre de la CCLAT. On peut seulement espérer que cette décision sera imitée par d'autres pays ; elle est en tout cas un signe tangible que l'inclusion de la CCLAT comme outil pour atteindre les Objectifs de Développement Durable (ODD) de l'ONU pourrait produire des effets sensibles.

La COP 7 a aussi consacré de nombreuses heures de discussion à la préparation de l'entrée en vigueur du Protocole international contre le commerce illicite des produits du tabac. À mesure que nous nous rapprochons des 40 Etats ayant ratifié le Protocole, seuil qui déclenchera son entrée en vigueur, il est important de commencer à faciliter l'accès aux éléments techniques permettant la mise en oeuvre

du système international de traçabilité et de suivi des produits, élément clé du dispositif de lutte contre le commerce illicite, conçu pour être indépendant de l'industrie du tabac. Une réunion de préparation aura lieu avant la prochaine COP, et en amont à la première réunion des Parties au Protocole, qui auront probablement lieu en même temps en novembre 2018. L'Union européenne a beaucoup avancé dans ce domaine, dans le cadre de la Directive sur les produits de tabac qui a été adoptée en 2014 et dont les premières réglementations doivent être mises en oeuvre en 2017. Dans ce contexte, il est indispensable de coordonner les efforts européens et ceux des autres régions du monde afin que le système qui sera adopté au sein de l'Union puisse répondre efficacement aux objectifs du Protocole.

Par ailleurs, la décision de créer un centre international d'expertise sur les questions liées à la transparence et à la nécessaire indépendance des décisions publiques par rapport aux intérêts de l'industrie du tabac (article 5.3 de la CCLAT) devrait encourager les délégués qui sont confrontés à l'ingérence active et protéiforme de l'industrie du tabac dans leur pays d'origine.

Une autre avancée importante concerne l'adoption des recommandations pour l'application de l'article

19 de la CCLAT visant à faire reconnaître sur le plan contentieux la responsabilité civile de l'industrie pour les dommages provoqués par leur activité. Les enjeux de l'application de cet article sont énormes et ils ouvrent des perspectives majeures pour la réparation des préjudices immenses causés par le tabac.

Pour les cigarettes électroniques, la COP a rappelé qu'elle recommandait soit l'interdiction pure et simple, déjà pratiquée par de nombreux pays, soit la réglementation de leur usage pour la poignée de pays qui privilégient une approche de réduction des risques. Elle a insisté sur le fait que, pour l'heure, la recherche ne permet pas d'atteindre un consensus ni sur la dangerosité éventuelle des cigarettes électroniques, ni sur leur rôle prétendu pour le sevrage tabagique.

Pour vaincre l'épidémie du tabac, la seule où le vecteur de transmission est une industrie, il est nécessaire que les pays agissent de manière coordonnée, déterminée et cohérente. Depuis son entrée en vigueur, la Convention a permis des avancées indiscutables et, dans certains pays, la consommation est en train de décliner de manière significative et durable. Il est cependant indispensable de comprendre, au plus haut niveau de décision politique comme au sein de l'opinion publique, que

ce qui se décide à la COP détermine le futur de la lutte contre le tabac au niveau mondial, national et local. Il ne faut plus céder de terrain aux alliés et aux obligés de l'industrie du tabac au sein de ce forum. À nous, organisations et membres de la société civile, de rester attentifs et vigilants, et à nos décideurs de rester plus que jamais déterminés. •

**Pour vaincre l'épidémie du tabac, il est nécessaire que les pays agissent de manière coordonnée, déterminée et cohérente !**

*Cliquez sur l'image pour lire le CRAPSLOG sur le tabac !*

*Une épidémie nommée tabac !*





Benjamin Fourcade



Benjamin Fourcade - @FourcadeB

## Le Revenu Universel peut-il être la solution pour lutter contre la pauvreté ?

**La crise économique, la hausse constante du chômage, les bouleversements de nos modes de vie nous poussent à revoir notre modèle sociétal. Il convient de réfléchir à comment les politiques sociales peuvent lutter efficacement contre la pauvreté et ainsi préserver le citoyen des diverses crises qui se succèdent depuis 40 ans. Le revenu universel, «véritable utopie gauchiste» pour certains, moyen de réduction des dépenses sociales pour d'autres, est au coeur des débats publics aujourd'hui. Certains politiques, candidats à l'élection présidentielle 2017, en ont même fait leur cheval de bataille. Mais cette mesure est-elle réaliste ? En quoi consiste-t-elle réellement ? Comment la mettre en place ? Peut-elle changer la Société ? Quelle place pour le travail ?**

### I. Les bases du RU

Ses origines : L'idée est ancienne. On entend parler du RU pour la première fois au XVIe siècle chez Thomas More, philosophe, théologien et humaniste anglais. Dans son oeuvre L'Utopie, publiée en 1516, il imagine «une île où chacun serait assuré des moyens de sa subsistance sans avoir à dépendre de son travail.» Le révolutionnaire Thomas Paine le reprend au XVIII<sup>ème</sup> siècle et défend l'idée d'un fonds alimenté par les propriétaires terriens permettant de verser à chaque individu un revenu minimum à sa majorité. Plus proche encore, dans le courant du XX<sup>ème</sup> siècle, l'économiste libéral Milton Friedman reprend l'idée du RU mais estime qu'il devrait se substituer quasiment à l'ensemble de l'action publique : «On verse un montant à chacun et chacun se débrouille ensuite pour acheter sur le marché des services d'éducation, de santé, de transport, de logement, etc.» **Le revenu universel n'est pas une idée nouvelle. Selon les choix de chacun, sa mise en place reposant sur des philosophies différentes, peut ne pas servir les mêmes intérêts. Le revenu universel, c'est quoi ?** Le revenu universel (ou revenu de base, ou revenu d'existence), pourrait être défini comme un droit inaliénable, cumulable avec d'autres revenus,

distribué par la puissance publique (Etat, collectivités territoriales) à tous ses membres, de la naissance à la mort, sur base individuelle, sans conditions des ressources ni exigence quelconque et dont le montant et le financement seraient déterminés démocratiquement.

Ses trois grands principes sont :

- universel
- individuel
- inconditionnel

### II. Le RU, une vision Humaniste

Pourquoi un revenu universel ? Le RU a vocation à être versé à tous les individus. Cette mesure, contrôlée par l'Autorité Publique, ferait partie des dispositifs du domaine des politiques sociales. **En théorie, ce revenu doit garantir, à tous, les moyens de vivre décemment, afin que chacun dispose des moyens nécessaires pour accéder à ses besoins fondamentaux (se loger, se nourrir, se vêtir, s'éduquer, se soigner).** Il doit permettre contre les exclusions et éviter que les bénéficiaires potentiels des minimas sociaux actuels en soient exclus (les non-recours, 1/3 des ménages éligibles au RSA socle et 2/3 des personnes éligibles au RSA ne le demandant pas du fait des lourdeurs des démarches administratives et/ou de la stigmatisation). Il doit réduire les écarts d'inégalités entre les individus. Une nouvelle manière d'aborder le travail ? Aujourd'hui, on travaille pour gagner de l'argent et pouvoir vivre. Si dès la naissance, nous percevons un revenu sans travailler, la relation avec la nécessité de travailler changera. Il pourrait permettre ainsi à chacun d'aborder le travail de façon plus sereine sans peur du chômage et sans peur du lendemain. «Mettre en place un revenu de base, c'est donner le choix à chaque individu de s'engager dans des activités auxquelles il donne du sens, et qui donc seront des activités productives de sens lorsqu'elles ne sont pas productives économiquement. C'est donc un puissant catalyseur, un formidable investissement dans de nouvelles activités, vectrices de richesse

économique et sociale.» (Cf. le Mouvement Français pour un Revenu de Base). De possibles effets positifs sur la Société ? Si l'on change sa manière d'aborder le travail (ne plus travailler pour soit mais pour les autres), cela peut être un vecteur de développement de l'engagement citoyen (bénévole associatif, militant, artiste, etc). Il peut permettre de lutter contre le travail «forcé», ne plus être obligé d'accepter un emploi par nécessité. Cela peut aussi avoir un impact positif sur la santé des individus (réduction du stress au travail, angoisse de licenciement). Il pourrait permettre de revaloriser certains emplois mal payés (je n'accepterai pas un emploi pour rien). Il lutterait donc contre la précarité de l'emploi et pourrait obliger certains employeurs à revoir la rémunération et les conditions de travail de certains de leurs postes. Un RU pour palier à l'évolution technologique ? Avec d'importants changements dans le monde professionnel et la robotisation des métiers, de nombreux emplois vont disparaître dans le secteur de l'industrie, de la construction et bien d'autres encore. Les avancées technologiques sont significatives. Elles sont un bienfait pour la Société et l'amélioration des conditions de vie. Ce RU pourrait être la solution pour que l'être humain survive sans travailler, éliminant les problèmes de pauvreté. (Le PDG de Tesla, constructeur automobile haut de gamme, défend cette théorie). Le RU contre la précarité liée au numérique? L'aire du numérique bouleverse le monde du travail. Des emplois voient le jour avec l'émergence des applications mobiles. Les chauffeurs, livreurs, prestataires divers, développement des activités dans les grandes agglomérations grâce à l'évolution technologique (UBER, Deliveroo, Take Eat Easy, etc). Souvent ces emplois sont précaires. Ces nouveaux actifs ne sont pas salariés et sont pour la plupart des auto-entrepreneurs. Aucune garantie de l'emploi, ils travaillent à la course ou au forfait. Par exemple, un chauffeur UBER (qui n'est pas salarié de l'application) va travailler environ 70 heures par semaine, 6 jours sur 7, et ne réussira à se dégager qu'un salaire proche du SMIC (après déduction de l'ensemble de ses charges). En 5 ans, le nombre d'auto-entrepreneurs a été multiplié par dix (190 000 inscrits en 2010 et

1 075 000 auto-entrepreneurs en 2015 d'après les sources ACOSS/INSEE). **Ces nouveaux travailleurs ne bénéficient d'aucune Assurance chômage et ne peuvent pas cotiser pour la retraite. Un RU pourrait leur permettre d'améliorer leurs conditions de vie et les rendre moins dépendants économiquement de ces nouvelles formes de travail.** Le RU pourrait résoudre de nombreux problèmes causés par l'évolution de la Société. Il pourrait être une réponse pour lutter contre la pauvreté. Mais s'agit-il d'une utopie ou d'une mesure réaliste ? Dans ce concept ancien, il n'y a pas que des effets positifs !

### III. Les limites au RU

En quoi une telle mesure peut-elle remettre en question les principes de notre Société ? Il est nécessaire de s'interroger sur la remise en question du principe de solidarité. Cette logique qui veut qu'en fonction de nos ressources nous aidons ou nous sommes aidés. Le revenu universel ne fait aucune différence entre «les riches et les pauvres». Le principe de solidarité pourrait donc disparaître peu à peu (prélèvements obligatoires - impôts et cotisations - prélevés selon ses moyens, principe dit par répartition, individualisation de la sécurité sociale, allocations sous conditions de ressources, etc). **Il ne remet pas en cause les inégalités dues au patrimoine reçu à la naissance alors qu'aujourd'hui les patrimoines sont les premiers facteurs d'accroissement des inégalités dans le monde. Le RU, ressource financière supplémentaire ou alternative aux aides actuelles ?** Ce revenu n'a pas la même ambition pour tous. C'est là toute l'ambiguïté d'un pareil dispositif. Quel rôle doit-il réellement jouer ? Certains voient dans le RU, une ressource supplémentaire pour sortir de la précarité, offrir une chance à tous de vivre dans les meilleures conditions possibles sans pour autant détruire les mesures existantes dans le domaine de l'action sociale. D'autres qui défendent le RU, veulent proposer un pack unique supprimant l'ensemble des aides actuelles (allocations familiales, aides au logement, RSA, etc). D'autres pourraient même aller encore plus loin en proposant, pourquoi pas, de supprimer le SMIC. Si tout le monde dispose d'un revenu dès la naissance, à quoi bon conserver un salaire minimum dans une activité professionnelle. Si le RU voit le jour, les pensions de retraite pourront-elles être assurées dans l'avenir ? Qu'advient-il des acquis sociaux si durement obtenus ? De

possibles effets pervers ? Si l'on estime que le revenu de base permettrait de changer sa vision du travail rémunéré et qu'il aiderait les individus à mieux s'épanouir dans leur vie, il pourrait aussi provoquer des dérives dans le système de l'emploi. Certains employeurs pourraient décider de réduire les salaires de leurs employés sous prétexte qu'ils disposent déjà d'un revenu individuel. Le RU pourrait-il être une mesure antisystème ? Il est important de se demander si la mise en place d'un RU, pour tous, encouragerait l'individu à être actif dans la Société. En effet, certains reprochent au système actuel d'être trop laxiste et abusé. Même si le RU a l'ambition de détacher l'individu de son univers professionnel (alors que le travail socialise le citoyen) pour l'ouvrir sur la collectivité, offrir à chacun une ressource financière sans la moindre contrepartie pourrait ne pas aider au développement de l'effort collectif et de l'attractivité de la Société. Celle-ci a une responsabilité envers le citoyen mais le citoyen a également un rôle à jouer dans la vie de la Communauté. Comment le financer ? La question du montant du revenu et de son financement est également essentielle. Par exemple, un revenu universel de 500€ par mois (équivalent du RSA) représente un coût de 400 milliards d'euros par an de budget soit 18% du PIB. **Aujourd'hui, l'ensemble des minimas sociaux versés en France, représente 23 Milliards d'euros soit 1,1% du PIB. Comment financer le complément ? Pour un revenu universel de 1000€ par mois, c'est le double. Autant de difficultés pour mettre en place un revenu permettant à chaque individu de pouvoir vivre décemment.**

Pour financer une telle mesure deux solutions sont possibles :

- **Réduire considérablement les dépenses publiques.** Les politiques sociales ne seront pas les seules touchées. L'ensemble des actions menées par l'Autorité Publique sera impacté. C'est très certainement là où veulent en venir les libéraux: réduire les dépenses publiques, désengager la collectivité publique dans de nombreux domaines et se satisfaire d'une redistribution simpliste sans étudier les besoins réels de l'individu.
- **Augmenter les prélèvements.** Une telle mesure aura pour impact d'alourdir le coût du travail. Si les prélèvements ne sont pas augmentés, c'est le salaire net qu'il faudra baisser pour qu'il n'y ait pas de répercussions sur le coût du travail.

**La mise en place d'un RU ne doit pas remettre en question la place de l'Autorité Publique dans la Société et sa vocation : celle de préserver l'intérêt général.** Si le RU ne peut pas être mis en place avec pour objectif principal de lutter contre la pauvreté, sans pour autant rogner l'ensemble des politiques sociales et des dépenses publiques, il doit néanmoins se concevoir comme un concept philosophique. Il doit être vu comme une nouvelle forme de penser. La réflexion sur un tel dispositif doit nous permettre d'analyser comment améliorer les politiques sociales et les rendre plus en lien avec la réalité d'aujourd'hui. Au lendemain de la Seconde Guerre mondiale, le Conseil national de la Résistance concevait une sécurité sociale qui devait assurer à tous les citoyens des moyens d'existence, dans tous les cas où ils sont incapables de se les procurer par le travail. Créée par ordonnance en octobre 1945, elle offrait aux salariés des prestations de solidarité. Ce système dit «par répartition» est un principe fondamental de notre Société. Il ne doit pas être remis en question. Lutter contre la pauvreté, réduire les inégalités entre les individus, répartir équitablement la richesse produite, sont des ambitions que doivent porter les politiques sociales. Nous devons préserver ces fondamentaux avec une population de plus en plus nombreuse, de plus en plus âgée, même s'il est nécessaire d'adapter les dispositifs existants. **Enfin, si le concept du RU doit nous interroger sur notre relation au travail, il est aussi nécessaire de réfléchir afin de valoriser et reconnaître l'engagement citoyen.** Le principe de travailler pour les autres sans contrepartie financière rend service à la Société. Il est plus que nécessaire de réfléchir à comment engager davantage l'individu dans la Société sans pour autant qu'il soit lésé dans le déroulement de sa propre vie. •



## Partenariat



LA DÉFENSE DE VOTRE SANTÉ



## Partenariat



malakoff médéric





## Partenariat

### L'atout COEUR de notre réflexion :

Avoir une ou des idées c'est bien ! Rassembler des femmes et des hommes qui partagent la même volonté de faire évoluer notre pacte social, c'est extraordinaire ! Mais quand on a des partenaires qui ont accepté de participer à notre réflexion et de la soutenir humainement et financièrement, c'est primordial ! Nous savons pertinemment que sans eux, nous n'aurions pas réussi à lancer et à poursuivre cette aventure. De jour en jour, ils deviennent plus nombreux et participent à toutes nos actions. Toutes nos perspectives se concrétiseront avec eux. Ils prouvent, au quotidien, que le dialogue social n'est pas une ineptie mais un fondement de notre avenir et de notre démocratie.

### S'engager aux côtés du CRAPS, c'est :

- Participer à une réflexion sur l'avenir de notre protection sociale
- Être une force de propositions
- Rencontrer et débattre avec les acteurs de ce système républicain
- Promouvoir le débat démocratique

### Devenir partenaire, c'est :

- Être visible sur l'ensemble de nos supports
- Être au coeur d'une réflexion primordiale pour notre société

### Nos partenaires :



## Contact

### Fabien Brisard

Délégué Général du CRAPS  
68 rue de Nantes, 53000 Laval  
02 44 72 50 84 / 06 37 55 89 59  
f.brisard@association-craps.fr





# «La Protection Sociale, une idée d'avenir.»



Le dictionnaire passionné « La Protection Sociale en 500 mots » est toujours disponible dans les points de vente FNAC, AMAZON, grandes librairies ou encore sur le site des éditions DOCIS ! À la fois historique et prospectif, ce livre met le lecteur face à ses responsabilités de citoyen. 22€