

CRAPS LOG

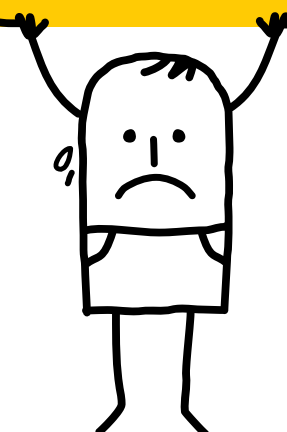
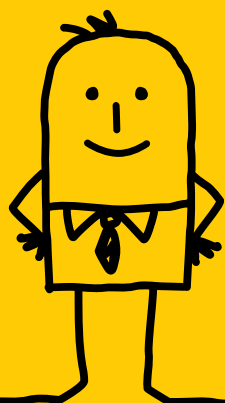
LE MAGAZINE D'INFORMATION DU CRAPS

N°9 NOVEMBRE 2017

DOSSIER CENTRAL

Marie Chabaud,
Directrice de Cabinet du Président d'UNEO

LE MODÈLE MUTUALISTE DANS LES PAYS EN VOIE DE DÉVELOPPEMENT : QUELLE IMPLANTATION ?



12

Abdelaziz Alaoui

Président de la CMIM
Vice-Président de l'AIM en charge
de l'Afrique et du Moyen-Orient

17

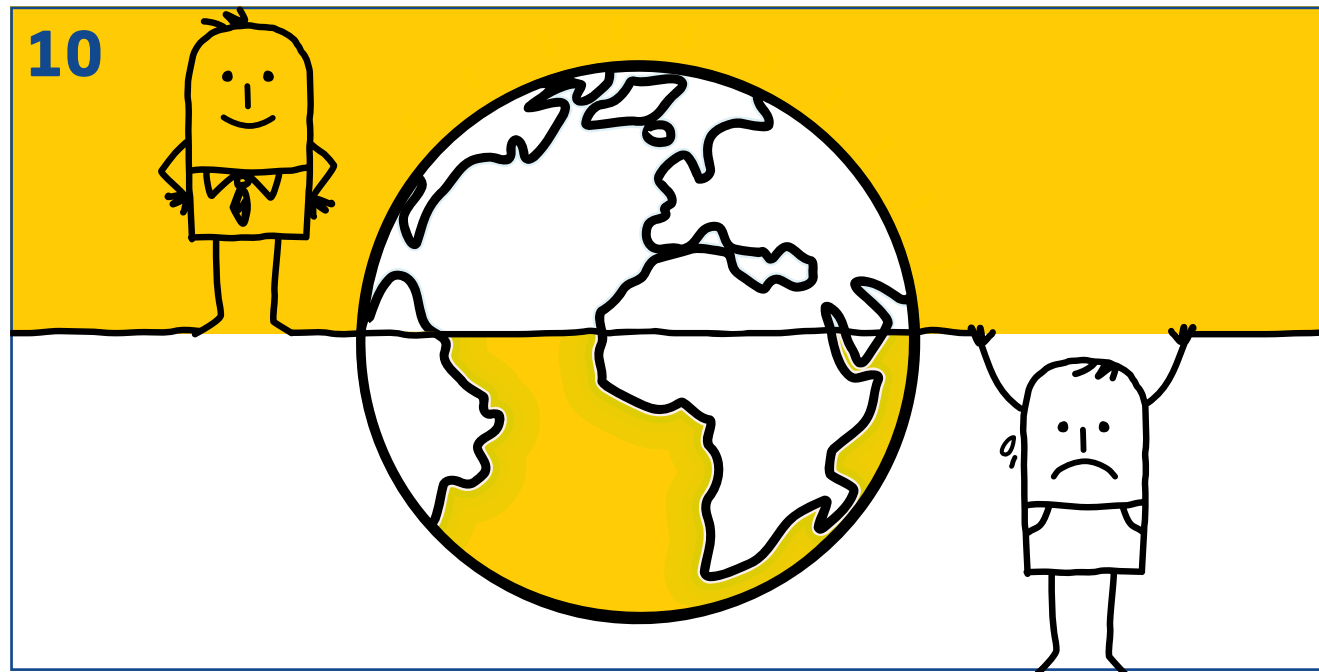
Frédéric Sansier

Directeur du département
Protection sociale et Emploi
d'Expertise France

20

Innocent Makoumbou

Secrétaire Général de la CIPRES



- 04 - L'image :** Avant-première du court-métrage « Les chemins de la reconquête »
- 06 - L'actu :** Une rentrée cosmopolite pour le CRAPS !
- 08 - Focus :** Qu'est ce que le Projet de Loi du Financement de la Sécurité Sociale ?
- 10-22 - Le dossier :** Le modèle mutualiste dans les pays en voie de développement: quelle implantation ?
- 24 - Le portrait :** Le Général de corps aérien (2S) Jean-François Furet-Coste
- 26 - Parole d'expert :** La télémédecine en Afrique - Pierre Simon
- 30 - La tribune :** Pour qui sonne le glas
- 34 - Le fait historique :** Les ordonnances de 1967

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 : 54, René Boulanger 75010 Paris - 01 73 75 41 09 - accueil@association-craps.fr

Conception et réalisation : Pierre-Maxime Claude



Jean-Claude Mallet, Président du CRAPS

Carnet de Bord

Dans ce monde ouvert, mondialisé que nous découvrons jour après jour, au sein duquel l'information circule en temps réel, les centres d'influence voire de décision se déplacent avec d'autant plus de facilité que le concept même de frontières - anciennes ou nouvelles ! - désormais protéiforme par essence, est devenu une vue de l'esprit !

Fort de cette conviction, le CRAPS, à son échelle, loin des tumultes et des modes, a créé en son sein une vice-présidence des Relations internationales et en a confié la responsabilité à Alain Gilles, Général de Corps d'Armée, ex-DRH de l'Armée de Terre et Mutualiste convaincu.

Lomé, Casablanca, Tokyo, Genève, Boston, Nashville...

En moins de deux ans les pérégrinations du CRAPS sont autant de découvertes que de sujets à réflexions. Hôpitaux, Caisse d'Assurance Maladie, Mutuelles, Centre de recherche en robotique, industriels du médicament, autant d'entités visitées et analysées aux 4 coins du monde. Certes les modèles de Protection sociale diffèrent, puisque les cultures diffèrent mais au-delà de la géographie et du climat aurait dit Montesquieu, tous les acteurs rencontrés ont un point commun, celui

d'être passionnés par leur métier qu'ils ont transformés rapidement en mission, dont l'objectif final, leitmotiv lancinant mais générateur de tant d'efforts, de tant de dévouements, de tant d'abnégations : protéger les populations devant les risques de la vie, en d'autres termes œuvrer pour l'allongement de l'espérance de vie.

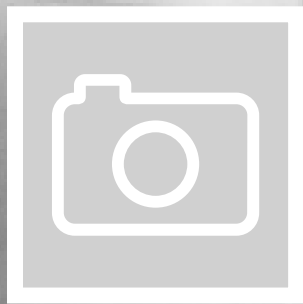
Observateur attentif, toujours à la recherche de modèles innovants, notre think tank entend désormais être un ambassadeur de la culture et du patrimoine français en mettant son savoir-faire et son l'expertise à disposition des uns et aux autres, de toutes celles et de tous ceux qui quotidiennement, à la fois abeille et architecte, façonnent au sein de leur environnement immédiat, leur Protection sociale, toujours nécessaire, jamais suffisante.

À cet égard, le CRAPS se félicite d'ores et déjà, aux vues de ses premiers pas à tout le moins prometteurs, d'avoir initié, moins de dix ans après sa création, ce nouvel élan prouvant si besoin est qu'une vision moins « hexagonalement centrée » est d'évidence plus riche en réflexions, plus légitime en termes de propositions. Et comme l'union

fait la force, loin de penser qu'une telle tâche, par son ambition, par sa complexité, est un exercice à la fois simple et banal, le CRAPS nouera dans les prochains mois des partenariats significatifs visant à structurer cette nouvelle activité. Ainsi, en se tournant délibérément vers de nouveaux horizons, notre think tank, tout autant au diapason des membres de son bureau que de celui de ses partenaires, inscrit sciemment son action dans le seul cadre qui vaille, celui de l'intérêt général, bannissant de facto toutes autres considérations !

La tâche pour être immense n'en est que plus exaltante.

Tournons le dos aux grincheux de toutes espèces, aux artisans de l'impossible, gardons notre idéal, transformons-le en action, rendons l'utopie obsolète... Alors nous aurons été des citoyens ! Ce qui, par les temps qui courent, n'est pas si mal ! •



Avant-première du court-métrage « Les chemins de la reconquête » lors des Assises Nationales de l'Appareillage Orthopédique le 13 novembre au Sénat.

[de gauche à droite] **Laurent Audry**, Orthoprothésiste et Acteur, **Christophe Debard**, Patient et Acteur, **Marielle Cazin**, Orthoprothésiste et Acteur, **Sofia Alaoui**, Réalisatrice, **Jean-Claude Mallet**, Président du CRAPS, **Fabien Brisard**, Délégué Général du CRAPS, **Ronan Nicolardot**, Orthoprothésiste et Acteur.



Ils ont dit !

"On doit donner plus de souplesse aux entreprises. Notre réforme, c'est la première vraie transformation du code du travail pour les TPE et PME."

Emmanuel Macron - Président de la République, le 15 octobre 2017, lors de son interview au journal de 20h sur TF1.

"Je serai très fière si je suis capable, par mon action, de diminuer les inégalités sociales."

Agnès Buzyn, Ministre des Solidarités et de la Santé, le 22 octobre 2017 dans le Journal du dimanche.

"Ce n'est pas dans la rue que les choses doivent se décider."

Gérard Larcher, Président du Sénat, le 4 septembre 2017 dans l'émission Europe 1 Matin.

L'actualité du CRAPS

Une rentrée cosmopolite pour le CRAPS !

Pourquoi le taire ? Le premier semestre 2017 a été pour notre think tank riche certes en événements mais surtout en notoriété. Ne boudons pas notre plaisir mais pour autant restons lucides ! L'entretien exclusif que la Ministre des Solidarités et de la Santé Agnès Buzyn nous a accordé en juillet 2017 suffirait à nous combler, il n'est pour nous qu'un encouragement flatteur. Nous y puisons dans nos moments de doute l'énergie nécessaire pour mener à bien notre mission qui nous rassemble au-delà de notre formidable diversité !

Le CRAPS a commencé le second semestre de façon inhabituelle à travers des horizons nouveaux. Non pas qu'à sa manière il a voulu revisiter le concept de « nouvelles frontières » mais l'international a été une préoccupation majeure... Mais pas que cela ! Togo, Maroc, Japon, les tribulations des crapsiens à travers la planète n'avaient certes rien des voyages extraordinaires de Jules Verne mais pour autant la curiosité, la découverte et donc l'enrichissement étaient bien au rendez-vous ! Activité soutenue et quasi inédite à l'international, activité plus classique mais qui doit générer sa part de « première » ! Production d'un court métrage et Assises Nationales de l'Appareillage Orthopédique, dîner-débat le 5 décembre, installation de 5 commissions devant produire pour chacune d'elle un ouvrage de référence, collaboration étroite avec nos partenaires UNEO et CEGEDIM... Et rendez-vous dans le saint des saints : un entretien à l'Elysée avec les conseillers social et santé du Président de la République.

Le Togo : rencontres exaltantes ! Du 21 au 25 août, le CRAPS, représenté par son Président, Jean-Claude Mallet, son Délégué Général, Fabien Brisard et son Vice-Président en charge des relations internationales, Alain Gilles, s'est rendu à Lomé. Accueilli par Myriam Dossou, Directrice Générale de l'Institut National de l'Assurance Maladie du Togo, le CRAPS a échangé avec l'ensemble des acteurs qui jour après jour façonnent le système de Protection sociale togolais. Point d'orgue : la rencontre avec la Directrice de cabinet du Président de la République et Ministre du Développement à la Base, de l'Artisanat, de la Jeunesse et de l'Emploi des Jeunes, Victoire Tomegah-Dogbe sans oublier celle avec le Ministre de la Fonction Publique, du Travail et de la Réforme Administrative, Gilbert Bawara.

Le Maroc : territoire pivot de l'Afrique ? Pour la seconde année consécutive, le CRAPS a organisé un voyage d'études du 10 au 14 septembre à Casablanca et Rabat. Accueillie par la CMIM, Caisse Mutualiste Interprofessionnelle Marocaine, représentée par son Président, Abdelaziz Alaoui, une délégation d'une dizaine de personnes ont eu l'occasion de débattre avec les décideurs et les experts marocains sur un large panorama des politiques sociales marocaines. Autour d'acteurs incontournables, tels que le Ministre de la Santé, Houcine El Ouardi, le Président et le Secrétaire Général du CESE, Nizar Baraka et Driss Guerraoui, des députés de la chambre des représentants ou bien encore le Directeur Général de l'hôpital Cheikh Khalifa, Rachid Mesmoudi, et le Secrétaire Général de l'Union Marocaine du Travail, Miloudi Moukharik, les crapsiens ont mesuré

une forte ambition des acteurs marocains pour faire de leur pays, le pays de référence en matière du développement social et santé sur l'ensemble du continent africain ! À noter, que le CRAPS se rendra de nouveau au Royaume marocain, le 19 décembre pour la septième édition de la journée Santé au Travail organisée par la CMIM dédiée cette année à la fois au sport en entreprise et à la télémédecine.

Japon, de la fantasmagorie à la réalité : vous avez dit robot ? Nouveau monde, monde ouvert certes, mais toujours monde aux multiples visages ! Après son périple africain, chaleureux et coloré, le CRAPS, à l'image de Phileas Fogg, à peine le pied posé sur notre vieux et cher continent s'est envolé, direction l'Asie cette fois. Invité par le Centre National d'Expertise Hospitalière (CNEH), son Délégué Général, Fabien Brisard a observé, du 10 au 14 octobre, l'organisation hospitalière nipponne... Et bien sûr, Pays du soleil levant oblige, ses recours et modalités d'utilisation de la robotique. Au programme : des visites de plusieurs hôpitaux à Tokyo, Yokohama ou encore à Kitato, échanges avec leurs Directeurs... Soyons rassurés ! Le constat est sans équivoque, quand bien même notre imagination en souffrira : la robotisation n'était pas plus développée au Japon qu'elle ne l'est dans les pays ayant un système hospitalier reconnu et performant.

Des assises, un court-métrage, trois dîners-débats pour clôturer l'excellent cru 2017 et millésimer 2018 ! D'abord une première : le 13 novembre, notre think tank a organisé avec l'UFOP, l'Union Française des Orthoprothésistes, les premières Assises Nationales de l'Appareillage Orthopédique au Palais du Luxembourg ! Profession méconnue, problématiques insoupçonnées, mission de service public de fait mais aussi haute technologie... Les quatre tables rondes à travers diverses thématiques aussi variées que fondamentales comme l'appareillage, le travail, la vie quotidienne, les sports/loisirs, l'enfance, les personnes âgées ont dégagé les défis et les espoirs d'un monde qu'il est très confortable de ne pas voir. Et comme précisément voir, c'est être concerné, un

court-métrage, titré *Les chemins de la reconquête*, produit par le CRAPS sur les appareilleurs et les appareillés a été présenté le matin en avant-première ! Pour clôturer 2017, un dîner-débat sur le thème « Quelle place et quelle évolution pour les pharmacies d'officine dans les territoires de santé ? » vous sera proposé le 5 décembre au restaurant du Sénat autour de Gilles Bonnefond, Président de l'Union Syndicale de Pharmaciens d'Officines. Enfin, deux autres dîners-débats seront au programme pour début 2018, le 29 janvier, le CRAPS recevra Gilles Johanet, Procureur général près de la Cour des comptes, sur le thème : « Quelques vérités pour la pérennité d'un patrimoine commun ! » et le 13 mars, le CRAPS réunira Olivier Véran, Rapporteur Général du PLFSS, Jean-Paul Ortiz, Président de la CSMF, Frédéric Valletoux, Président de la FHF et François-Emmanuel Blanc, Directeur Général de l'AHNAC pour un dîner-débat qui aura pour thème : « Territoires de santé : public, privé, mariage de raison ? ».

L'Elysée ouvre ses portes au CRAPS ! Reçu par le conseiller social et la conseillère santé du Président de la République, respectivement Pierre-André Imbert et Marie Fontanel, le CRAPS, représenté par son Président, Jean-Claude Mallet, son 1^{er} Vice-Président, Hervé Chapron et son Délégué Général, Fabien Brisard, a abordé, à un moment où la Protection sociale à travers à la fois son système de santé et son traitement social du chômage doit se renouveler voire se métamorphoser, les sujets qui vont dans les mois à venir, être quotidiennement à la une de l'actualité. L'entretien, constructif et cordial, a également porté sur l'activité internationale de notre think tank.

Le CRAPS installe cinq commissions ! Depuis fin octobre, notre think tank a mis en place pas moins de cinq commissions dans l'optique de publier cinq ouvrages de référence. Les thématiques définies de chaque commission sont « l'organisation des territoires de santé », « les régimes obligatoire et complémentaire, quelle articulation ? », « Quel financement pour pérenniser notre système de Protection sociale ? », « Quel

avenir pour notre système de retraite ? », « La formation professionnelle : à quand un passeport pour l'avenir ! »

Le CRAPS, partenaire des événements d'UNEO et de CEGEDIM ! Le 15 septembre dernier, UNEO, en partenariat avec l'université Panthéon-Sorbonne, organisait au siège de la Banque Française Mutualiste un colloque ayant pour thème « Protection sociale en France : les défis du secteur non lucratif ». À cette occasion, notre Président, Jean-Claude Mallet et notre Vice-Président, Patrice Corbin ont, devant un amphithéâtre composé d'experts, de responsables d'organismes de Protection sociale, d'universitaires et d'étudiants, débattu. Interventions émaillées d'autant d'exemples aussi instructifs que méconnus, sur l'Histoire de la Protection sociale et sur les inégalités après 70 ans de Protection sociale. Le 21 septembre, le CRAPS, participait également à la soirée Digit'activ organisé par Cegedim, lors de ce rendez-vous de l'innovation santé et prévoyance, notre think tank a eu le plaisir d'organiser une table ronde sur le thème « Intégration de la télémédecine dans l'usage des assurés » avec Jean-Paul Ségade, IGAS (Vice-Président du CRAPS), Pierre Simon, Past-Président de la SFT-Antel (membre du Bureau du CRAPS), Ronan Le Joubiou, Directeur Général de CCMO Mutuelle (membre du CRAPS), Jean Kramarz, Head of Health d'AXA Assistance et Emilie Delpit, Directrice Prévention et Innovations Sociales de Klésia. •





Qu'est ce que le Projet de Loi du Financement de la Sécurité Sociale ?

Histoire et mise en place

La Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS) est une catégorie de loi créée par la révision de la Constitution du 22 février 1996 (introduite lors du gouvernement d'Alain Juppé sous le nom « plan Juppé »). Depuis 1996, le Parlement a donc un droit de regard sur l'équilibre financier de la Sécurité sociale. Il peut se prononcer sur les grandes orientations des politiques de santé et de Sécurité sociale, ainsi que sur leur mode de financement. Ce contrôle reste limité. Le Parlement n'a pas le pouvoir de fixer lui-même les recettes de la Sécurité sociale. La LFSS est votée par le Parlement tous les ans, en même temps que la loi de finances (LF) déterminant le budget de l'État. Elle doit être déposée à l'Assemblée nationale au plus tard le 15 octobre. Le Parlement doit se prononcer dans les 50 jours, sinon le Projet de Loi du Financement de la Sécurité Sociale (PLFSS) peut être adopté par voie d'ordonnance. Elle peut aussi être modifiée en cours d'année par une LFSS rectificative.

Quels sont les périmètres du PLFSS ?

Les Parlementaires délibèrent sur les différentes branches que composent le système de Sécurité Sociale :

 **Maladie** : les soins, les maladies, les vaccinations, les hôpitaux, etc... c'est notamment dans ce cadre qu'est fixé l'ONDAM (Objectif National des Dépenses de l'Assurance Maladie)

 **Accident du Travail-Maladie Professionnelle (AT-MP)**

 **Vieillesse** : régime général ou obligatoire et régimes spéciaux (RATP, SNCF, Mines,...)

 **Famille** : les prestations, les congés maternités, la politique familiale, etc...

 **Para-médical** : transports sanitaires, maisons de retraite, etc...

Le PLFSS doit se présenter obligatoirement en 4 parties :

- 1** Comprendre les dispositions relatives au dernier exercice clos
- 2** Comprendre les dispositions relatives à l'exercice en cours
- 3** Comprendre les dispositions relatives aux recettes et à l'équilibre général pour l'année à venir
- 4** Comprendre les dispositions relatives aux dépenses de l'année à venir

Le PLFSS en 2018 ?

Gérald Darmanin et Agnès Buzyn ont présenté le PLFSS 2018 lors du Conseil des Ministres du 28 septembre 2017. Le Rapporteur Général du PLFSS 2018 est Olivier Véran.



Agnès Buzyn
Ministre des Solidarités
et de la Santé



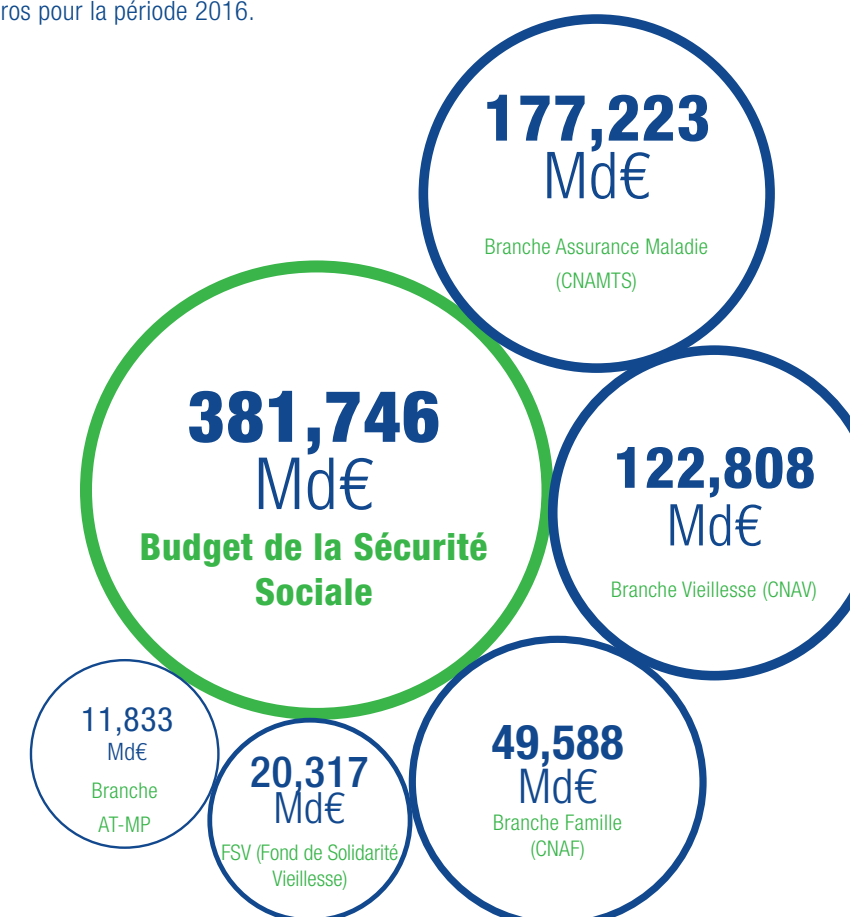
Gérald Darmanin
Ministre de l'Action
et des Comptes publics

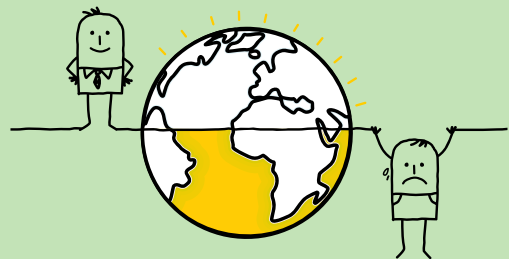


Olivier Véran
Rapporteur Général du PLFSS 2018
Député En Marche ! depuis 2017

À savoir

Le budget total de la Sécurité sociale qui regroupe les 4 branches en y ajoutant le FSV (Fond de Solidarité Vieillesse) représente 381,746 Md d'euros pour la période 2016.





LE MODÈLE MUTUALISTE DANS LES PAYS EN VOIE DE DÉVELOPPEMENT : QUELLE IMPLANTATION ?

La Protection sociale et les organismes à but non-lucratif qui la mettent en oeuvre sont des vecteurs de développement économique et humain¹. Ces développements sont incontournables² pour l'amélioration des conditions de vie des populations des pays qui en ont cruellement besoin : les pays en voie de développement (PVD).

Au vu de leurs taux de croissance impressionnants ces dernières années, il peut être communément considéré que les BRICS ne font pas partie de ces pays en voie de développement... cependant, le pourcentage de leur PIB alloué à la Protection sociale et leurs taux de mortalité sont tellement éloignés des pays de l'OCDE... que j'ai fait le choix de les maintenir dans la catégorie des PVD.

Dans le monde, un milliard de personnes n'ont pas accès à des soins de santé³ :

- par manque de praticiens, de prestataires de santé (médecins, chirurgiens, sages-femmes principalement) ;
- par manque de moyens, moyens globaux ou moyens spécifiques mis sur la santé ;
- par manque d'infrastructures : maisons de santé, hôpitaux, maternités etc. y font cruellement défaut.

En 2015, selon les chiffres de l'OMS⁴ considérant qu'ils n'ont pas sensiblement évolué depuis deux ans, 150 millions de personnes sont exposées à une catastrophe

financière⁵ pour faire face à leurs soins de santé chaque année. Et dans ces pays, seuls 10% de la population ont accès aux soins et a une forme de couverture sociale. Parmi cette population, ce taux se réduit à moins de 1% en Afrique subsaharienne.

Les paiements directs des dépenses de santé par les ménages ne sont pas supportables, en particulier pour ces populations qui renoncent à se soigner faute de solutions.

QUELS SONT LES MÉCANISMES EN NOTRE POSSESSION QUI NOUS PERMETTRAIENT DE FAIRE AVANCER CES CHIFFRES ?

L'extension de la couverture de la Sécurité sociale aux populations exclues doit devenir une priorité. C'est l'avis du Bureau International du Travail⁶, notamment.

Les populations de pays tels que le Brésil, la Thaïlande, le Burkina Faso, la Côte d'Ivoire, le Bénin, le Mexique, le Rwanda, le Cambodge... ont déjà fait le choix de la mise en place du modèle mutualiste de Protection sociale en santé, de différentes façons, et les résultats obtenus sont probants sous de nombreux aspects, notamment quant à l'accroissement des taux de couverture

Les PVD... quels sont-ils ? Selon Cyriaque Dongmeza, Maître de conférences en Philosophie à l'Université de Montréal, il existe un tel gouffre entre les pauvres et les riches dans notre monde que qualifier tous les pays pauvres de « pays en voie de développement » est proprement un « euphémisme de la littérature ». Le qualificatif de « Tiers Monde » serait donc plus approprié à leur extrême exclusion de la richesse mondiale : face à la pauvreté ou à l'extrême pauvreté généralisée rencontrée dans les PVD, le paiement direct des soins de santé par les ménages est encore moins soutenable que dans les pays riches où il est déjà remis en cause.

Cette auteure décrit l'extrême pauvreté avec des mots crus tant pour elle la reconnaissance de cette réalité est importante, « Les définitions de la pauvreté convergent vers un point commun : c'est la privation forcée, subie par les plus défavorisés de la planète. Économistes, sociologues et philosophes qui articulent des efforts séparés ou jumelés pour comprendre le phénomène de l'extrême pauvreté dans le Tiers monde, partent nécessairement de l'observation effroyable d'une indigence stupéfiante dans laquelle vit une myriade d'êtres humains. ».

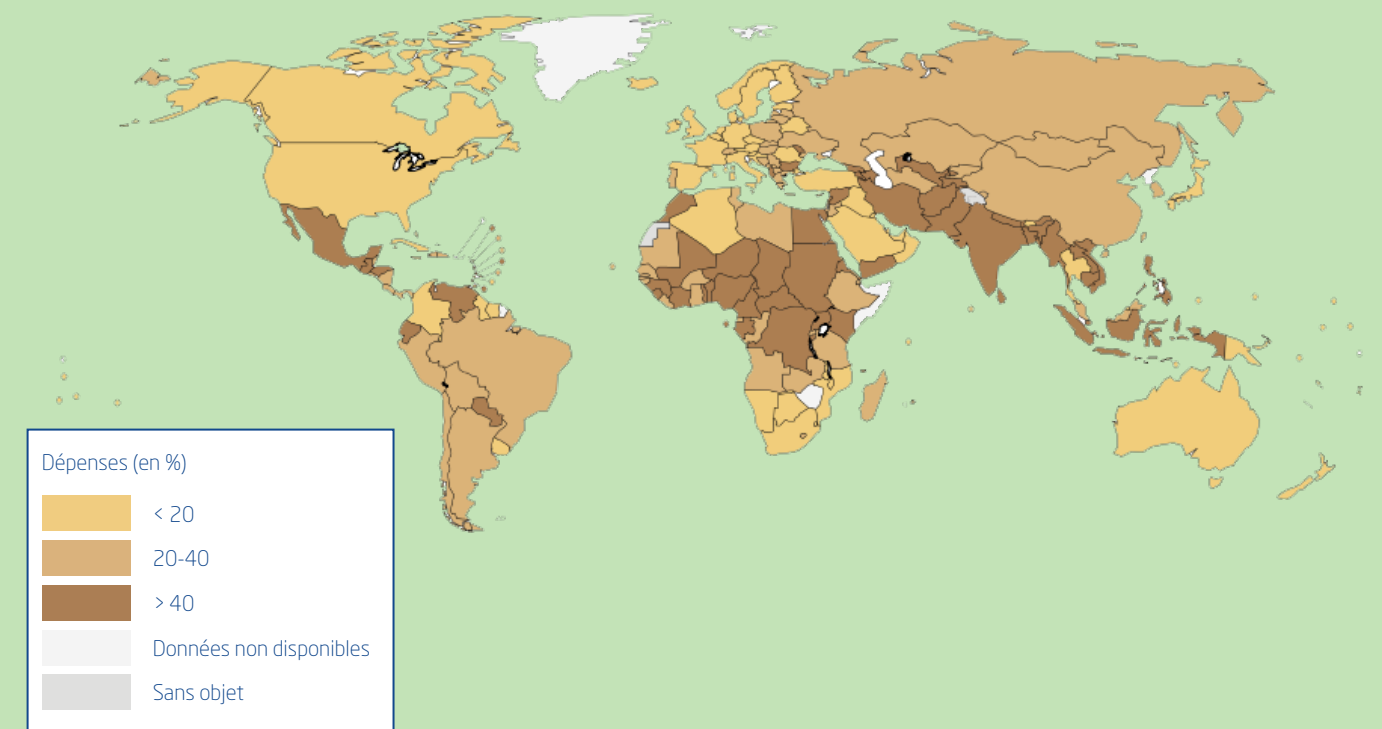
150 millions

de personnes sont exposées à une catastrophe financière pour faire face à leurs soins de santé chaque année !

10%

seuls de la population ont accès aux soins et a une forme de couverture sociale !

DÉPENSES DIRECTES POUR LA SANTÉ EN POURCENTAGE DES DÉPENSES DE SANTÉ TOTALES, 2013



D'après des données OMS de février 2013



Interview - Abdelaziz Alaoui

Président de la CMIM
Vice-Président de l'AIM en charge de l'Afrique et Moyen-Orient



QUELLES SONT LES PARTICULARITÉS DU SYSTÈME DE SANTÉ AU MAROC ? AU SEIN DE CELUI-CI QUEL EST LE RÔLE DES MUTUELLES ?

Tout d'abord, il faut noter que le système de santé au Maroc est caractérisé par une offre de services multiple regroupant :

- Un secteur public comprenant des structures de soins relevant du Ministère de la Santé, des services de santé des Forces Armées Royales et des services de santé relevant des collectivités locales ;
- Un secteur privé à but lucratif et un autre à but non lucratif.

En effet, le secteur public est doté de 2 792 Etablissements de Soins de Santé Primaire (ESSP), 150 hôpitaux de niveau district en autonomes financières (hôpitaux dits « SEGMA ») et 5 Centres Hospitaliers Universitaires (CHU). Ce secteur dispose de plus de 75% de la capacité litière du pays.

Quant au secteur privé à but lucratif, qui malheureusement est fortement concentré dans les grandes villes, se compose de plus de 450 cliniques privées, des cabinets médicaux et dentaires, des laboratoires d'analyse et

plus de 10 000 pharmacies officine. À ceci s'ajoute le secteur privé à but non lucratif avec 13 polycliniques de la CNSS, des structures de soins relevant des mutuelles, de l'OCP et de l'ONE, des fondations, des ligues et du croissant rouge.

En ce qui concerne le financement du système de santé au Maroc, il faut retenir que la part des dépenses totales de santé rapportées au PIB a augmenté entre 2007 et 2014, passant de 5,5% en 2007 à 5,9% en 2014, avec un pic à 6,2% en 2012. Il est vrai que le Maroc a gagné en classement par rapport à d'autres pays mais la taille de financement de son système reste faible.

En se penchant sur la structure du financement de la santé au Maroc, qui malgré l'accroissement des allocations dédiées au Ministère de la Santé, reste, selon les comptes de la santé de 2010, majoritairement financé par les dépenses directes des ménages (54%) contre 25% par l'État et 19% par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO). Cette dernière qui a démarré en août 2005 suite à l'adoption en 2002 de la loi n°65-00 portant le code de la Couverture Médicale de Base (CMB) avec la perspective d'atteindre une couverture médicale universelle.

En effet, avant l'avènement de la l'AMO, le Maroc ne connaissait pas de régime d'Assurance maladie obligatoire mais un certain nombre d'organismes qui offraient une assurance facultative, à savoir :

- Les sociétés mutualistes qui sont des groupements de droit privé à but non lucratif menant des actions de prévoyance, de solidarité et d'entraide avec :

Pour les fonctionnaires du secteur public, on retrouve principalement :

- La Mutuelle de la Police (1919) ;

- La Mutuelle des Douanes et des Impôts Indirects (1928) ;
- La Mutuelle Générale du Personnel des Administrations Publiques du Maroc (1946) ;
- La Mutuelle Générale de l'Education Nationale (1963) ;
- La Mutuelle du Personnel de l'Office d'Exploitation des Ports (1995) ;

Pour les salariés du secteur privé dont la caisse la plus importante est la Caisse Mutualiste Interprofessionnelle Marocaine (CMIM) ;

- Les caisses internes : créées par certains établissements publics. Il s'agit de structures propres aux personnels de grandes entreprises publiques ;
- Les entreprises d'assurances privées qui proposent des contrats individuels ou de groupe.

À partir de 2005, deux caisses d'Assurance maladie ont été mandatées pour gérer l'AMO en l'occurrence la Caisse Nationale des Organismes de Prévoyance Sociale (CNOPS) et la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS).

La CNOPS qui est une fédération de 8 mutuelles déjà existantes assure la gestion de l'AMO pour les fonctionnaires de l'état et les étudiants. Ces 8 mutuelles ont vu leur mission basculer vers la liquidation des dossiers maladies suite à une convention de délégation de service signée avec la CNOPS. Dans un autre volet ces dernières assurent un service d'assurance complémentaire à l'AMO de base.

La CNSS assure pour sa part la gestion de l'AMO pour les salariés du secteur privé et bientôt pour la population non salarié connue comme indépendante ou du secteur libéral.

QUELLES SONT, SELON VOUS, LES ACTIONS À METTRE EN PLACE SUR LE MOYEN ET LE LONG TERME POUR DÉVELOPPER UNE COUVERTURE MALADIE À L'ENSEMBLE DE LA POPULATION ?

Il est important de signaler que, selon l'OMS la couverture universelle est définie à travers deux éléments :

- S'assurer que tout le monde a accès aux services de santé nécessaires et de qualité suffisante pour produire l'effet voulu ;
- S'assurer que personne ne subit des problèmes financiers (des coûts catastrophiques) dus aux paiements pour les soins.

Ce droit, comme stipulé dans l'article 31 de la constitution de 2011, est un droit fondamental dont toute institution doit œuvrer à l'attendre et à le sauvegarder.

Certes, aujourd'hui, 57% de la population marocaine dispose d'une couverture médicale (AMO, RAMED, assurances privées et caisses internes), le reste de la population sera couverte à travers la mise en œuvre de la loi relative à l'Assurance Maladie des Indépendants (AMI) qui a été votée en juin 2017 et celle des ascendants mais certains défis nécessitant des actions afin de les surmonter, à savoir :

- Pour l'AMI : la population cible est de 11 millions caractérisée par son hétérogénéité ce qui implique le démarrage par les catégories socioprofessionnelles les plus organisées avant d'aborder la population relevant du secteur informel ;
- Pour le RAMED : la création d'un organisme gestionnaire indépendant ;
- Réduire l'iniquité de l'offre de soins à travers :
- La mise à niveau des hôpitaux publics ;
- La carte sanitaire en vue d'une répartition équitable de l'offre de soins

sur le territoire marocain et une meilleure accessibilité de toute la population aux soins ;

- Plus d'investissement dans le secteur de la santé (via l'application de la loi n° 131-13) ;
- Le partenariat public – privé.

QUEL EST LE POSITIONNEMENT DE LA CMIM POUR CONTRIBUER À CETTE DÉMARCHE AU MAROC ET PLUS GLOBALEMENT SUR LE CONTINENT AFRICAÏN ?

La CMIM est la seule mutuelle interprofessionnelle au Maroc. Créée en 1977, la CMIM compte aujourd'hui plus de 120 000 bénéficiaires. Elle offre à ses adhérents un large panier de soins et un système de tiers payant dans différents centres et établissements conventionnés dans toutes les villes du Royaume (plus de 1100 établissements conventionnés).

Nous œuvrons pour le développement de la couverture maladie dans le monde et en particulier dans la région Afrique et Moyen-Orient à travers ma position en tant que Vice-Président de l'Association Internationale de la Mutualité « AIM », chargé de cette région. Aujourd'hui, l'AIM représente 61 organisations issues de 28 pays en Afrique, au Moyen-Orient, en Amérique-Latine et en Europe. L'AIM, c'est aussi une plateforme d'échange entre ses membres. Le secrétariat organise divers groupes de travail durant lesquels les membres partagent leurs expériences et élaborent des positions communes.

L'Afrique porte aujourd'hui le plus lourd fardeau de la maladie dans le monde avec un taux de couverture santé de moins de 10% de la population, une espérance de vie de moins de 50 ans et un taux de mortalité de plus de 100 décès pour mille. Cette situation requiert une stratégie, une politique à la hauteur des enjeux humains et humanitaires en question et des actions urgentes et d'urgence pour pallier cet état de fait dramatique en Afrique en vue d'assurer une couverture maladie universelle. Les sociétés mutuelles constituent une réponse ou la réponse pour une couverture médicale universelle dans les pays africains. •

et du traitement systémique de certaines maladies.

Le prisme que j'ai choisi pour mener mon étude interprète le « modèle mutualiste » de telle façon que toute structure qui applique les valeurs de l'économie sociale et solidaire à la gestion de la santé sur un territoire - quel que soit le modèle juridique employé - y correspond. J'ai fait le choix d'étudier le modèle mutualiste comme un modèle positif plutôt que normatif. Une association, une coopérative, une micro-assurance, une mutuelle... si les critères de non-lucrativité, de démocratie, de solidarité sont respectés dans le cadre de la mise en place d'une assurance santé... qu'importe l'appellation juridique orthodoxe du modèle, ici, il s'agira d'un modèle mutualiste puisqu'il en a les valeurs et les ambitions.

Les questions de fond que nous devons nous poser sont les suivantes :

À l'échelle d'une nation, le modèle mutualiste est-il capable de faire évoluer les hommes vers une meilleure coopération à un niveau autre que celui de la famille, du groupe ethnique ou religieux ? Peut-il avoir l'ambition de préparer l'adhésion à un projet commun de Protection sociale étatique ? Permettrait-il également de faire avancer certaines causes autres que la Protection sociale pour tous, comme l'endigement de la corruption ou le cheminement vers une économie formelle ?

Les enjeux humains sont immenses ! Par ailleurs, outre le fait d'apporter une réponse à des problématiques de santé structurelles⁷, l'implantation du modèle mutualiste dans les PVD permettra sans doute à nos structures européennes de connaître des relais de développement en s'inscrivant dans un contexte de mondialisation économique qu'il ne connaît pas encore.



L'association « GRET » au Cambodge

Au Cambodge, l'association « GRET » propose aux familles une assurance santé couvrant à la fois les soins primaires et l'hospitalisation. Elle s'adresse d'une part au secteur formel, projet HIP créé en 2009 pour les ouvrières du secteur textile et d'autre part au secteur informel, projet SKY créé en 1999 en milieu majoritairement rural.

Ce projet est extrêmement intéressant, voire même exemplaire, dans sa mise en œuvre.

Cette assurance santé fonctionne avec un système de tiers-payant auprès des prestataires de santé publics. Elle s'autofinance pour ce qui est des frais de santé grâce aux cotisations des adhérents (5 dollars par personne et par an pour le projet SKY et 1,6 dollars par mois et par adhérent pour le projet HIP financé à 50% par les employeurs de la branche professionnelle du textile, branche très active et éminemment importante pour la population cambodgienne). Demeurent cependant les frais de gestion, c'est-à-dire le traitement des prestations et cotisations par les 126 salariés répartis sur les 7 cantons initiateurs du projet financé notamment par le ministère de la santé du Cambodge.

Pour le secteur informel, SKY couvre aujourd'hui 70 000 personnes (14 000 familles), en partenariat avec plus d'une centaine d'institutions sanitaires publiques partenaires, des centres de santé communautaires aux hôpitaux de district et nationaux. Enfin SKY met en œuvre un programme de maternité sans risque.

Pour le secteur formel, HIP couvre l'intégralité des ouvrières du secteur formel du textile et a permis de construire un système pionnier en Asie de couverture santé gouvernementale depuis 2012 grâce au transfert de son activité vers le ministère de la santé. Les ressources de financement du gouvernement pour assurer la gestion de ce système émergent de Protection sociale sont les ressources fiscales bien entendu, mais leur extension vers des taxes liées au tabac ou à l'alcool ainsi que l'élaboration de taxes dédiées sont envisagées actuellement. Un système de co-paiement initié par le gouvernement est également envisagé afin de permettre aux populations les plus pauvres d'accéder aux soins.

Projet SKY (secteur informel)



Projet HIP (secteur formel)



Ainsi, comme en France, le secteur mutualiste a créé un système de protection et a permis à l'Etat par la suite d'en prendre possession afin d'en voir la généralisation.

Interview - Myriam Dossou Directrice Générale de l'INAM



VOUS DIRIGEZ L'INAM (INSTITUT NATIONAL DE L'ASSURANCE MALADIE), POUVEZ-VOUS NOUS PRÉSENTER SON HISTOIRE ET SES OBJECTIFS ?

L'Institut National d'Assurance Maladie est né de la volonté des plus hautes autorités du Togo de traduire dans la réalité leur engagement dans la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale à travers la mise en place progressive d'un système de couverture universelle en santé à tous les ménages togolais.

En effet, la constitution Togolaise en son article 13 reconnaît la Protection sociale comme un droit humain fondamental. Ce texte dispose : « l'État a l'obligation de garantir l'intégrité physique et mentale, la vie et la sécurité de toute personne vivant sur le territoire national ».

Conformément à cette disposition et sur la base des engagements 85 et 87 du protocole d'accords du dialogue social, le Gouvernement a décidé de prendre des mesures afin de permettre à moyen terme, à tous les citoyens du secteur formel ou de l'économie informelle, salariés ou indépendants, urbains ou ruraux, industriels ou agricoles ; aux catégories vulnérables particulières de disposer d'un minimum de Protection sociale.

Dans ce cadre, suite à un processus participatif engagé depuis 2009, la loi n° 2011-03 du 18 février 2011, a institué un régime obligatoire d'assurance maladie pour les agents publics et assimilés en République togolaise, comme première étape dans la mise en œuvre d'un

système de couverture universelle en santé.

La gestion de ce régime a été confiée à un organisme de Sécurité sociale dotée de la personnalité juridique et d'une autonomie de gestion administrative et financière dénommé INAM (Institut National d'Assurance Maladie), créé par décret N°2011-034/PR du 14 mars 2011.

L'INAM a été lancé officiellement le 05 septembre 2011 avec pour objectif principal de permettre une meilleure accessibilité financière à des soins de qualité, aux bénéficiaires du régime d'Assurance maladie.

QUELLE EST LA SITUATION DU TOGO EN MATIÈRE DE COUVERTURE MALADIE ?

Suivant les conclusions d'une étude sur les conditions de vie des ménages de décembre 2006, plus de 60% des ménages togolais expriment comme souci majeur les problèmes de santé de la famille et en 2008, les comptes nationaux de la santé ont fait clairement ressortir le rôle considérable revenant aux ménages dans le financement des dépenses de santé avec plus de 50% des dépenses totales de santé du pays. Ces dépenses vont à 78% aux produits pharmaceutiques et autres biens médicaux non durables, 12% aux soins curatifs ambulatoires et 10% aux soins curatifs en milieu hospitalier.

Les dépenses de santé constituent donc une priorité pour une grande partie de la population.

Face à cette situation divers mécanismes de couverture maladie aussi bien publics que privés sont prévus pour soulager les populations. Mais ces mécanismes réunis, y compris l'INAM, ne couvrent qu'un peu plus de 6% de la population globale. Au moins 94% de la population restent à couvrir.

L'ambition des autorités du pays, en mettant en place l'INAM, est de parvenir à terme à étendre la couverture maladie aux populations jusqu'ici exclues des mécanismes de prise en charge en place.

LES MUTUELLES PEUVENT-ELLES ÊTRE UNE SOLUTION POUR ÉTENDRE LA COUVERTURE MALADIE AU TOGO ET NOTAMMENT ORGANISER LE SECTEUR INFORMEL ?

Une mutuelle est une association à but non lucratif basée sur les principes de solidarité et d'entraide entre des personnes physiques qui y adhèrent de façon libre et volontaire. La mutuelle a pour objet la prévention des risques sociaux liés à la personne et à la réparation de leurs conséquences.

La mutuelle reste l'une des expériences les plus anciennes en matière d'organisation des hommes qui prennent conscience de leur vulnérabilité face à un risque social. Mais leur existence, à ce jour, n'a pas permis d'atteindre une couverture optimale des populations en matière de santé.

En matière de mutuelles de santé communautaires sur base d'une adhésion volontaire par exemple, le travail réalisé par les Organisations Non Gouvernementales (ONG) au cours des dix dernières années dans les pays de la région plafonne à un taux de couverture de la population qui se situe entre 2% et 5% ; pourquoi ?

L'adhésion volontaire à une mutuelle de santé est l'obstacle essentiel pour qu'une mutuelle soit un partenaire contributif incontournable dans la mise en place d'une CMU au niveau national dans des délais raisonnables.

Une exception que l'on peut relever en matière de réalisation d'une CMU au départ de mutuelles de santé communautaires, le Rwanda, en raison d'une législation qui a obligé à un moment du développement des mutuelles l'adhésion obligatoire de tout citoyen rwandais à une mutuelle de santé.

Ceci dit, des mutuelles de santé basées sur les activités du secteur informel et agricole ou des mutuelles basées sur l'appartenance à un territoire peuvent constituer des partenaires d'un système national de couverture maladie par leur proximité avec les bénéficiaires. •



En d'autres termes et en synthèse, est-ce que la nature vernaculaire et adaptable du modèle mutualiste peut faire de lui un modèle innovant de Protection sociale et permettre l'amélioration sensible de la qualité de vie de populations sans ressources, mais aussi constituer un potentiel relais de croissance pour nos structures ? La réponse est oui, bien évidemment, à toutes ces questions.

Ce modèle est assez réactif, adaptable, innovant et facilement appropriable qu'il peut se permettre d'avoir l'ambition mondiale à ce déficit d'accès aux soins de santé. Dans les 42 pays que j'ai étudiés, le pourcentage de la population vivant dans une extrême pauvreté multidimensionnelle⁹, atteint ou dépasse 50 % de degré de privation. Les pays ayant fait le choix d'expérimenter le modèle mutualiste, encore une fois en conservant ses principes intrinsèques bien entendu, ont constaté la manifestation d'un ou plusieurs phénomènes suivants :

- une amélioration de la santé globale de la population ;
- une meilleure présence, qualité et accessibilité de l'offre de soins ;
- une progression vers l'autonomisation des femmes ;
- la création d'une « barrière à la pauvreté » ;
- la sécurisation des travailleurs et de l'économie ;
- l'adhésion à la notion d'État providence ;
- la mise en place de processus éducatifs.

DE NOMBREUX AUTRES EXEMPLES VIENNENT ATTESTER CES DIFFÉRENTES AFFIRMATIONS.

La Mutualité sociale en zone Union Économique et Monétaire Ouest Africaine⁹ (Bénin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Guinée Bissau, Mali, Niger, Togo et Zones subsidiaires, Guinée Conakry, Gabon, Cameroun et Maroc) a mis en place un règlement mutualiste qui promeut le développement des mutuelles de santé avec un objectif : couvrir 45% de la population de l'Union d'ici 2025. La Côte d'Ivoire a vu l'installation de 15 centres de santé primaires par le programme d'appui aux stratégies mutualistes de santé et l'entreprise Vendôme. Au Brésil, le groupe « Prévoir » met en place de la micro-assurance pour les personnes défavorisées ; en Chine, un programme d'accompagnement appelé « se nourrir se vêtir se loger » est suivi par Groupama dans le cadre de l'accès aux soins ; en Afrique du Sud, une assurance sociale a été mise en place par les mutuelles et est encore gérée par elles, même si une grosse partie du financement passe par l'État..

La CMU au Mexique, en Thaïlande, au Burkina Faso, en Ouganda, en Tanzanie sont des initiatives mutualistes ; au Burundi, des coopératives ont fait le choix de diversifier leurs activités à de la couverture santé afin de couvrir leurs salariés ; au Bénin, un système de microfinance a permis l'accès gratuit des femmes enceintes pour leur accouchement par voie basse et par césarienne ainsi que l'accès gratuit aux soins primaires pour les enfants de moins de 5 ans.

Le programme STEP¹⁰ du BIT, conçoit stratégies et techniques contre l'exclusion sociale et la pauvreté étend l'éducation à la santé au Sénégal, au Burkina Faso, en Guinée et au Bénin.

EN PREMIER LIEU GRÂCE À LA

MISE EN PLACE DU MODÈLE MUTUALISTE, UNE NETTE AMÉLIORATION DE LA SANTÉ GLOBALE DE LA POPULATION A PU ÊTRE CONSTATÉE.

Au Cameroun¹¹, par exemple, il a été mesuré que suite à la mise en place du règlement sur les mutuelles sociales entre 2010 et 2015 :

- Il y a eu une baisse de la mortalité infantile et une baisse de moitié de la mortalité maternelle ;
- Il y a eu également une amélioration des taux de vaccination ;
- ainsi que de la formation et de la présence de soignants, et de structures de soins sur le territoire, nous y reviendrons.

La création de mutuelles ou leur reconnaissance par l'État a permis également la collecte de données épidémiologiques de qualité. Ceci permet à la fois d'avoir une meilleure connaissance de la réalité des pathologies, des besoins mais également de leurs coûts inhérents... Et quand on connaît l'ampleur d'une problématique, il est plus facile de la circonscrire.

LE MODÈLE MUTUALISTE AMÉLIORE LA PRÉSENCE, LA QUALITÉ ET L'ACCESSIBILITÉ DE L'OFFRE DE SOINS.

En Côte d'Ivoire par exemple, 15 hôpitaux prodiguant des soins primaires sont en cours de construction ; au Bangladesh, notamment, le programme « providing for health¹² » forme les professionnels de santé pour lutter contre la désertification des territoires en développement... La désertification du territoire en termes de compétences est extrêmement forte... Selon Claude Meyer, le fondateur de ce programme essaimé sur tous les continents : « il y a par exemple

Interview - Frédéric Sansier

Directeur du Département Protection sociale et Emploi d'Expertise France



GLOBALEMENT, QUELLE ANALYSE FAITES-VOUS DES SYSTÈMES DE SANTÉ AU SEIN DES PAYS EN DÉVELOPPEMENT ?

Les transitions démographiques et épidémiologiques des pays en développement créent aujourd'hui de fortes tensions sur leurs systèmes de santé. Ces systèmes ne sont pas préparés à faire face à ces évolutions profondes qui entraînent un accroissement des inégalités entre les individus économiquement les plus aisés et les groupes les plus vulnérables au sein des populations. Le phénomène met en danger la stabilité de pays déjà fortement fragilisés par des crises régionales. Et comme l'a démontré la crise Ebola, les virus ne connaissent pas les frontières ; les questions de sécurité sanitaire d'un pays nous concernent donc tous.

Pendant de nombreuses années, l'aide internationale en santé dans les pays les plus fragiles a privilégié la lutte contre la mortalité maternelle et infantile et contre les maladies infectieuses. Cependant, cette aide, si elle a permis de répondre à des besoins de court terme, s'est substituée aux systèmes nationaux qu'elle n'a pas contribué à renforcer de manière pérenne.

L'Afrique devrait connaître d'ici 2100 la plus forte croissance démographique en passant de 17% à 40% de la population mondiale avec, dans certains cas, notamment au Sahel, le doublement voire le triplement de cette population dès 2050. Par ailleurs, si les maladies chroniques ont été pendant

longtemps l'apanage des pays les plus riches, elles concernent aujourd'hui tous les pays à travers le monde, quel que soit leur niveau de développement.

Ainsi, le renforcement des systèmes de santé dans les pays en développement constitue un enjeu majeur pour l'aide internationale. Comment répondre à des besoins immédiats et parfaitement justifiés de populations qui ont des besoins urgents de santé et construire des systèmes pérennes qui ne peuvent être mis en œuvre que dans le temps ? C'est une problématique complexe et nous n'avons hélas pas de solutions clé en main.

DE QUELLE MANIÈRE EXPERTISE FRANCE CONTRIBUE À L'ÉMERGENCE DES MODÈLES DE PROTECTION SOCIALE AU SEIN DE CES PAYS ?

Il suffit de regarder le système de Protection sociale et de santé français pour comprendre que le développement de solutions pérennes ne peut s'envisager que sur une longue période. Ces systèmes doivent se développer progressivement, en associant l'ensemble des acteurs concernés, que ce soient les pouvoirs publics, les prestataires et professionnels de santé, les représentants des usagers ou les partenaires sociaux.

Expertise France n'a pas vocation à exporter un modèle français. Cette approche ne serait de toute façon pas pertinente. Les systèmes doivent être construits en étroite collaboration avec les acteurs locaux qui doivent totalement se les approprier.

Nous pouvons cependant aider nos partenaires étrangers à trouver des solutions adaptées à leurs propres contextes économiques, sociaux et culturels, en mettant à leur disposition l'expérience et l'expertise de professionnels travaillant dans le système français.

Ce partage d'expériences peut permettre à nos partenaires d'identifier des solutions opérationnelles, de leur faire bénéficier de nos réussites tout comme de nos échecs. Nous travaillons à leurs côtés afin qu'ils puissent adapter des solutions développées en France

à leur propre réalité.

Ainsi, nous privilégions, dans les projets que nous mettons en œuvre, des interventions entre pairs, en mobilisant des experts français qui ont avant tout une histoire à raconter, basée sur un vécu acquis au sein d'administrations ou d'organisations françaises.

QUELLE EST LA PLACE DU MODÈLE MUTUALISTE DANS LE CADRE DE LA MISE EN PLACE D'UNE COUVERTURE SANTÉ POUR CES POPULATIONS ?

L'une des priorités françaises en matière de politique internationale en santé est l'appui au développement de la Couverture sanitaire universelle (CSU). Portée par les organisations onusiennes et plusieurs pays, dont la France, la CSU vise à garantir à tous, y compris aux populations vulnérables et marginalisées, un accès équitable à des services de santé de qualité sans entraîner de difficultés financières dramatiques pour les usagers.

Pour atteindre cet objectif, il est nécessaire de mobiliser l'ensemble des acteurs locaux et internationaux.

Le modèle mutualiste ne peut, à lui seul, répondre à l'ensemble des enjeux du développement de la CSU en Afrique. Il peut cependant contribuer à développer un dispositif assurantiel, qui associe à sa gouvernance les assurés, en renforçant la confiance des individus dans les systèmes, en particulier dans des pays où il peut exister une réelle défiance vis-à-vis de l'Etat. Les mutuelles de santé peuvent, dans la mesure où elles ont déjà pu démontrer leur rigueur de gestionnaire, se voir déléguer des missions de service public en gérant, pour le compte de l'Etat, des régimes assurantiels pour certaines catégories de la population. Cependant, la question de la taille de ces mutuelles est primordiale pour garantir leur pérennité et leur capacité à mutualiser la gestion du risque à grande échelle. •



Le dossier

plus de médecins béninois dans Paris intramuros que dans l'entièreté du Bénin ».

Au Cambodge, des conventions d'honoraires ont été fixées avec les médecins agréés pour permettre le remboursement des soins à des prix encadrés. Par ailleurs ce pays contrôle les médicaments ainsi que leurs lieux de distribution via le système mutualiste de façon à limiter la commercialisation de contrefaçons sur le territoire. On le constate par ces exemples, la constitution du modèle mutualiste est vernaculaire, son apprentissage ne se fait pas par le haut, par une certaine forme de technocratie, mais par le pragmatisme de terrain, par la réalité des besoins et leur assouvissement. Ce mode de fonctionnement, ce mode de construction sociétal permet concomitamment une adhésion des citoyens et une adéquation quasi-parfaite entre le service et le besoin.

L'Économie Sociale et Solidaire dans sa globalité est une forme d'économie passionnante, qui n'est pas tournée vers le profit mais la construction de réponses collectives à de vrais besoins sans but lucratif.

On constate à son étude que la mutualité est également réticulaire : ce modèle se construit aussi par les branches professionnelles et les syndicats. Cela les renforce dans le même temps. **La mise en place d'un système de Protection sociale mutualiste participe à l'augmentation de l'activité entrepreneuriale formelle, empêche la pauvreté.**

Les organisations internationales, ayant pris conscience de l'intérêt humain et économique de la Protection sociale, promeuvent désormais sa mise en place. Le rapport Bachelet du BIT, avec la collaboration de l'OMS, soutient la thèse selon laquelle la mise en place d'un système de Protection sociale, même à minima, participe à l'augmentation substantielle

de l'activité entrepreneuriale formelle. Il représente une barrière à la pauvreté, un amortisseur de crise économique et même un levier de croissance.

Au Burundi, la branche professionnelle des caféiculteurs a souhaité trouver un système pour formaliser¹³ leurs travailleurs. Ils ont donc mis en place une mutuelle pour toute leur profession. Ainsi, les caféiculteurs sont plus prompts à se déclarer car ils obtiennent une protection en santé en même temps qu'une reconnaissance sociale.

GRÂCE À CETTE FORMALISATION ET À L'AMÉLIORATION DE LA POSSIBILITÉ DE PROTÉGER LEUR FAMILLE, LES FEMMES TROUVENT UNE VOIE D'ÉMANCIPATION VIA CE VECTEUR¹⁴. Elles peuvent se soigner et soigner leurs enfants sans être tributaires des revenus familiaux, sans être tributaires de leur mari. Elles y font également l'apprentissage du vote et du processus démocratique car elles sont considérées comme les chefs de famille puisque ce sont elles qui souscrivent les contrats (en majorité)¹⁵.

Il faut avoir à l'esprit que dans les PVD, les risques de santé considérés comme essentiels touchent énormément les femmes. Le fait d'adhérer à une mutuelle permet la prise en charge de coûts importants tels que la maternité, l'obtention de certains médicaments pour les enfants ou les visites chez le médecin traitant¹⁶... La prise en charge de ces dépenses permet donc nettement leur autonomisation. Comme rempart aux dépenses catastrophiques, le mécanisme de la mutualisation permet à lui seul de palier les dépenses exorbitantes des ménages en matière de santé et d'éviter le renoncement aux soins, d'une part, et la banqueroute des ménages, d'autre part.

La Protection sociale mise en œuvre par

les structures mutualistes est également un rempart aux crises économiques mais elle demeure leur première victime dans un jeu d'équilibre souvent défavorable à la Protection sociale et favorable au libéralisme. On l'a constaté dans nos pays au travers de la crise économique que nous avons traversée dernièrement...

Par le jeu du conventionnement d'une part et celui du co-paiement d'autre part, le modèle permet la maîtrise voire le contrôle des coûts de la santé. La Protection sociale a également la capacité de permettre à l'État de corriger les effets négatifs de l'économie¹⁷.

Le dernier effet positif constaté est celui de la « solvabilisation » de la population face aux frais de santé, par la mutualisation bien sûr.

LA MISE EN PLACE D'UN SYSTÈME DE PROTECTION SOCIALE, ET EN PARTICULIER UN SYSTÈME COLLECTIF À BUT NON LUCRATIF COMME UNE MUTUELLE, RENFORCE LE SENTIMENT D'APPARTENANCE À UN PAYS, PERMET L'APAISEMENT DES PEUPLES... NOTAMMENT APRÈS UN CONFLIT. Au Rwanda, afin de renforcer la notion de communauté citoyenne, et de stabiliser le régime après le génocide de 94, le gouvernement a misé sur les mutuelles de santé pour réinstaurer la notion de solidarité. Au Burundi, les mutuelles ont créé une synergie avec les coopératives afin d'unifier leurs efforts pour la population. Au Bénin, la mise en place d'un système de Protection sociale a permis aussi de lutter contre le clientélisme très présent dans le domaine de la santé et de créer une véritable confiance avec les institutions publiques¹⁸.

Les mutuelles y développent des liens de confiance au sein de la communauté et ainsi donnent le pouvoir d'agir et de dire « non » aux professionnels de santé.

Exemple du programme PASS

Programme d'Appui aux Stratégies mutualiste de Santé

Le programme est une assistance qui accompagne et appuie les initiatives des décideurs de la zone UEMOA dans :

- 1 La création et le développement des mutuelles
- 2 La structuration du mouvement dans chaque pays et au niveau sous régional
- 3 Les actions de plaidoyer, de sensibilisation et de communication
- 4 Le développement d'outils de gestion de prestations et d'outils de gestion d'offres de santé mutualistes

Le PASS s'inscrit aussi dans l'objectif global du développement du modèle mutualiste dans le monde et soutient prioritairement le premier Bureau régional de l'Afrique de l'Ouest de l'Union Africaine de la Mutualité (UAM), en Côte d'Ivoire¹.

Le PASS appuie le Comité Consultatif de la Mutualité Sociale (CCMS) de l'UEMOA dans ses missions, les acteurs et les mutualistes des 8 pays de la zone UEMOA dans la définition de leur stratégie et dans la réalisation de leurs objectifs.

¹ www.uam-afro.org



Interview - Innocent Makoumbou

Secrétaire Exécutif de la
Conférence Interafricaine de la
Prévoyance Sociale



VOUS ÊTES SECRÉTAIRE GÉNÉRAL DE LA CIPRES (CONFÉRENCE INTERAMÉRICAINNE DE LA PRÉVOYANCE SOCIALE), POUVEZ-VOUS NOUS PRÉSENTER SON HISTOIRE, SON RÔLE ET SES OBJECTIFS ?

La CIPRES a été créée à l'initiative des Ministres des Finances des 14 pays de la Zone Franc, de l'Afrique Centrale et de l'Ouest, afin de remédier à la situation de tension de trésorerie persistante, qui s'aggravait au sein des organismes de Sécurité sociale de ces pays, qui les rendaient dans l'incapacité de pouvoir assurer régulièrement leur mission de service public, notamment, le paiement des prestations sociales.

Ainsi, il a été mis en place un groupe de travail chargé de réfléchir à la création d'un Organisme de contrôle et d'appui technique aux Caisses Africaines de Prévoyance Sociale, lors de leurs réunions tenues respectivement en avril 1991 à Ouagadougou (Burkina Faso) et en septembre 1991 à Paris.

Plusieurs réunions furent organisées en France et en Afrique, avec l'appui de la France (Ministère de la Coopération, Trésor, Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS), Centre National d'Études Supérieures de Sécurité Sociale (CNESS) et des institutions régionales

et internationales telles que le Bureau International du Travail (BIT), l'Association Internationale de la Sécurité Sociale (AISS), les Banques Centrales (BCEAO, BEAC), de la Banque Mondiale, qui ont abouti à la création de cet organe.

Le Traité instituant une Conférence Interafricaine de la Prévoyance Sociale (CIPRES) a été signé le 21 septembre 1993, à Abidjan, conjointement par les Ministres des Finances et ceux en charge de la Prévoyance Sociale.

De 14 pays à l'origine, la CIPRES compte actuellement 17 États membres : le Bénin, le Burkina Faso, le Cameroun, le Centrafrique, l'Union des Comores, le Congo-Brazzaville, la Côte d'Ivoire, le Gabon, la Guinée Bissau, la Guinée Equatoriale, le Madagascar, Mali, le Niger, la République Démocratique du Congo, le Sénégal, le Tchad et le Togo.

La CIPRES qui compte actuellement plus de 24 organismes dans son portefeuille, a pour rôle d'assurer la surveillance et le contrôle de la gestion des organismes des États membres, afin de prévenir les risques de déséquilibre financier et garantir la pérennité des régimes.

Après plusieurs années de fonctionnement au service de la Protection sociale dans l'espace CIPRES, il a été procédé à une réforme en profondeur des statuts, à la suite d'un audit institutionnel.

Les nouveaux textes ainsi élaborés ont été adoptés par le Conseil des Ministres de tutelle de la prévoyance sociale, le 14 février 2014 à Abidjan en Côte d'Ivoire, avec des nouveaux objectifs assignés, notamment de promotion et développement de la Protection sociale au sein de la zone CIPRES.

Depuis sa création, la CIPRES a réalisé plusieurs missions d'audit général et de contrôles thématiques des organismes des États membres.

Par ailleurs, dans le cadre de la fixation des règles communes de gestion propres à l'ensemble des organismes des États membres, plusieurs textes ont été élaborés et mis en application. Il s'agit notamment :

- le plan comptable de référence CIPRES : annexé au Traité de la CIPRES ;
- les ratios de performance ou indicateurs de gestion.

Au plan de l'harmonisation des législations et réglementations applicables aux régimes ou organismes des États membres, la CIPRES a élaboré de nombreux textes notamment :

- les recommandations 22 et 25 portant respectivement sur le cadre juridique et institutionnel des organismes et sur la gestion technique des branches gérés par les organismes (prestations familiales, prestations de vieillesse, d'invalidité et de décès, les risques professionnels) ;
- la Convention Multilatérale de Sécurité sociale adoptée en 2006, qui régit les droits acquis et en cours d'acquisition des travailleurs migrants en matière de sécurité sociale, dans la zone CIPRES.

COMMENT ANALYSEZ-VOUS LA SITUATION DES ORGANISMES DE PRÉVOYANCE SUR LE CONTINENT AFRICAIN ?

Après les missions d'audit général de contrôles thématiques par les cadres africains des États membres et la mise en œuvre des recommandations issues de ces missions, des efforts importants ont été réalisés, qui ont abouti à une amélioration progressive de la situation financière des organismes et au retour à l'équilibre financier des régimes.

Certes des efforts restent encore à accomplir, mais on peut constater actuellement que des progrès énormes ont été réalisés en matière de gouvernance des organismes, qui ont permis de sortir de la zone critique.

D'ailleurs, plusieurs organismes de la zone CIPRES sont l'objet ces dernières années, des récompenses de la part des institutions internationales telles que l'AISS et autres, en reconnaissance de leurs mérites dans la gestion et la mise en place des bonnes pratiques dans divers domaines.

POUVEZ-VOUS NOUS DONNER VOTRE POINT DE VUE SUR L'EFFICACITÉ ET LA PERTINENCE DES DIFFÉRENTS MODÈLES MUTUALISTES SUR LE CONTINENT AFRICAIN ?

Concernant les mutuelles, la CIPRES n'intègre pas la gestion des mutuelles dans son domaine de contrôle. Toutefois, la CIPRES accueille favorablement la création des différents modèles mutualistes en particulier de santé, qui prennent corps dans la région africaine, singulièrement, dans la zone UEMOA (Afrique de l'Ouest) ; car, ce sont sans doute des acteurs importants dans le domaine de la Protection sociale des populations.

Cependant, n'étant pas impliquée dans leur gestion, la CIPRES ne saurait donner un avis sur leur efficacité. •

C'est peut-être l'effet le plus inattendu de la mise en place du modèle mutualiste. Une étude menée par l'AISS montre en effet que les adhérents qui sont organisés et mieux informés de leurs droits, leur permet de refuser et de dénoncer les abus des personnels soignants en matière de délais, de demande de dépassements d'honoraires intempestifs... Ainsi ils améliorent la qualité de leur prise en charge. Dans l'Union Économique et Monétaire Ouest Africaine, c'est sur le tiers payant généralisé avec les Professionnels de Santé que les mutuelles comptent pour pallier le phénomène endémique de corruption. Le Ghana aussi a choisi cette voie : l'État paie directement l'intégralité des prestataires de santé.

Une façon de faire société passe aussi par l'appui de l'état aux programmes de mise en œuvre de la couverture maladie universelle.

Tout ceci participe à l'adhésion des populations à une forme d'État providence.

Traiter une maladie, même bénigne peut représenter des semaines d'économies ou le sacrifice de plusieurs repas ou d'une partie du capital productif... L'experte en micro-assurance santé, Stéphanie Pamies-Summer, parle de « dégradation en chaîne »¹⁹ de la situation économique des ménages à cause de frais de santé. Dans des pays où la scolarisation des enfants est un investissement pécuniaire, la mutualisation des frais de santé permet par conséquent en dernier lieu de ne pas soustraire les enfants au système éducatif.

Mais au-delà, le modèle mutualiste met en place des structures éducatives pour l'éducation à la santé, par exemple les classes d'éducation à la vaccination au Kenya.

Les développements à initier et à faire perdurer sont donc immenses dans les PVD. Cela demande l'attention d'acteurs

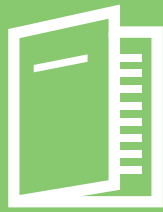
intéressés par les besoins à satisfaire plutôt que par une logique de profit... d'acteurs sachant établir un équilibre entre le réalisme économique et les attentes des populations. Si nous nous intéressons purement et simplement aux chiffres, comparons l'équipement en Protection sociale en matière de santé entre les pays développés et les PVD, en particulier l'Afrique. Les populations des pays développés sont couvertes à hauteur de 97%. Autant dire que le marché de la santé y est saturé. En Afrique, en moyenne seuls 4% de la population sont couverts. Autant dire qu'il s'agit là d'un marché à conquérir.

Cela donne matière à réflexion sur les voies de développement à l'international car au-delà de la santé, 15% de la population mondiale vit en Afrique et pourtant ils représentent seulement 1,5% du marché global de l'assurance.

L'expertise que nous pouvons apporter à ces populations, dans le respect de leur organisation et de leurs volontés est un atout précieux de la mutualité.

Tout reste donc à faire... à condition de conserver les valeurs et la construction vernaculaire du modèle mutualiste. Tout reste à faire à condition de ne pas tomber dans le piège néo-colonialiste de la prédation. Ces risques levés... Le mouvement mutualiste peut à nouveau rêver de croissance. •

Dossier réalisé par Marie Chabaud, Directrice de cabinet du Président d'UNEQ.



Interview - Alain Gilles

Vice-Président du CRAPS en charge des relations internationales



UN SECTEUR INTERNATIONAL A ÉTÉ CRÉÉ LORS DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE 2016 DU CRAPS ; EN TANT QUE VICE-PRÉSIDENT VOUS EN AVEZ LA RESPONSABILITÉ, QUELLES SONT LES OBJECTIFS À LONG TERME ?

Le CRAPS s'est fixé comme objectif de servir la Protection sociale dans toutes ses composantes chaque fois qu'il le faut, ou que ce soit, et de réfléchir à son avenir. Véritable force de proposition, reconnu pour ses diners-débats et surtout ses publications et fort de son rayonnement, il décidait en 2016 de sortir du cadre national. Il recherchait en effet, tout en mettant à profit l'expertise de ses adhérents et de ses partenaires, l'opportunité d'enrichir la réflexion, d'échanger et de mutualiser certaines problématiques, mais aussi d'être l'ambassadeur du système de Protection sociale français à l'étranger et encore d'apporter son soutien à ceux qui pourraient en avoir besoin.

C'est ainsi que depuis 2016 notre think tank s'est engagé dans différents types d'échanges et de réflexions en liaison ou non avec ses partenaires :

- Les Etats-Unis sur la chirurgie ambulatoire à Boston et Nashville.
- L'ONU, au Bureau International du travail de Genève, sur l'emploi et le chômage.

- Le Japon sur le système hospitalier nippon et la robotique.

Dans le même temps, pendant que le BIT ambitionnait de réduire la pauvreté dans le monde en élaborant son programme phare mondial de socles de Protection sociale, le CRAPS ambitionnait, à son niveau, d'apporter sa contribution à la généralisation de la couverture maladie. Tout au moins, il s'agit de contribuer à la mise en place de garanties élémentaires minimales de sécurité sociale. Il fait sienne l'idée selon laquelle la Protection sociale est un droit humain dont sont exclus aujourd'hui 3,8 milliards de personnes. Faisons en sorte qu'elle devienne à terme une réalité pour tous !

QUEL RÔLE LA FRANCE PEUT-ELLE AVOIR POUR ACCOMPAGNER LA CRÉATION OU L'AMÉLIORATION DE SYSTÈMES DE PROTECTION SOCIALE AU SEIN DES PAYS EN DÉVELOPPEMENT ?

On ne peut imaginer que la France ne joue un rôle dans le développement des systèmes de Protection sociale des pays du sud. Elle dispose d'une couverture à laquelle les Français sont attachés du fait en particulier que ce système repose sur des valeurs d'égalité, de solidarité et de cohésion sociale.

Elle ne peut en effet rester insensible à la situation mondiale inacceptable ou un habitant sur deux n'a pas accès à la couverture santé et plus encore à la situation des pays en développement, du moins de ceux d'Afrique Francophone pour lesquels la Protection sociale en matière de soins de santé ne couvre pas 10% de la population.

Sa politique vis-à-vis de l'Afrique francophone s'explique par des préoccupations historiques, culturelles, géopolitiques et humanitaires avec certains intérêts économiques. La France participe à la sécurité de ces pays avec les accords de défense, son engagement militaire sous mandats internationaux... Elle est un des principaux investisseurs et l'un des plus importants partenaires commerciaux du

continent africain. Elle est aussi, bien entendu, le leader naturel de la francophonie qui peut être utilisée comme levier de promotion de la démocratie. Alors comment pourrait-elle ne pas jouer un rôle d'autant que la paix sociale de ces pays passera par la Protection sociale et l'emploi notamment des jeunes (40% ont moins de 20 ans dans certains pays) ?

La France est déjà engagée aux côtés de l'OIT dans son programme phare mondial des socles de Protection sociale !

Elle l'est aussi fortement au niveau européen avec Socieux+, l'Expertise de l'UE pour la Protection sociale, le travail et l'emploi !

Elle l'est plus encore avec Expertise France, l'agence française de coopération technique internationale, dans le domaine « santé et développement humain » !

Il convient d'aller plus loin afin, non pas d'apporter le modèle français, mais bien plus d'aider à la réflexion des différents acteurs de la Protection sociale en sachant intégrer les particularismes d'un contexte culturel, économique, géographique... en sachant par ailleurs soutenir financièrement et surtout techniquement les actions locales voire régionales, de la CIPRES par exemple.

QUELLES SONT LES ACTIONS ET LES PARTENARIATS ENVISAGÉS PAR LE CRAPS ?

Précisément, le CRAPS peut soutenir l'action des acteurs de la Protection sociale de ces pays tout en confortant son statut de laboratoire d'idées par l'enrichissement et l'élargissement de sa réflexion dans certains domaines.

Certes, il n'est pas dans ses intentions de se substituer à l'institutionnel ou à certains organismes français ayant déjà des partenariats bilatéraux (caisses, hôpitaux...).

Il n'est pas non plus dans ses intentions de proposer des solutions toutes faites mais davantage d'apporter sa pierre à l'édifice

en suscitant les bonnes questions, en sensibilisant tous les acteurs à cet enjeu de la Protection sociale et de son avenir, aux problématiques de la gouvernance, du financement... et en les convainquant de la nécessité de les mettre tous autour d'une table. Qui d'autre qu'un club de réflexion, qu'un think tank de la Protection sociale peut mieux le faire ?

Voilà bientôt un an qu'il a commencé à s'engager auprès d'organismes de Protection sociale d'Afrique francophone qui cherchent à conforter voire à améliorer leur propre système dans les domaines de la santé, de la prévoyance, de l'emploi, de la retraite et bien entendu du dialogue social.

Des partenariats ont déjà été tissés et commencent à vivre :

- Avec la Caisse Mutuelle Interprofessionnelle Marocaine (CMIM). Ce partenariat donne lieu à des échanges réguliers de part et d'autre, à la participation du CRAPS aux journées de la Santé au Travail, à la participation de la CMIM à certains de nos diners-débats, à la réflexion par ailleurs quant à la création d'un Club de Réflexion de l'Avenir de la Santé au Travail (CRAST) voire à celle d'un think tank de la Protection sociale.
- Avec l'Institut National de l'Assurance Maladie (INAM), couverture santé des fonctionnaires au Togo. Nos réflexions et nos échanges visent entre autres à soutenir l'INAM dans la perspective d'élargissement de l'Assurance maladie au Togo puis à aider les différents acteurs à la création et l'animation d'un think-tank à l'instar du CRAPS.

D'autres partenariats suivront !

Pour terminer, j'aimerais ajouter que notre action internationale nous impose rapprochements, dialogues, partenariats peut être avec les organismes d'expertise français (Expertise France), européens (Socieux+), mais aussi des nations unies. C'est ainsi d'ailleurs que le CRAPS participait à la 2^{ème} journée du programme phare mondial des socles de la Protection sociale organisée par le Bureau International du Travail (BIT) de Genève. •

SOURCES DU DOSSIER CENTRAL

¹ Sen Amartya, 2001, *Development as Freedom*, OUP Oxford, p. 394

² C'est la thèse de Merrien François-Xavier, 2014, « Réformer et étendre les régimes de Protection sociale des pays émergents d'Amérique Latine : entre héritage institutionnel et réception d'idées », *Revue française des affaires sociales*, 2014/3(3), p. 14 à 29

³ Nations Unies, 2014, « Objectifs du Millénaire pour le développement, Avant-Propos de Ban Ki-Moon », New York.

⁴ Organisation Mondiale de la Santé, 2015, « La Couverture Sanitaire Universelle, Aide-Mémoire numéro 395 », OMS.

⁵ Une catastrophe financière est une faillite personnelle.

⁶ Rapport du groupe consultatif présidé par Michelle Bachelet, mis en place par le BIT avec la collaboration de l'OMS, 2011, « Socle de protection sociale pour une mondialisation juste et inclusive », Rapport.

⁷ Gentilini Marc, 2011, « La santé sera mondiale ou ne sera pas », *Hors collection*, p. 13-14

⁸ Le programme des Nations Unies pour le Développement déclare ainsi que « la pauvreté n'est pas un phénomène unidimensionnel - un manque de revenus pouvant être résolu de façon sectorielle. Il s'agit d'un problème multidimensionnel qui nécessite des solutions multisectorielles intégrées ». Programme des Nations Unies pour le développement, 2013, « Rapport sur le développement humain 2013 », NY 10017, New York.

⁹ Djikine Babassa, 2008, « Mali : les mutuelles, leur gouvernance et le règlement de la mutualité sociale de l'UEMOA. Présentation de Djikine Babassa, Président Union Technique de la Mutualité », Mali, 2008.

¹⁰ BIT, 2002, « Micro-assurance santé. Guide d'introduction aux mutuelles de santé en Afrique. Genève, Bureau International du Travail, Programme Stratégies et Techniques contre l'Exclusion sociale et la Pauvreté (STEP). », Mutualité, assurance-maladie, Afrique francophone. 02.03.2 ISBN 92-2-212852-4, Genève, OIT.

¹¹ Awomo Ndongo Jean Colbert, 2015, « Emergence des mutuelles de santé au Cameroun », *Revue internationale de l'économie sociale : Recma*, 336, p. 23. Awomo Ndongo Jean Colbert, Mathieu Pierre-Alexandre, Nanfosso Roger Tsafack, 2014, « Mutuelles de santé et Etat de santé des populations au Cameroun : une enquête conduite dans la région du Centre pour estimer l'effet de l'adhésion à une mutuelle sur l'état de santé déclaré », *Journal de gestion et d'économie médicales*, Vol. 32(4), p. 263-279.

¹² Meyer Claude, Staehler-Pohl Kai, 2012, « Atelier national sur le rôle des mutuelles de santé dans la couverture sanitaire universelle au Cameroun », Kribi, république du Cameroun, Ministère de la santé publique, Direction de la Promotion de la santé.

¹³ « Formaliser » signifie soumettre au regard ou à

la régulation de l'État l'ensemble des activités productrices de biens et services qui lui échappent, en formalisant une économie, il s'agit donc de supprimer le « travail au noir ».

¹⁴ Ndiaye Awa Diouf, 2013, *Les femmes et le développement local au Sénégal : le rôle des associations féminines dans le bassin arachidier : l'exemple de Diourbel*, Ph.D. thesis, Université Michel de Montaigne - Bordeaux III.

¹⁵ BIT, 2009, « L'égalité entre hommes et femmes au cœur du travail décent », Rapport VI, Conférence internationale du Travail, 98^{ème} session, 2009, Genève, OIT.

¹⁶ Au Niger, selon le sociologue et économiste Hubert Balique, la situation de la mortalité maternelle (notamment en Afrique subsaharienne) constitue un des « immenses scandales » du XXI^{ème} siècle, il atteint 648 femmes pour 100 000 grossesses dans ce pays et dépasse 400 femmes pour 100 000 grossesses dans de nombreux pays de ce territoire. La couverture des risques liés à la maternité et à la santé infantile constitue une priorité.

¹⁷ Un effet anticyclique (ou contracyclique) est un processus qui vise à faire intervenir l'état pour réguler l'économie. Quand l'économie est en récession, l'état doit intervenir pour relancer la croissance, à l'inverse, quand l'économie se porte bien, il doit moins intervenir afin de ne pas provoquer d'inflation excessive. C'est la correction par l'état des effets négatifs de l'économie.

¹⁸ Mashali Behzad, 2012, « Analyse de la corrélation entre grande corruption perçue et petite corruption dans les pays en développement : étude de cas sur l'Iran », *Revue Internationale des Sciences Administratives*, 78(4), p. 827-840.

Lockwood Matthew, Gauchet Marcel, Pomian Krzysztof, 2011, « Livre-montage : L'Afrique malade de ses États », *Le Débat*, 137, p. 86-105.

¹⁹ Pamiès-Sumner Stéphanie, 2013, « Au-delà de la gratuité, la micro-assurance de santé. Une évaluation expérimentale de son impact au Cambodge », *Afrique contemporaine*, n° 243(3), p. 108-109.



Le portrait

Furet-Coste

Jean-François

Président d'UNEO
Général de corps aérien (2S)



Un mutualiste au service de la communauté militaire

Depuis le 1^{er} janvier 2017 et pour 3 ans, le Général Furet-Coste occupe la fonction de Président de la Mutuelle Unéo dans le prolongement d'une carrière militaire au service de la Nation.

Ingénieur diplômé en ingénierie aérospatiale, aéronautique et astronautique de l'Ecole de l'Air de Salon de Provence en 1982, le Général Furet-Coste a également suivi un cursus de formation à l'Ecole de Guerre et au centre des Hautes Etudes Militaires. Il est ancien auditeur de l'IHEDN (Institut des Hautes Etudes de Défense Nationale), il a suivi le cursus Finance et Gouvernance d'Entreprise de l'IAE de Paris et celui du Master 2 Protection sociale complémentaire (Paris 1 Panthéon-Sorbonne), dont il a obtenu le diplôme avec la mention Très Bien en mars dernier.

Au cours de ses 37 ans de service actif, il a alterné les affectations entre les unités opérationnelles, les postes de commandement dans les forces et les fonctions de direction générale au sein de l'administration centrale du ministère de la Défense.

Une riche carrière qui lui a permis notamment de commander la base aérienne de Creil et la zone de défense et de sécurité sud-ouest, et de mener d'importantes transformations au sein des forces armées, liées au développement des ressources humaines, au management d'équipes

pluridisciplinaires et à la conduite du changement, tout en promouvant les valeurs militaires et en s'impliquant dans le rayonnement des armées.

La préoccupation pour la condition des personnels, mais aussi les valeurs cardinales de solidarité et d'entraide constituent le fil de son double engagement militaire et mutualiste.

En intégrant la Mutuelle Unéo en qualité de 1^{er} vice-Président en janvier 2015, il s'imprègne rapidement de l'héritage d'Unéo : une mutuelle de construction récente, mais héritière d'une tradition ancienne – celle de la mutualité militaire – remontant au 19^{ème} siècle. Une mutualité qui porte en elle quelques spécificités liées, par exemple, à la relation étroite avec l'institution qu'elle sert : le ministère des Armées. Mais une mutualité militaire pleinement intégrée au grand mouvement mutualiste, ancré dans l'économie sociale et solidaire.

Dès sa prise de fonction, le président Furet-Coste s'attèle à des dossiers stratégiques pour la Mutuelle : il pilote notamment les discussions exclusives engagées dans le cadre de la démarche partenariale avec la Mutuelle Générale de la Police et la GMF, avec l'appui de Covéa, qui aboutiront à la naissance d'UNÉOPOLE, le pôle mutualiste de Protection sociale « Défense et Sécurité ».

Il s'assure alors que ce partenariat permette d'alimenter la raison d'être d'Unéo : protéger et servir la communauté militaire.

Pour acquérir les compétences fondamentales en matière de Protection sociale nécessaires à l'exercice de ses fonctions, il décide de suivre un Master 2 Protection sociale complémentaire proposé par l'université Paris 1 Panthéon-Sorbonne en partenariat avec la Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF), dont il est d'ailleurs devenu récemment Vice-Président. Il y aborde alors les fondamentaux de la directive européenne Solvabilité 2, les enjeux de la complémentaire santé et de la prévoyance, le rôle et le statut de l'administrateur mutualiste, le code de la mutualité, ou encore le rôle de l' élu dans la maîtrise des risques et la fiscalité des mutuelles de Livre II.

C'est dans le cadre de cette formation, dont il est sorti major de promotion, qu'il rédige un mémoire sur les « Principes mutualistes et la concentration des mutuelles ». Au-delà d'une vision théorique, il cherche à déterminer concrètement dans quelle mesure le mouvement de reconfiguration du secteur mutualiste affecte la pérennité des quatre principes mutualistes cardinaux : liberté, démocratie, solidarité et indépendance.

Le constat est clairement établi : l'environnement des mutuelles évolue rapidement. Il est marqué en particulier par un mouvement de concentration, dû à trois principaux facteurs : l'adaptation au marché concurrentiel et la recherche d'une taille critique, l'érosion de la part des contrats individuels liée à la généralisation de la complémentaire santé auprès des salariés du privé, la complexification des exigences réglementaires. De surcroît, l'attitude des adhérents, plus consuméristes, change, elle aussi : un contexte propice au délaissement des mutuelles au profit des sociétés d'assurance, qui segmentent bien davantage leurs populations et proposent des tarifications en

fonction du risque, en dépit du principe de solidarité.

Le Général Furet-Coste se penche également de façon énergique sur la professionnalisation de la gouvernance dans le contexte de Solvabilité 2, mais aussi de la technicité et de la complexité grandissante des activités des mutuelles.

Il affine ainsi sa vision du rôle politique des élus en Mutualité : prendre des décisions stratégiques en toute responsabilité et contrôler leur mise en œuvre par des opérationnels qui sont eux-mêmes experts sur tous ces sujets. Sa conviction est faite : formé, l' élu

mutualiste est en mesure de comprendre pleinement les contraintes du métier, de la réglementation et du marché. Il peut dès lors exercer pleinement son rôle : re-convoquer et adapter le projet porté par la Mutuelle et préserver ainsi les valeurs qu'il défend.

Pour le Général Furet-Coste, cette re-convocation du projet mutualiste passe par trois exigences : confronter les valeurs au réel, c'est-à-dire au marché et à ses contraintes ; expliciter, clarifier et mettre à jour le discours sur les valeurs porté par Unéo et la mutualité militaire ; enfin et surtout, mettre en cohérence les pratiques et les valeurs mutualistes. •



LA DÉFENSE DE VOTRE SANTÉ

1^{re}

mutuelle de la Défense¹

2^e

mutuelle de la Fonction publique²

7^e

mutuelle de France

près de **1,2**

millions de personnes protégées

près de **580**

millions d'euros de cotisations santé (nettes de taxes)

¹ En nombre de personnes protégées et en cotisations perçues.
² En nombre de personnes protégées.

Source : L'Argus de l'assurance. Top 30 de la mutualité 2015.



Parole d'expert

Pierre Simon



Pierre Simon - @pierresimon22

La télémédecine en Afrique

Il y a à travers le monde deux modèles organisationnels de la télémédecine.

Le premier modèle, surtout développé dans les pays d'influence anglosaxonne, correspond à « toute forme de pratique médicale à distance utilisant les Technologies de l'Information et de la Communication (TIC) pour transmettre en toute sécurité des données de santé à caractère personnel par le texte, le son, l'image ou d'autres moyens rendus nécessaires pour assurer la prévention, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients ». Il s'agit de la télémédecine informative dont l'élément structurant est le dossier patient informatisé (DPI) créé par des éditeurs de logiciels, avec toute l'organisation nécessaire à son bon usage par les professionnels de santé.

Le deuxième modèle, surtout développé dans les pays qui sont influencés par la médecine clinique développée en France aux XIX^{ème} et XX^{ème} siècles, correspond à « toute forme de pratique

médicale à distance utilisant les Technologies de l'Information et de la Communication (TIC) permettant de réaliser des actes médicaux mettant en rapport, entre eux ou avec un patient, un ou plusieurs professionnels de santé, parmi lesquels figure nécessairement un professionnel médical et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient. » Il s'agit de la télémédecine clinique dont l'élément structurant est le projet médical écrit par des professionnels de santé, lequel précise les nouvelles pratiques et organisations médicales qui répondent à un besoin d'amélioration de l'accès aux soins de patients isolés et/ou handicapés. Elle nécessite bien évidemment d'avoir recours au DPI, notamment dans les parcours de soin de patients atteints de maladies chroniques, afin de coordonner les rôles propres des autres professionnels de santé impliqués dans le parcours.

Si le modèle dominant dans le monde développé reste celui de la télémédecine informative porté par les industriels du numérique, il est intéressant de voir

émerger dans certains pays africains le modèle de la télémédecine clinique, porté par les professionnels de santé, parfois après l'échec du modèle de la télémédecine informative.

Il est aussi frappant de constater que dans la plupart des pays d'Afrique, le besoin de télémédecine s'est exprimé dès les années 90. Des pays comme la Suisse, avec le Réseau Africain Francophone de Télémédecine (RAFT), ou l'Inde, avec le « Pan African e-Network Project », ont répondu à ce besoin africain en développant surtout du e-learning en santé et, parfois, des solutions de télémédecine informative.

Un objectif commun partagé par beaucoup de pays africains (Afrique noire subsaharienne) est de parvenir à réduire la mortalité maternelle et infantile à la naissance. De grands espoirs sont mis dans le e-learning et les organisations de télémédecine pour y parvenir.

Exemple n°1 : le Bénin. Le projet de télémédecine du Bénin s'est inscrit dans le cadre d'un accord intergouvernemental ratifié en juin 2009. La demande est venue du gouvernement béninois qui a souhaité le soutien financier de la France (ministère de la coopération, maîtrise d'ouvrage déléguée au Centre National d'Etudes Spatiales ou CNES). La dotation française d'investissement en équipement numérique a été de 800 000 euros. Le marché des équipements a été remporté par une société française (Telemedecine Technologies), suite à un appel d'offres international.

L'objet du projet était de concevoir, déployer et gérer un réseau de télémédecine informative par satellite reliant le Centre National Hospitalo-Universitaire (CNHU) de Cotonou à 5 hôpitaux départementaux et 4 hôpitaux généraux de zone. La géographie et les infrastructures déjà existantes ne permettaient pas aux citoyens béninois d'avoir une égalité d'accès aux soins. La plateforme MEDSKY via satellite a été choisie pour échanger des données informatiques, dont des données de santé, entre les sites hospitaliers choisis.

Cette télémédecine informative a plusieurs objectifs :

- 1) Améliorer la qualité des diagnostics médicaux pour faciliter la prise en charge et le traitement des pathologies par des échanges de DPI, comportant des documents multimédia annexés (imagerie, radiologie, photos, etc.),
- 2) Obtenir une téléexpertise de deuxième avis médical de la part de médecins spécialistes exerçant dans un centre de référence situé dans un CHU du Bénin ou de France,
- 3) Partager entre professionnels de santé de l'expérience et des compétences.

d'imagerie médicale, l'usage de la vidéoconférence IP multipoint pour les téléconsultations et/ou téléexpertises, la fourniture d'une capacité satellitaire partagée avec un niveau de débit garanti pour les séances de téléconsultation/téléexpertise.

Cette première phase de déploiement technique et de formation des professionnels de santé s'est achevée à la fin 2013 sans qu'il y ait eu réellement l'appropriation de ces équipements numériques par les professionnels de santé, notamment dans les domaines de téléconsultations/téléexpertises. L'objectif fixé initialement par le gouvernement béninois n'était que partiellement atteint.

D'où la mise en place d'un nouveau plan stratégique de la télémédecine clinique en 2013 pour une période expérimentale allant jusqu'en 2017. Ce nouveau plan gouvernemental vise à améliorer la qualité des prestations médicales (téléconsultations, téléexpertises) ainsi que l'efficacité du système de santé, notamment en prévenant les évacuations sanitaires évitables.

Ce plan stratégique comporte 8 orientations principales et l'une des conditions pour sa mise en œuvre efficace est que l'accès à un réseau de communication numérique soit possible pour que les pratiques professionnelles de téléconsultations/téléexpertises soient de bonne qualité.

Le gouvernement béninois a mis sur ce programme de télémédecine, non seulement pour réduire l'inégalité d'accès aux soins de la population béninoise due en grande partie au manque de professionnels de santé médicaux, en particulier de médecins spécialistes dans le secteur public, mais aussi pour soulager le budget national du coût des évacuations sanitaires. Le gouvernement béninois voulait ainsi, en modernisant l'exercice de la médecine, séduire les médecins béninois formés en France pour qu'ils reviennent exercer dans leur pays d'origine à la fin de leurs études.

Pour une population de 11 millions d'habitants, le Bénin ne dispose que de 500 médecins dans le secteur public, dont 200 spécialistes, et d'un millier de médecins dans le secteur privé dont 250 spécialistes, soit une densité globale de 15 médecins pour 100 000 habitants, dont 5 spécialistes pour 100 000 (en France : près de 300 médecins/100 000 hab., dont 150 spécialistes pour



100 000). Outre ces déficits en professionnels de santé médicaux et en infrastructures sanitaires adéquates, le coût annuel des évacuations sanitaires s'élève au Bénin en 2012 à 610 millions d'euros et plus de 90 % de ces évacuations se font vers la France.

Le développement de la téléconsultation/téléexpertise spécialisée impliquant les quelques 500 médecins spécialistes béninois ne peut se réaliser que grâce à une formation et une organisation nouvelle des professionnels de santé, avec le prérequis d'un réseau numérique adapté. Il faudra attendre 2018 pour connaître le résultat de ce nouveau programme de télémédecine clinique, en particulier son impact sur les évacuations sanitaires.

Exemple N°2 : le Sénégal. Le Sénégal développe depuis quelques années une offre de télémédecine informative orientée en particulier sur la télé-imagerie entre les hôpitaux sénégalais.

La plateforme choisie (VEPRO utilisée dans le nord de la France) est particulièrement performante dans le système d'informations radiologiques (RIS), l'archivage (PACS) et le transfert d'images. Les données de santé ainsi créées sont expédiées vers un Cloud médical, afin que tous les professionnels de santé autorisés puissent consulter les images radiologiques et le dossier médical « unique » de chaque patient.

Pour la téléexpertise radiologique et d'autres spécialités, à visée diagnostique et/ou de deuxième avis, les médecins spécialistes experts sont consultés par e-mail ou SMS (téléexpertise asynchrone écrite). Les réponses fournies sont ensuite communiquées aux médecins demandeurs à travers le Cloud médical.

Le gouvernement béninois a mis sur ce programme de télémédecine pour soulager le budget national du coût des évacuations sanitaires.

Ce projet de télémédecine est accompagné d'un projet de téléformation des professionnels de santé béninois par visioconférence afin d'éviter les coûts de déplacement, notamment en France, prendre en compte les disponibilités dues à des formations extérieures, et enfin disposer de compétences identiques sur chaque site équipé.

Les principales applications mises en place entre 2010 et 2013 ont été l'élaboration d'un dossier médical de consultation partagé par l'intermédiaire d'un centre de régulation de la télémédecine, la gestion des données





Parole d'expert

Pour une population de 11,5 millions d'habitants, dont 25% sont à Dakar, le Sénégal dispose de 7 médecins pour 100 000 habitants, de 35 infirmières pour 100 000 (France : 984/100 000), d'1 sage-femme pour 400 000 habitants (France: 134 pour 400 000) et de 75 gynécologues-obstétriciens pour l'ensemble du pays, dont la moitié exerce dans les plus grands hôpitaux.

Pour une population de 11,5 millions d'habitants, dont 25% sont à Dakar, le Sénégal dispose de 7 médecins pour 100 000 habitants.

En mars 2015, Birama Apho Ly présentait les différents projets de télémédecine du Sénégal. Il soulignait que la télémédecine était de plus en plus utilisée dans les hôpitaux, dans les centres de santé de district et dans les programmes de santé. Après une revue large de la littérature, incluant les médias, l'auteur retrouvait 32 projets sénégalais publiés entre 1990 et 2013. L'AMREF (African Medical and Research Foundation) Flying Doctors, ONG africaine de santé publique, fut à l'origine de la moitié des projets sénégalais de télémédecine. Cette ONG, créée en 1957 par trois chirurgiens, a son siège à Nairobi. Elle compte aujourd'hui 800 salariés. Elle agit pour améliorer la santé en Afrique.

L'AMREF a développé d'abord un programme de télémédecine informative dans trois pays africains francophones (Sénégal, Mali, Guinée). Au Sénégal, cette ONG intervient auprès des populations les plus pauvres et marginalisées pour améliorer leur état de santé. Elle organise des formations en e-learning, notamment auprès des sages-femmes qui exercent dans les centres de santé, dans le but de réduire la mortalité maternelle et infantile à la naissance (programme « Stand Up for African For Mothers » lancé en 2011). L'AMREF estime



que c'est la formation continue des sages-femmes qui permettra de réduire la mortalité maternelle et infantile. Les zones d'intervention ciblées se situent au niveau des régions de Dakar, Thiès, Kaolack, Tambacounda, Saint-Louis, Ziguinchor, etc.

En 2000, l'accès aux TICs a été déclaré, dans la plupart des pays africains, comme une composante du 8^{ème} Objectif du Millénaire pour le Développement (OMD) visant en particulier la santé, avec la lutte contre la mortalité infantile et maternelle, la lutte contre le VIH/Sida et autres grandes épidémies. Le recours à la télémédecine et à l'e-learning fut considéré comme partie prenante de tout programme numérique. La télémédecine clinique avec la téléexpertise spécialisée fut aussi un objectif prioritaire, la plupart des médecins spécialistes étant dans les CHU. Elle devait permettre aux médecins isolés des centres de santé ruraux d'entrer en contact avec leurs collègues spécialistes afin de développer leurs connaissances et leurs savoir-faire.

L'AMREF a débuté ses programmes en 2004 au Kenya (21 hôpitaux), en Tanzanie (12 hôpitaux) et en Ouganda (8 hôpitaux). Elle les développe au Sénégal à partir de 2013 dans 4 hôpitaux (Linguère, Ourossogui, Kolda et Ziguinchor) avec la mise en place des pratiques suivantes : la téléconsultation, la téléexpertise, la téléradiographie et la télééchographie. C'est le Comité National Multisectoriel de Pilotage de la télésanté/télémédecine (CNMPT), créé en mars 2010 par le gouvernement sénégalais, qui a en charge le programme de télémédecine du Sénégal.

L'exemple N°3 : la Côte d'Ivoire. Comme les autres pays africains, la Côte d'Ivoire a exprimé son besoin

de télémédecine pour améliorer l'accès aux soins des citoyens ivoiriens dès le début des années 2000. C'est le RAFT de Genève qui fut le premier à apporter les premières solutions, notamment en développant la formation par e-learning. Puis en 2012, le réseau indien (Pan-African e-Network Project) a également proposé des formations (en anglais) au nouveau Centre National de Télémédecine.

C'est une ONG, Wake Up Africa, créée en juillet 2010 par le Dr Florent Diby Kouakou, cardiologue du CHU de Bouaké, qui impulse les premiers projets de télémédecine clinique, notamment la téléexpertise cardiologique de l'ECG (télé-ECG). Le premier réseau de soins cardiologiques, mis en place par cette ONG, offrait aux hôpitaux locaux et régionaux, ainsi qu'aux centres de santé ruraux ou urbains de la région de Bouaké, la possibilité d'avoir une interprétation rapide d'un ECG en cas de suspicion d'infarctus du myocarde ou devant tout événement médical justifiant cet examen. Chaque centre du réseau était doté d'un scanner qui permettait de numériser l'ECG et de l'adresser via une clé 3G au centre expert de WUA. Ce modèle réussi fut un exemple organisationnel repris en 2014 à plus grande échelle entre le CHU de Bouaké et une dizaine d'hôpitaux ivoiriens équipés par le RAFT et l'ANSUT (Agence Nationale des Services Universels de Télécommunication). Aujourd'hui, la téléexpertise cardiologique représente environ 400 lectures par mois effectuées par les cardiologues du service de cardiologie du CHU de Bouaké dirigé par le Pr Adoubi, avec la participation active de WUA et du RAFT pour la maintenance des équipements.

En 2012, à la fin de la période de guerre civile, le gouvernement ivoirien lance un plan national e-santé pour améliorer l'accès aux soins spécialisés grâce à la télémédecine informative, avec l'aide financière de l'ANSUT et du nouveau Centre National de Télémédecine dirigé par le Pr Ehua du CHU de Yopougon à Abidjan. Ce plan débutait par une phase pilote visant à mettre en relation des centres de santé de premier contact (Rubino et Cechi) avec un CHR (Agboville) et deux CHU d'Abidjan (Yopougon et Treichville) par un DPI unique. L'équipement choisi par l'ANSUT fut celui de HUAWAI. Il fut installé à la fin 2012 dans ces sites pilotes avec le logiciel DPI créé par la même société chinoise. Ce projet de télémédecine informative n'a en fait jamais été opérationnel, les professionnels de santé des centres de santé et des hôpitaux ne s'étant pas appropriés les



outils mis à leur disposition. La formation à la manipulation des outils n'a pas été suffisante pour les convaincre. Il manquait un projet médical organisationnel et un cadre juridique réglementaire. Le gouvernement ivoirien vient de tirer leçon des causes de cet échec et a pris la décision de relancer un plan de télémédecine clinique s'appuyant sur un projet médical national définissant les nouvelles pratiques (téléconsultations/téléexpertises) et organisations professionnelles. Le DPI sera également unique pour toutes les structures sanitaires de la Côte d'Ivoire.

Les autorités sanitaires ivoiriennes sont à la recherche de solutions organisationnelles qui permettront de réduire la mortalité maternelle et infantile à la naissance.

Les autorités sanitaires ivoiriennes sont à la recherche, comme tous les pays africains, de solutions organisationnelles qui permettront de réduire la mortalité maternelle et infantile à la naissance. Si la formation continue des sages-femmes qui exercent dans les centres de santé est nécessaire, comme le démontre le projet sénégalais porté par l'AMREF, il n'est pas suffisant. L'ONG WUA a lancé un projet de téléexpertise clinique ou de téléassistance médicale entre les sages-femmes des centres de santé/hôpitaux locaux et les médecins spécialistes du CHU de Bouaké (gynécologues-obstétriciens, cardiologues) visant à mieux gérer les deux complications majeures de la grossesse chez les femmes africaines : l'hémorragie chronique gravidique qui tue les mères à la naissance, et l'hypertension gravidique qui tue l'enfant au cours de la crise d'éclampsie du dernier trimestre. C'est en prévenant ces deux complications que le projet médical BLATTA N'GOUAN, écrit par les professionnels de santé du CHU de Bouaké et WUA en 2015, va se déployer dans le nord de la Côte d'Ivoire (région de Korhogo). Il vise à améliorer la mortalité materno-infantile à la naissance.

La densité médicale en Côte d'Ivoire est comparable à celle du Bénin ou du Sénégal : 14 médecins pour 100 000 habitants, dont 5 médecins spécialistes/100 000, soit une densité près de 20 fois inférieure à celle de la France. La plupart des spécialités médicales et chirurgicales sont dans les 4 CHU d'Abidjan (Cocody, Yopougon et Treichville) et de Bouaké. Toute la stratégie de la puissance publique ivoirienne consiste donc à créer un réseau numérique qui permette de mettre en contact les médecins généralistes qui exercent dans les centres de santé et les hôpitaux généraux avec les médecins spécialistes qui sont dans les CHU et certains dans les Centres Hospitaliers Régionaux. Pour y parvenir, la Côte d'Ivoire terminera fin 2017 - début 2018 une boucle de 7000 km de fibre optique, à laquelle s'ajoutera les réseaux mis en place par les deux opérateurs privés (MTN et Orange). Ce maillage numérique permettra le déploiement, à partir de 2017, du plan national de télémédecine sur l'ensemble du territoire ivoirien.

Conclusion. Ce survol de trois pays africains illustre le besoin de télémédecine, exprimé depuis une vingtaine d'années, par la plupart des pays africains pour améliorer l'accès aux soins des populations. La réduction de la mortalité maternelle et infantile à la naissance fait partie des priorités de tous les

gouvernements de l'Afrique subsaharienne. Leur expérience révèle les échecs d'une télémédecine uniquement informative qui reposerait sur le seul équipement en DPI des structures sanitaires et la mise en place de plateformes permettant les échanges de données de santé entre ces structures. Il faut en fait y ajouter une implication « proactive » des professionnels de santé, médicaux et non médicaux, à travers un projet médical qui décrive les pratiques nouvelles de la télémédecine clinique, comme la téléexpertise/téléconsultation, et les organisations professionnelles innovantes à mettre en place entre les différentes structures sanitaires concernées. L'objectif des gouvernants est d'offrir à ces populations touchées par un « désert médical abyssal », l'accès aux soins spécialisés de la médecine moderne. Il faut espérer que la pratique d'une médecine du XXI^{ème} siècle permette aux jeunes générations de médecins, formés de plus en plus sur place, de rester dans leur pays pour y exercer. Mais ce ne sera pas suffisant avant plusieurs décennies. •

Les cartographies* : www.canalmonde.fr



La tribune

Hector Strebby

Pour qui sonne le glas

Depuis plus d'une vingtaine d'années, il n'est pas de semaine sans que la classe politique tout autant que l'intelligentsia parisienne ne s'époumonent. Citant l'Allemagne comme modèle, à tout le moins comme référence. L'Allemagne et son dialogue social, l'Allemagne et sa « remontada » au sein du classement PISA, l'Allemagne et ses exportations, l'Allemagne et ses PME, l'Allemagne et sa méthode gouvernementale, l'Allemagne et son accueil des immigrés et surtout l'Allemagne et son taux de chômage...

Forts de ce constat basique, comment devant une telle fascination collective avons-nous pu procéder en 2008 à la réforme, celle qualifiée à l'époque de plus importante depuis la Seconde Guerre mondiale, du Service Public de l'Emploi de cette manière ? Comment avons-nous pu pratiquer avec autant de légèreté ? Incompétence, naïveté, bling bling social ? Comment avons-nous pu en pleine connaissance de cause, sur un sujet aussi essentiel, penser qu'un Etablissement Public Administratif pourrait, toute chose égale par ailleurs, générer par sa seule action le retour au plein emploi dès 2002 ? Comment avons-nous pu croire que le simple concept d'offre raisonnable d'emploi allait impacter, voire transformer à la fois le marché du travail et la mentalité du salarié « scotché », après plus de trente ans de dérives du traitement social du chômage, sur des mythes aux pieds d'argile comme le CDI ? Comment a-t-on pu se persuader qu'en fusionnant deux organismes aussi différents par leur histoire, leur gouvernance, leur culture on serait en capacité de révolutionner le monde de la formation professionnelle en formant prioritairement ceux qui en ont le plus besoin c'est-à-dire le demandeur d'emploi, que nous en avions terminé avec « la préférence pour le chômage » !

« Moi, j'ai dit bizarre ? Comme c'est bizarre... »

Comment avons-nous pu confondre à ce point, potentialité d'optimisation de moyens avec révolution copernicienne ?

« Je vous assure, cher cousin, que vous avez dit bizarre ».

Que n'a-t-on pas vu depuis désormais 10 ans ? En dépit de la réforme du Service Public de l'Emploi, les mêmes programmations se sont enchaînées et se sont donc ressemblées : contrats aidés, formations peu qualifiées pour des métiers peu rémunérateurs, flexibilisation homéopathique du marché du travail, allègements de charges à géométries variables. Et qu'importent les coûts de ces politiques puisque les médias – et donc les électeurs sont souvent - trop ? - peu attentifs à leurs résultats réels à moyen et long terme. Dès lors pourquoi remettre en cause le vieil axiome politique : « je dépense donc j'agis » ? Et parmi les 100 milliards d'euros annuels que coûtent les « politiques de l'emploi », combien de milliards perdus, par reconduction automatique de méthodes aveugles, par méconnaissance de ses compétences effectives, en somme par incapacité à se remettre profondément, structurellement, en cause !

La France abandonne-t-elle après quarante ans de pratique, c'est-à-dire après quarante ans de déni de réalité, le traitement social du chômage ?

Et combien de milliards sont encore engagés au service des Léviathan bureaucratiques que sont devenues des politiques de l'emploi supposées éteindre la

massification du chômage apparue au début des années 80 ? Les plans d'urgence ont continué à s'empiler... et à s'imposer à un pays qui compte désormais près de 7 millions de chômeurs. 6 705 000 millions avec l'outre-mer, de sinistrés recensés mensuellement par les rapports de l'accidentologie socio-économique de notre pays que sont devenus les « chiffres du chômage ». Et tant d'« effets collatéraux » non recensés. Suicides, dépressions, familles détruites...

Alors que l'Allemagne pour endiguer la montée du chômage à un moment⁹ où elle était au sein de l'Europe très très mal placée au regard de ses voisins, en proie à une croissance « molle », à une réunification dévoreuse et coûteuse, à une rigidité de son marché du travail a eu le courage tant politique⁴ que social de penser le chômage en termes économiques et non plus administratifs à travers les lois Hartz, la France s'arc-boutait plus que jamais sur le dogme informulé de traitement social du chômage... Le résultat laisse pantois !

La récente annonce - emblématique à nos yeux - de la suppression progressive des contrats aidés (450 000 pour 3,5 milliards/an limités pour 2018 à 200 000) que les deux derniers quinquennats ont largement utilisés pour camoufler autant que faire se peut leur incapacité à penser le chômage autrement qu'en termes qu'administratifs et sociaux soulève de facto la seule question qui vaille : la France abandonne-t-elle après quarante ans de pratique, c'est-à-dire après quarante ans de déni de réalité, le traitement social du chômage ?

Le serment de Koufra remplacerait-il ainsi les accords de Munich ? 24 ans après sa tonitruante déclaration, Philippe Séguin⁵ serait-il enfin entendu ?

Tout le porte à croire ! En refusant la facilité, c'est-à-dire de pérenniser une mesure administrée, déconnectée de tous principes économiques, coûteuse, bénéficiant dans les faits davantage au secteur public que privé, sans obligation systématique de formation diplômante pour les employeurs vis-à-vis des salariés, en refusant les artifices imposés par l'effroi des chiffres et donc des



urnes, c'est pour le moins adresser un signal fort en direction de la République sociale en se contraignant inéluctablement à repenser dans sa globalité la préoccupation première des français qu'est le chômage.

La volonté de réformer dans la même foulée le Code du travail, l'Assurance chômage et la Formation professionnelle s'inscrit de toute évidence dans cette volonté de rendre l'Emploi à l'Economie. À ce titre, ces trois réformes n'en font qu'une. Conséquence directe de l'idée même, largement partagée, que dans un monde ouvert c'est-à-dire mondialisé, les dysfonctionnements du marché du travail doivent prioritairement se combattre par la hausse des compétences, la mobilité à la fois géographique et professionnelle, etc... elles sont par nature indissociables.

Le plus facile vient d'être fait... En inaugurant une méthode inédite qui « laisse présager une nouvelle forme et durable d'élaboration de la norme sociale⁶ », tout en laissant à l'état la loi Larcher de janvier 2007, la première pierre de la refondation vient par ordonnance de modifier le code du travail... Donnant plus de facilité à l'employeur pour licencier en cas de baisse d'activité, rendant ainsi moins aléatoire cette opération tant en termes de coût (plafonnement des indemnités prud'homales) qu'en opportunité, le recrutement est espéré en amont plus aisé car moins pénalisant à long terme pour l'entrepreneur. Le pari est donc celui de la confiance, ce lubrifiant⁷ du système social donc des entreprises.

Mais après avoir libéré, il convient de protéger... Alors commencent les difficultés !

Deuxième étape, la réforme de l'Assurance chômage.

Créé en 1958 à un moment où le besoin ne s'en faisait guère sentir, le système paritaire mis en place a su montrer en plus d'un demi-siècle par sa capacité d'adaptation qu'il est un formidable amortisseur de crise sociale. À la fois vache sacrée puisque ligne Maginot fantasmagorique, pivot du traitement social du chômage et vache à lait puisque finançant tout aussi bien, indirectement la politique culturelle française, directement deux tiers du budget de fonctionnement de Pôle emploi, exclusivement réservé jusqu'ici aux salariés à une époque où l'émergence du travail indépendant est caractéristique de la période, l'Assurance chômage affiche désormais un déficit cumulé garanti par l'État à hauteur de plus de 35 milliards d'euros. Rendre éligible à ce système assurantiel les travailleurs indépendants au titre d'une égalité de traitement entre citoyens, c'est-à-dire assurer également ceux qui osent, qui prennent le plus de risque, accepter la démission du futur bénéficiaire comme fait générateur de l'indemnisation au nom de la fluidité des parcours professionnels, (à condition de produire à tout le moins un projet professionnel⁸ dont on ne sait toutefois qui sera juge de son opportunité !) c'est, au-delà des inéluctables effets d'aubaine, reconsidérer de facto le financement du système quand bien même la situation financière particulièrement dégradée de l'Unédic s'améliore⁹. En d'autres termes, avec une charge supplémentaire de 8 à 14 milliards¹⁰ la première année, 3 à 5 milliards¹¹ les années suivantes, il paraît inconcevable de maintenir en l'état à la fois les modalités de cotisations et les règles d'indemnisation... Les seules cotisations qui à ce jour n'équilibrent pas les dépenses suffiront encore moins demain et il semble exclu une augmentation d'une part des cotisations salariales au titre du sacro-saint pouvoir d'achat et d'autre part des employeurs au titre de la compétitivité des entreprises. Dès lors, le recours au financement public est inéluctable, ce qui modifiera la nature même du régime d'Assurance chômage, de paritaire en public. Après l'instauration de la CSG, de la suppression de l'universalité des allocations familiales... Bismarck décèdera une énième fois ! Côté indemnisation, le besoin de lier indemnisation et retour à l'emploi, l'exigence des finances publiques concourent à la réduction des indemnités au moins en durée¹² et délai de carence... Il est fort à parier que la durée maximale d'indemnisation de 36 mois ne survive à cette tectonique des plaques ! En effet, le poids financier de cette réforme est tel, semble à ce point démesuré que ses deux composantes pourraient se mettre en place

non pas « en même temps » mais en différé afin d'en mieux maîtriser le coût et de bénéficier d'une éventuelle reprise d'activité.

Et la taxation des contrats courts pérennisée, la mise en place d'une modulation des cotisations pénalisant les mauvais élèves que seraient certaines entreprises « abusant » de CDD (les cotisations entreprises pourraient aller de 2% pour les bons élèves à 10% pour les « cancre ») ne changeront en rien le problème de fond si ce n'est de brouiller le message sous-tendu par la loi travail, celui d'une économie désadministrée. À cet égard, l'État ne se prive pas d'utiliser, pire d'abuser de ce qu'il dénonce par ailleurs, puisque 40% des CDD se situent dans l'emploi public et 17% des emplois publics sont des CDD¹³ !!!

Cette réforme préfigure-t-elle pour autant un profond changement de la nature même de l'Assurance chômage impactant directement sa gouvernance ? Oui à en croire les déclarations présidentielles et gouvernementales. Oui à en croire toute la littérature produite sur ce sujet¹⁴. Autorisons-nous ici à rappeler quelques points.

Vouloir, comme certains le font, lier l'efficacité d'un système à ses résultats financiers, c'est en l'occurrence oublier la préférence de la France pour le chômage, c'est nier que le traitement social de ce phénomène est par nature coûteux... surtout sur une période de 40 années. Et personne ne peut sérieusement dire que la préférence pour le chômage n'a pas été mise en musique par tous les gouvernements successifs, sans exception, depuis le septennat de Valéry Giscard d'Estaing. Dit plus brutalement, le déficit de l'Assurance chômage, c'est le prix de la paix sociale instauré dans le contexte des Trente glorieuses finissantes.

Deuxième vérité et pas des moindres : bien qu'étant un régime paritaire, l'Assurance chômage n'est plus une structure autonome. Bien au contraire ! Les conventions d'Assurance chômage doivent recueillir l'agrément du ministère du travail et depuis les années 90, le recours à l'emprunt est garanti par l'État. Ceci n'étant pas une clause de style. Pour cela, les comptes de l'Unédic sont certifiés annuellement et l'État est déjà entré directement dans le jeu. C'était le 24 novembre 1982, Pierre Bérégovoy était ministre des Affaires sociales. Son décret justifié par l'impossibilité d'accord entre



La tribune

Le bilan de l'Éducation nationale est pitoyable :

20% de Français ne maîtrisent pas à 15 ans tous les fondamentaux requis et...



...les redoublants en classe primaire seront pour

90% d'entre eux des non diplômés.

les partenaires sociaux interdisait de fait l'éligibilité de 300 000 demandeurs d'emploi au régime d'Assurance chômage et générerait le concept de « nouveaux pauvres ». Ce fut le cas après l'échec des négociations pour une nouvelle convention des partenaires sociaux le 16 juin 2016. La ministre El Khomri, malgré le déficit, a prorogé en l'état ladite convention sans rechercher des éventuelles mesures d'économie ! Ainsi appeler de ses vœux un encadrement strict de l'Unédic par l'État revient purement et simplement à demander à l'État de jouer son rôle dont il possède depuis 1958 tous les moyens pour y parvenir. Ajoutons qu'à ce jour, le Directeur Général de l'Unédic est un haut fonctionnaire. Quant à la notion de « tripartisme équilibré¹⁵ » c'est une expression vide de toute signification. Partout où le tripartisme est le mode de gouvernance, c'est l'État qui en réalité a le dernier mot. La gestion de Pôle emploi ne fait qu'illustrer ce constat. Dans le cas présent, l'État financeur minoritaire est de fait le décideur, le maître d'œuvre de la politique suivie par l'opérateur.

Enfin mère de toutes les réformes, celle de la formation initiale et professionnelle apparaît d'une extrême importance. « Après le pain, l'éducation est le premier besoin du peuple¹⁶ » ! 135 ans d'école gratuite, laïque, obligatoire, le bilan de l'Éducation nationale, premier budget de l'État est pitoyable : 20% de Français ne maîtrisent pas à 15 ans tous les fondamentaux requis et les redoublants en classe primaire seront pour 90% d'entre eux des non diplômés. Deux tiers des étudiants considèrent que 100% de leur temps est passé à prendre des notes, c'est-à-dire que « l'apprentissage du travail collaboratif » est inexistant, malgré l'importance désormais des nouvelles technologies dans la « sphère travail » ! En d'autres termes, l'éducation ne prépare en rien notre jeunesse au passage d'un monde vertical à un monde horizontal ! Or la relation entre performance du système éducatif et le taux de croissance est désormais établie¹⁷, seule l'importance de ce lien varie selon les études. Ainsi, si la France se hissait au rang de l'Allemagne au sein du classement PISA, ce serait 11,5 milliards d'euros (bruts) en gains de PIB annuels sur la période 2015-2050, 0,12 point annuel d'ici 2050 et 0,37 entre 2050 et 2075 et si la France obtenait les résultats des Coréens du Sud qui se placent en tête, ce serait 0,28 point de croissance annuelle supplémentaire d'ici 2050, 0,37 et 0,83 entre 2050 et 2075¹⁸... Quant au cabinet Roland Berger, celui-ci dans un rapport élaboré¹⁹ pour le compte de la Fédération de la Formation

Professionnelle explique comment une hausse de 1% du taux de formation augmente de 0,33% le PIB...

En décidant de booster le budget de formation actuellement à hauteur de 35 milliards²⁰ de 15 milliards supplémentaires sur 5 ans, toutes choses égales par ailleurs, le gouvernement s'est assurément donné bonne conscience au risque de conforter une manufacture d'échecs. En réalité, avant toute réflexion sur un éventuel effort budgétaire, différentes modifications structurelles doivent être menées à bien avant de mesurer l'ampleur de l'indispensable Plan Marshall à déployer. En effet, là encore l'état des lieux est particulièrement étonnant !

Créé en 1971 par la loi Delors, le marché de la formation est devenu en quarante ans un marché très intermédiaire et atomisé par l'offre de 80 000 organismes dont 85% privés contre 15 000 en Grande-Bretagne et 10 000 en Allemagne. Ainsi, l'Allemagne avec environ 10 fois moins d'organismes, investit dans ce secteur trois fois ce que la France y consacre et le contenu des formations offertes est l'une des explications de cet écart spectaculaire : les organismes allemands dispensent des contenus à forte valeur qualifiante, en réponse tant aux financeurs de proximité (Länder) qu'aux acteurs économiques territoriaux, en particulier le fameux « Mittelstand », l'ensemble étant bien plus fortement intégré qu'en France. Intégration valant lisibilité, sanction et effets sociaux-économiques préalablement définis !!! Seuls 50% des formés inscrits à Pôle emploi trouvent un emploi...

Au-delà de l'aspect institutionnel, la France ne forme qu'un chômeur sur 10 alors que l'Allemagne en forme le double, 150 000 jeunes sortent du système éducatif sans formation et sans emploi, les fameux NEET... De toute évidence, on forme ceux qui en ont le moins besoin ! Quant à l'apprentissage dont l'Allemagne s'est faite un champion, la dernière décision du précédent quinquennat de transférer une partie de son budget vers les contrats aidés en dit plus long que tous discours sur l'entartrage des esprits... À ce jour, la France continue de former mal, cher et sans discernement !

Dès lors ce train de réformes effectué, il ne restera qu'à poursuivre en l'accélérant, le processus de décentralisation commencé en 1981. « Un pays qui ne se décentralise pas est un pays qui ne progresse pas²¹ ». Dans cet esprit, il conviendra de confier aux Régions ce

que la loi Nôtre leur a refusé, à savoir l'accompagnement des demandeurs d'emploi par le biais d'un dispositif de formation territoriale « stratégique », c'est-à-dire pleinement en leviers de leurs SRDEI²² et de les doter d'un budget à la hauteur des enjeux pour enfin commencer à combler le retard accumulé dans ce domaine par rapport aux leaders européens que sont la Grande-Bretagne et l'Allemagne.

C'est donc à une véritable transformation du couple diabolique emploi-chômage à laquelle nous devrions assister dans les mois et les années à venir. Ce qui ne manquera pas de transformer le modèle social français

Seuls **50%** des formés inscrits à Pôle emploi trouvent un emploi...

et par conséquence la République sociale telle qu'elle a été conçue à la Libération. Moins brutale que le projet de Denis Kessler qui sans état d'âme appelle à ignorer les apports structurels du Conseil National de la Résistance, mais tout aussi radicale... Adieu paritarisme, corps intermédiaires... Et le discours sur ceux qui réussissent et ceux qui ne sont rien²³ ne semble pas être pas un hymne à l'État Providence, loin s'en faut ! « I want France to be a start-up nation » ! Rien d'étonnant donc que l'État stratège dont la clairvoyance n'apparaît pas spontanément aux plus avisés des analystes, redistribue les cartes ! Mais sans pour autant redéfinir à la fois son propre périmètre d'intervention, son management humain c'est-à-dire le statut de la fonction publique. Comme si le nouveau monde s'arrête là où l'État sévissait... Espérons simplement que ce même État s'évertuera à déjuger en renouant enfin avec le succès, Charles Dunoyer lorsqu'au XIX^{ème} siècle, cet économiste libéral se persuadait que : « quand l'État veut faire le Bien, il le fait mal ; quand il fait le Mal, il le

fait bien ! » •

¹ Laurent Wauquiez, Secrétaire d'État à l'emploi. 18 juin 2008.

² Denis Olivennes. 1994. Le Débat.

³ Dans les années 2000.

⁴ Gerhard Schröder en a perdu la chancellerie.

⁵ 16 juin 1993. Munich social.

⁶ Tribune des Echos 05-09-2017. Bertrand Martinot.

⁷ Kenneth Arrow, Prix Nobel d'économie.

⁸ Intervention télévisée du Président de la République.

⁹ L'UNEDIC selon ses propres calculs devrait recouvrer son équilibre financier en 2020.

¹⁰ Les Echos du 3-10-2017.

¹¹ Idem.

¹² Un demandeur d'emploi perçoit en moyenne mensuelle nette 1 058€, moins de 968€ net pour 50% d'entre eux. Unédic 2015.

¹³ IFRAP. 19 octobre 2017.

¹⁴ Terra Nova. Thomas Audigé, Pierre Romain. Gouverner l'Assurance Chômage : entre étatisation et tripartisme de façade, quel chemin de réforme ? 18-10-2017/

¹⁵ Idem.

¹⁶ Danton.

¹⁷ Travaux de Hanushek/Woessmann. France Stratégie juin 2016.

¹⁸ Idem.

¹⁹ Octobre 2017.

²⁰ Identique en montant à celui du ministère des Armées.

²¹ Alain Rousset, Président de la Région Nouvelle Aquitaine.

²² Schéma Régional de Développement Economique, d'Innovation et d'Internationalisation.

²³ Président de la République. 15-06-2017. Salon Viva Tech Paris.



Le fait historique

Les Ordonnances de 1967 : cinquante ans après, une potion toxique voire létale pour la Sécu ?

1945, 1967, 1995 : l'histoire de la Sécurité Sociale actuelle qui va bientôt fêter ses 3/4 de siècle a été scandée par le recours (1945, 1967) ou la tentation du recours (1995) à des Ordonnances en vue de créer ou de faire évoluer, de manière autoritaire, le système de Protection sociale « à la française ».

Ainsi, au sortir de la Seconde Guerre mondiale, inspirée par le souffle puissant du vent atlantique venu de Philadelphie où avait été proclamée la première Déclaration internationale des droits à vocation universelle (la Déclaration universelle des droits de l'homme ne sera adoptée qu'en 1948), la France se dotait par l'ordonnance du 4 octobre 1945 d'un « Régime Général » largement mutualisé, dont la gestion confiée à des représentants élus des assurés consacrait le principe nouveau de « démocratie sociale », placée néanmoins sous le contrôle de l'État.

On notera à cet égard que dans « l'esprit de la Déclaration de Philadelphie » (cf. l'excellent ouvrage d'Alain Supiot, éditions du Seuil) l'urgence de la reconstruction de l'Europe, appuyée au plan économique et financier par le Plan Marshall, ne pouvait se réaliser sans mettre l'économie et la finance au service des principes de dignité humaine et de justice sociale.

22 années plus tard, en 1967, sous un gouvernement très affaibli conduit par Georges Pompidou, son ministre des Affaires sociales, Jean-Marcel Jeanneney, engageait une réforme administrative notable du Régime Général, au moyen de 4 ordonnances du 21 août 1967 ratifiées quasiment un an plus tard, compte tenu de l'opposition unanime des syndicats et de l'organisation de manifestations de masse bientôt relayées par les événements dits de mai 1968.

Deux justifications présidaient aux remaniements profonds qui allaient en résulter :

- la première d'ordre financier eu égard à la détérioration de la situation financière du régime ;
- la seconde d'ordre organisationnel en considération de la défiance des pouvoirs publics à l'égard des mécanismes de gouvernance initiaux jugés insuffisamment responsables.

Dès lors, une nouvelle architecture allait en découler, essentiellement basée sur la séparation des risques et l'affirmation d'une gestion paritaire sans élections qui mettait un terme définitif à « l'expérience de démocratie sociale » issue de la Libération.

Cinquante ans plus tard, force est de constater en effet qu'avec les Ordonnances de 1967 et l'officialisation de l'éclatement de la « caisse unique » en quatre branches distinctes (après création de l'ACOSS dans la loi de ratification) s'est opéré au fil du temps un changement de nature profond dans le sens d'une remise en cause rampante de la délégation de service public concédée à la Sécurité Sociale, en 1945 par ses fondateurs. S'amorçait alors la bascule progressive du système

semi-autonome des origines vers le système administré d'aujourd'hui, dans lequel la CNAM constitue la tête de pont et l'exemple le plus abouti - notamment depuis la loi du 10 août 2004 - de la reprise en main de sa gestion par l'État.

Ainsi, après une valse-hésitation permanente entre les modèles beveridgien et bismarckien (voir en ce sens l'excellente analyse de Gilles Nezos, Directeur de la formation continue à l'EN3S, du 29/02/2016), les emprunts d'inspiration beveridgienne apparaissent désormais déterminants sous deux angles :

- la fiscalisation du financement de l'Assurance Maladie (la CSG - promesse de surcroît à un bel avenir en « Macronie » - et aux taxes fiscales et para-fiscales, qui ont nettement pris le pas sur les cotisations depuis 2015 au point que les deniers publics proprement dits sont devenus prépondérants assurant de fait une légitimité supplémentaire à l'interventionnisme étatique) ;
- l'intégration financière ou complète en cours (RSI) et programmée à court terme (cf. rapport de la Cour des comptes 2016) des régimes de base au sein du RG.

Ce rapide retour sur quelques fondamentaux permet d'illustrer par l'histoire certaines des évolutions actuelles et il aurait été assurément salutaire que l'occasion du cinquantenaire des Ordonnances de 1967 soit saisie pour établir un bilan sincère des mesures autoritaires prises par voie d'ordonnances dans le domaine de la Sécurité Sociale.

En premier lieu, à l'évidence, on se serait souvenu pour le déplorer qu'elles ont échoué largement au regard du principal objet que leur avait assigné le législateur de l'époque, nimbé de beaucoup d'angélisme, à savoir « le rétablissement définitif de l'équilibre des comptes du Régime Général ». Rappelons hélas que l'exercice 2016, en dépit de certains artifices comptables soulignés par la Cour des comptes (dans son rapport

publié concomitamment à la manifestation d'auto-congratulation CNAMienne) s'est soldé par un déficit de plus de 5 milliards d'euros pour l'Assurance Maladie qui représente à lui seul plus de la moitié du déficit global annuel du Régime Général. Et cela pour prolonger la dérive financière permanente observée au cours de ce remarquable cinquantenaire qui aurait dû être endiguée par les Ordonnances, étant entendu que la « Dette Sociale » qui en appauvrissant les cotisants soumis au paiement reconductible de la CRDS abreuve généreusement les spéculateurs avisés.

« La Cour des comptes, elle-même, n'y voit pour sa part d'auditeur et de certificateur des comptes, qu'une source d'accroissement des difficultés de lisibilité pré-existantes des organisations.

Au-delà du volet strictement financier, il n'est pas davantage établi que les « Ordonnances de 1967 » aient été bénéfiques au plan structurel et au plan de la gouvernance du système et des organismes qui le composent.

Il serait, à ce stade superflu de revenir sur le fiasco du projet d'ordonnances de 1995 (associées au plan « Juppé ») qui a sombré face à la résistance populaire, sauf à souligner que l'essentiel de leur contenu a été discrètement distillé dans des lois ultérieures.

À y regarder de près, le cloisonnement structurel qui a externalisé dans une quatrième branche pilotée par l'ACOSS l'essentiel des préoccupations financières

courantes était-il pertinent ? N'a-t-il pas plutôt entraîné une infantilisation des gestionnaires des caisses dites dépendantes dans le sens où les organismes ont perdu toute obligation entrepreneuriale d'équilibrer leurs comptes au premier niveau à l'instar de nos voisins allemands ? Le pari et le parti du paritarisme pourtant affirmé par les Ordonnances de 1967 n'était-il pas voué à l'échec en raison de ce postulat de défiance qui reléguait les dirigeants des caisses de base au statut de payeurs aveugles tandis que l'État se réservait les grands équilibres au plan national, avec le succès que l'on sait, jusqu'à conduire les CPAM à un véritable démantèlement interne (une implosion ?) dans le cadre de la démarche « TRAM » (Travail en Réseau de l'Assurance Maladie) ? La Cour des comptes elle-même n'y voit pour sa part d'auditeur et de certificateur des comptes, qu'une source d'accroissement des difficultés de lisibilité pré-existantes des organisations.

En renonçant à une gestion bicéphale et à l'exercice primitif de la tutelle sur des caisses responsabilisées, l'État qui par ailleurs a en même temps renforcé son administration directe sans résultats probants sur les structures de soins collectives via des ARS, particulièrement coûteuses, ne s'est-il pas privé des leviers que procuraient les apports d'un tissu d'organismes de proximité proches des assurés dans le cadre d'une convergence qui aurait pu être fructueuse entre la base et le sommet, comme on l'observe également dans des systèmes étrangers moins dirigistes ? S'agissant des soins de ville, les résultats obtenus dans le cadre de la politique conventionnelle ne sont guère plus mirobolants, par exemple au regard de la hausse régulière du poste des honoraires médicaux, a fortiori si l'on y ajoute les versements au titre de la ROSP, malgré un contexte de réduction du nombre de médecins, de la croissance des dépassements d'honoraires, de la stagnation du tiers-payant dont la généralisation demeure virtuelle, du report de la fermeture du secteur 2, et tout ce qui concourt à la fracture sanitaire, et tant d'autres illustrations qui pourraient expliquer, malgré une pause relative récente, l'augmentation du reste à charge des assurés.

Dans ce contexte peu flatteur, le tout-État qui règne en maître sur l'ensemble de la Protection sociale en appliquant des recettes de plus en plus draconiennes au constat des médiocres résultats qui en sont le fruit et en dépit des « usines à gaz » dont il s'est doté (LFSS,

ONDAM) a tout simplement oublié de faire sa propre autocritique, au point de solliciter et de convoiter sans vergogne ceux qui à la périphérie (les organismes mutualistes arc-boutés sur une gestion démocratique) ont su conserver des marges financières respectables et perfectibles et, partant, terriblement enviables...

Par contre, au plan idéologique, on ne peut que regretter que l'État déserte son rôle naturel d'arbitre, de régulateur et de défenseur d'un système qui a contribué à « socialiser » les rapports entre les individus ou les groupes d'individus : employeurs/salariés, médecins/patients, jeunes/moins jeunes ou carrément âgés, actifs/inactifs, riches/pauvres, puisqu'il ne peut y avoir de Sécurité sociale sans « solidarité » ni « redistribution » verticale des plus vertigineusement fortunés (soit 1 ou 2% de la population) au profit des plus fragiles : évoquer l'État-Providence apparaît désormais totalement incongru et démodé quand l'ultra-libéralisme incline même à mettre à l'index et à contribution la tranche la plus âgée de la « middle class ».

Et finalement, puisque les pouvoirs publics semblent se diriger - plutôt que de changer radicalement de paradigme et de rechercher la « mue » préconisée par certains (Martin Hirsch notamment) - vers un énième plan d'économies drastiques qui portera sûrement le nom de la nouvelle Ministre en charge de la Sécu, n'aurait-il pas été plus opportun, comme le revendique le CRAPS avec insistance, de lancer une vaste réflexion peut-être sous forme d'états généraux, sur le devenir de la Protection sociale ?

Dans cette attente d'une médication topique appropriée à notre système de soins, il reste patent pour tous les observateurs avertis que l'abus de prescription par ordonnances, que ce soit du fait de l'État ou des médecins, peut être gravement nuisible à la santé de l'Assurance maladie, notamment... •

Dominique Hénon

Ancien Directeur Financier de la CPAM de Paris

« Les ordonnances ont échoué largement au regard du principal objet que leur avait assigné le législateur de l'époque, nimbé de beaucoup d'angélisme, à savoir « le rétablissement définitif de l'équilibre des comptes du Régime Général ».



Le fait historique

QUELQUES DATES CLÉS DE LA CNAMTS

1967

Création des trois caisses nationales de Sécurité sociale et d'une agence centrale :

- Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts)
- Caisse nationale de l'assurance vieillesse des travailleurs salariés (Cnavts)
- Caisse nationale des allocations familiales (Cnaf)
- Agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acos) assurant la gestion commune des

1996

Plan de réforme de la Sécurité sociale :

- Objectif de création d'un « Régime universel d'Assurance Maladie » permettant l'ouverture automatique du droit à la Sécurité sociale à toute personne âgée de plus de 18 ans résidant régulièrement sur le territoire français.
- Modifications dans la gestion des caisses d'Assurance Maladie avec, notamment, le retour du paritarisme au sein des conseils d'administration.
- Maîtrise des dépenses de soins.
- Réforme de l'hospitalisation publique et privée.
- Création de la Contribution au Remboursement de la Dette Sociale (CRDS) applicable aux revenus d'activité, de remplacement, du patrimoine, de placement, ainsi qu'à d'autres revenus tels que les jeux de hasard, les paris hippiques et les casinos.

2000

- Création de la Couverture Maladie Universelle (CMU).
- Diffusion de la carte vitale personnelle pour les ayants droit âgés de 16 ans et plus.

2004

Réforme de l'Assurance Maladie. La situation financière particulièrement préoccupante de l'Assurance Maladie amène le Gouvernement à proposer une réforme structurelle de l'Assurance Maladie. La loi du 13 août 2004 relative à l'Assurance Maladie redéfinit l'organisation de l'offre de soins, de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé, et des instances dirigeantes de la Cnamts.

2017

50^{ème} anniversaire de la Cnamts



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



Partenaires



Contact

Fabien Brisard
Délégué Général du CRAPS
54, rue René Boulanger, 75010 Paris
01 73 75 41 09 / 06 37 55 89 59
f.brisard@association-craps.fr





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