

Forum mondial de la sécurité sociale

31^e Assemblée générale de l'AISS

Doha, 10-15 novembre 2013

Les mutuelles, un outil pour le développement de la protection sociale dans le monde, en particulier dans le secteur de la santé

Comité directeur de la Commission technique de la mutualité
Association internationale de la sécurité sociale
Genève



L'Association internationale de la sécurité sociale (AISS) est l'organisation internationale mondiale principale qui rassemble les administrations et les caisses nationales de sécurité sociale. L'AISS fournit des informations, des plates-formes de recherche, de l'expertise pour ses membres afin de construire et de promouvoir des systèmes et des politiques de sécurité sociale dynamique à travers le monde.

Les dénominations employées ici, qui sont en conformité avec la pratique des Nations Unies, n'impliquent en aucun cas l'expression d'une quelconque opinion de la part de l'AISS quant au statut juridique de tel ou tel pays, région ou territoire ou de leurs autorités, ou la délimitation des frontières de ces pays, régions ou territoires.

Les opinions et les points de vue exprimés ne reflètent pas nécessairement ceux de l'AISS.

Les mutuelles, un outil pour le développement de la protection sociale dans le monde, en particulier dans le secteur de la santé

Comité directeur de la Commission technique de la mutualité
Association internationale de la sécurité sociale
Genève

1. Introduction

Rédigé par la Commission technique de la Mutualité de l'Association internationale de la sécurité sociale (AISS), ce rapport a pour objet d'étudier comment et sous quelles conditions le modèle mutualiste peut constituer un vecteur d'extension de la protection sociale, notamment en ce qui concerne le secteur de la santé.

Quatre-vingts pour cent de la population mondiale ne bénéficie d'aucun système de protection sociale. Quant aux 20 pour cent restants, la crise actuelle et les coupes budgétaires qu'elle a engendrées en Europe, montrent que les systèmes de protection sociale peuvent être remis en cause, même dans des pays où l'on pouvait les considérer "acquis".

Face à ces constats, les organisations internationales se mobilisent pour protéger les populations contre les risques sociaux. L'Association internationale de la sécurité sociale a notamment signé, en mars 2012, un accord (mémorandum) avec l'Organisation internationale du Travail (OIT), destiné à renforcer leur collaboration pour appuyer l'extension et la promotion de la sécurité sociale¹.

Par ailleurs, le rapport "Bachelet"², publié à l'automne 2011 par l'OIT, sous l'égide des Nations Unies, puis la Recommandation no 202³ de l'OIT sur les socles nationaux de protection sociale ont marqué un **tournant politique** important, en soulignant un point crucial: **la protection sociale n'est pas un luxe**. Elle n'est pas uniquement un coût pour la société, une variable d'ajustement que l'on peut réduire en cas de crise. Au contraire, les investissements pour assurer un accès minimum aux services essentiels (eau, nourriture) et une sécurité de revenu minimal sont analysés comme des facteurs de développement et des amortisseurs de crise.

La problématique de l'extension de la protection sociale est double: il s'agit **d'augmenter la part des personnes couvertes dans les pays où elle est faible**, mais également de **la maintenir à**

¹ http://www.ilo.org/global/about-the-ilo/newsroom/news/WCMS_176113/lang--fr/index.htm.

² *Socle de protection sociale pour une mondialisation juste et inclusive*, Rapport du groupe consultatif présidé par Michelle Bachelet, mis en place par le Bureau international du Travail (BIT) avec la collaboration de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), Genève, 2011, ISBN 978-92-2-225337-1 (imprimé), ISBN 978-92-2-225338-8 (Web pdf) www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/.../@publ/.../wcms_176520.pdf.

³ Recommandation no 202 concernant les socles nationaux de protection sociale: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_norm/---relconf/documents/meetingdocument/wcms_183327.pdf.

un niveau élevé dans les pays où elle se trouve remise en cause. La mutualité répond parfaitement à ce double enjeu, par un jeu d'articulation avec le niveau de couverture sociale existant.

La première partie analysera le contexte de ce rapport. En effet, **la nécessité de bâtir des socles nationaux de protection sociale pour tous** n'était pas une évidence il y a encore une dizaine d'années de cela. Depuis les années 2000, les organisations internationales se sont petit à petit emparées du sujet, jusqu'à aboutir à la Recommandation no 202 de l'OIT.

La deuxième partie du rapport recense les difficultés qui se posent pour étendre la protection sociale et les réponses que peuvent apporter les mutuelles.

Comment les mutuelles participent-elles à l'extension de la protection sociale?

- a. **Dans les pays où la protection sociale n'existe pas, les populations "s'auto-assurent" en répartissant le risque entre elles.** Bien souvent les mutuelles, qui sont une forme d'auto-assurance, ont été les prémisses des systèmes publics de protection sociale. Elles ont joué ce rôle en Europe dès le XVIII^e siècle avec les sociétés de secours mutuel et elles continuent dans les pays en développement tels qu'au Burkina Faso ou au Mali. **Dans les premières étapes de la constitution d'un système de protection sociale,** l'Etat couvre les populations formelles (fonctionnaires, employés des grandes entreprises...), mais sa couverture ne peut pas être immédiatement "universelle". L'Etat doit trouver les moyens de couvrir les travailleurs indépendants (travailleurs informels, professions libérales, agriculteurs...) et d'organiser la collecte de leurs cotisations ou de leurs contributions fiscales. Dans cette étape intermédiaire, qui peut prendre plusieurs décennies, les mutuelles offrent une couverture aux populations du secteur informel (qui peut représenter 70 pour cent de la population, par exemple au Bénin).
- b. **Enfin, dans les pays où existe un système de protection sociale, la problématique du maintien des prestations face à de nouvelles difficultés apparaît:** vieillissement de la population, multiplication des maladies chroniques, crise économique et financière... Les mutuelles répondent à ces problèmes en s'adaptant aux nouveaux besoins, en améliorant le niveau de couverture et en acceptant les charges nouvelles que l'Etat leur transfère. Les mutuelles participent à l'amélioration de la couverture santé: en augmentant le niveau de remboursement des soins, en proposant des services de soins à des tarifs compétitifs (cliniques mutualistes), en fournissant des services innovants (plateformes d'information au patient, etc.), en créant du lien social (forums, élections des représentants...).

Les mutuelles apportent donc des réponses aux défis des systèmes de protection sociale, quelque soit leur niveau de développement. Elles y répondent d'autant mieux que **les valeurs** qui fondent le mutualisme se retrouvent dans les principes fondateurs de la protection sociale universelle: les mutuelles agissent selon le principe de solidarité, pour bâtir à terme une protection pour tous, sans exclure les personnes ni en fonction des risques que celles-ci représentent, ni en fonction de leurs revenus. En ce sens, les mutuelles agissent toujours en articulation avec l'action publique, tout en respectant ses principes d'universalité et de solidarité. En ce sens, les mutuelles ne sont pas cantonnées au secteur caritatif, ni aux personnes vulnérables. Les mutuelles fonctionnent grâce aux principes de solidarité et de responsabilités réciproques.

Toutefois, **l'existence des mutuelles est aujourd'hui mise en danger par la "banalisation" de leur modèle.** Elles doivent continuer de prouver la pertinence de leur modèle afin de pouvoir revendiquer le droit à sa reconnaissance.

2. Définitions

Qu'entend-on par "protection sociale"? Qu'est-ce qu'une "mutuelle"? Les termes de protection sociale, de mutuelle, de micro assurance sont parfois utilisés de manière imprécise; un effort de définition s'impose.

2.1. Qu'entend-on par protection sociale?

Le présent rapport s'attache à une définition large de la protection sociale (ou "sécurité sociale"), telle que la définit notamment l'Organisation internationale du travail⁴: "toutes les mesures, financières ou en nature", qui participent à assurer au citoyen "une sécurité du revenu" et "un accès aux soins de santé"⁵.

Mireille Elbaum, universitaire spécialiste de la protection sociale, précise la définition de l'OIT: "La protection sociale recouvre tous les **mécanismes institutionnels, public ou privés**, prenant la forme d'un système de prévoyance collective et/ou mettant en œuvre un principe de **solidarité sociale**, qui couvrent les charges résultant pour les individus ou les ménages de l'existence de **risques⁶ sociaux identifiés** (santé, vieillesse, chômage, pauvreté...)."

Son rôle est donc d'assurer le versement de prestations aux personnes soumises à des risques, **sans qu'il y ait de contrepartie équivalente et simultanée versée par les bénéficiaires.**

Un des rôles centraux de l'Etat, depuis la seconde guerre mondiale, est d'assurer cette protection à ses citoyens. L'Etat, comme le souligne l'AISS⁷, assure une sécurité à ses citoyens, par le biais de sa législation ou de mesures incitatives, contre les risques liés à la vieillesse, l'invalidité, le chômage ou les enfants à charge.

Si l'Etat est le garant de la sécurité sociale, par exemple via une affiliation large et obligatoire, il n'en demeure pas moins que **d'autres systèmes, privés ou publics, contribuent à la mise en œuvre de la protection sociale.** Cela est d'autant plus vrai pour les mutuelles, qui partagent les valeurs de solidarité, d'universalité et de non-discrimination propres au système obligatoire.

2.2. Qu'est-ce qu'une mutuelle?

Le Parlement européen, dans son rapport "Le rôle des sociétés mutuelles au XXI^e siècle"⁸ propose la définition suivante "Les sociétés mutuelles sont des **groupes volontaires de personnes** qui se proposent avant tout de **répondre aux besoins de leurs membres plutôt qu'obtenir un retour sur investissement.** Elles fonctionnent selon le principe de la solidarité

⁴ *World on Social Security Report 2010-2011* "Providing coverage in times of crisis and beyond", ILO, 2011, p.14.

⁵ Voir également "ILO Income Security Recommendation 1944 (no 67)" et "The Medical Care Recommendation, 1944" (no 69).

⁶ Caicedo, K. et Yanat-Irfane. (2011). Cités dans *Economie politique de la protection sociale*, Mireille Elbaum, édition des Presses Universitaires de France, 2011, p.6.

⁷ <http://www.issa.int/fre/Topics/About-social-security>.

⁸ *Le rôle des sociétés mutuelles au XXI^e siècle*, Direction générale des politiques internes, Commission Emploi et Affaires sociales, Parlement européen, IP/A/EMPL/ST/2010-004, PE 464.434, juillet 2011, page 9 des versions françaises et anglaises.

Ce rapport est téléchargeable sur le site du Parlement européen:
www.europarl.europa.eu/document/activities/cont/201108/20110829ATT25422/20110829ATT.

entre membres, lesquels participent à la gestion de la société. Avec les coopératives, les fondations et les associations, les mutuelles sont l'une des composantes principales de **l'économie sociale.**"

Les mutuelles actuelles, qui agissent dans le domaine de la santé et de l'assurance, sont les héritières des "sociétés de secours mutuel", apparues dès le Moyen Age en Europe. Ce sont des sociétés formées de personnes désirant se réunir pour se prémunir d'un risque. Ce qui les différencie fondamentalement des sociétés d'assurances commerciales est qu'elles sont à but non lucratif, et qu'elles reposent sur des principes de solidarité et de démocratie. En outre, elles répartissent le risque entre les membres, tandis qu'une assurance commerciale accepte de prendre une partie du risque de son client contre une prime.

Les mutuelles peuvent agir dans des secteurs très divers: prévoyance décès, assurance santé, assurance risques divers, action sociale, etc. Le présent rapport examinera essentiellement le rôle des mutuelles de santé.

Focus sur les mutuelles en Europe:

La Commission européenne a publié en novembre 2012 une "Etude sur la situation des mutuelles et leurs perspectives"⁹. Il s'agit de l'étude la plus complète à ce jour sur le secteur mutualiste dans les pays 27 de l'Union européenne.

- selon ce rapport, les mutuelles fournissent des services sanitaires et sociaux pour environ **230 millions de citoyens européens;**
- elles agissent dans le domaine de l'assurance, des soins de santé, des services sociaux ou dans la fourniture de prêts.

Les mutuelles respectent, généralement¹⁰, les principes suivants¹¹:

- **Ce sont des sociétés de personnes.** Les mutuelles sont composées d'un groupe de personnes (physiques ou morales), appelés "membres" ou "adhérents". Ce ne sont pas non plus des rassemblements de fonds (comme dans le cas des corporations). Elles ne sont pas cotées en bourse (il n'y a pas d'action ni d'actionnaire dans une mutuelle¹²).
- **Principe de solidarité:**
 - **Elles sont à but non lucratif:** leur objectif n'est pas de dégager un excédent, mais de servir les intérêts de leurs membres.
 - **Elles ne discriminent ni ne fixent leurs tarifs** en fonction du sexe ou de l'état de santé du membre¹³. La mutualisation des risques se fait sur la base de la solidarité: conjointe et le financement entre "bons" et "mauvais" risques.

⁹ *Etude sur la situation des mutuelles et leurs perspectives*, Rapport final, Rapport commandé par la Commission européenne et publié en novembre 2012, p. 9.
http://ec.europa.eu/enterprise/policies/sme/files/mutuals/prospects_mutuals_fin_en.pdf

¹⁰ Les mutuelles étant le fruit des évolutions nationales propres à chaque pays, leurs caractéristiques peuvent varier sensiblement d'un pays à un autre. Cette diversité est mise en lumière, par exemple, par le rapport du Parlement européen de 2011 et dans l'étude de la Commission européenne de 2012.

¹¹ Ces principes sont affirmés par les mutuelles et par leur représentation internationale, l'Association internationale de la mutualité (AIM), qui représente les mutuelles de santé au niveau international (48 membres dans 27 pays). Le rapport du Parlement européen les analyse également p.19 de la version française.

¹² Le rapport de la CE précise les 40 formes mutualistes recensées en Europe: si des investisseurs extérieurs peuvent exister dans certains cas, ceux-ci ne possèdent aucun droit sur la gouvernance de la mutuelle. Ce sont les membres et/ ou leurs représentants élus qui dirigent exclusivement la mutuelle.

¹³ Elbaum, M. 2011. p. 6

- **Leur affiliation ou désaffiliation est gratuite.** En général, elle est volontaire.
- **Principe de démocratie:**
 - Elles sont représentatives: chaque membre dispose d'un **droit de vote**. Leurs dirigeants sont élus.
 - Elles **responsabilisent** leurs adhérents en leur permettant de participer à la **gouvernance** de leur mutuelle.
 - Les membres de la mutuelle sont à la fois "assurés et assureurs".

L'étude de la Commission européenne¹⁴, "Etude sur la situation des mutuelles et leurs perspectives", confirme ces critères. Au niveau des 27 pays de l'Union européenne, elle recense 40 formes mutualistes¹⁵. Malgré cette diversité de formes juridiques et légales, **la Commission européenne conclut que 95 pour cent des mutuelles identifiées répondent à cinq critères de définition:**

- ce sont des entités privées;
- ce sont des sociétés de personnes;
- elles ont un fonctionnement démocratique;
- elles sont basées sur la solidarité; et
- la non-lucrativité.

Ainsi, les principes mutualistes, qui trouvent leur origine dans le mouvement ouvrier du XIXe siècle et qui valorisent la solidarité et l'accès pour tous aux soins de santé, sont très proches des principes qui ont fondé les systèmes publics de sécurité sociale.

Les systèmes de sécurité sociale actuels ont été influencés par deux modèles historiques

Principes de Beveridge de sécurité sociale universelle (Grande Bretagne, 1942):

- Base de sa population: universelle
- Organisation de la couverture: un système national unique, public. Uniformité des prestations
- Financement par l'impôt

Principes Bismarckiens des assurances sociales obligatoires (où l'Etat prend la responsabilité d'institutionnaliser la protection sociale, assurée auparavant par de nombreuses "caisses de secours mutuel"), 1883:

- Base de sa population: professionnelle (solidarité fondée sur le travail)
- Organisation de sa couverture: des régimes d'assurance obligatoire
- Financement par les cotisations sociales

Ces "modèles" ont bien sûr évolué et la plupart des pays ont adopté des systèmes "mixtes".

2.3. Mutuelle et micro-assurance, est-ce exactement la même chose?

La mutuelle est une forme de gouvernance qui répond aux critères énoncés ci-dessus. Son champ d'activité est plus large que celui de la micro assurance. Les mutuelles interviennent en

¹⁴ http://ec.europa.eu/enterprise/policies/sme/files/mutuals/prospects_mutuals_fin_en.pdf.

¹⁵ La plupart des pays de l'Union européenne connaît des formes mutualistes. Toutefois, notamment dans les pays d'Europe de l'Est, les mutuelles n'existent pas et les outils juridiques pour les créer sont inexistantes.

effet dans le secteur de l'assurance, mais également dans la gestion de centres de soins (Grande Bretagne) dans l'action sociale (aide à domicile, aménagement de l'habitat de personnes handicapées, etc.) et même le tourisme (en Argentine, par exemple).

Lorsque la mutuelle qui agit dans le secteur de l'assurance est de petite taille et qu'elle couvre des populations démunies, notamment dans les pays en développement, elle fait de la micro-assurance. Mais une mutuelle de taille importante n'est pas considérée comme une institution de micro-assurance¹⁶.

Une micro-assurance, de son côté, peut-être de forme mutualiste, mais elle peut également être commerciale. Elle est "l'adaptation de services d'assurance à des **populations non desservies par l'assurance classique**. En d'autres termes, la micro-assurance s'adresse aux populations à faible revenu du secteur formel ou informel, qu'elles soient issues du milieu rural, urbain ou périurbain¹⁷".

La micro-assurance est donc un instrument financier pour assurer des populations d'habitude privées d'assurance, et **elle peut être mise en place par des acteurs divers, dont les mutuelles**. D'autres acteurs, comme les organisations non gouvernementales (ONG), peuvent mettre en place des systèmes de micro-assurance subventionnés par des appuis extérieurs, ou les assureurs commerciaux peuvent organiser de la micro-assurance tout en s'assurant des bénéficiaires.

Comme le souligne une étude de Desjardins¹⁸ "En Afrique, la micro-assurance est accessible à travers différentes formes: les structures coopératives, les mutuelles de santé communautaires, les organisations non gouvernementales, les institutions de micro-finance (IMF), les assureurs commerciaux réglementés et les mécanismes informels tels que les tontines, les sociétés funéraires et autres groupes d'entraide".

Elle a pour objectif d'aider les populations à faible revenu à mieux gérer les risques de la vie auxquels elles peuvent faire face. Ainsi, les mutuelles qui assurent des populations démunies, non touchées par l'assurance classique, font de la micro-assurance. Elles le font sous une forme mutualiste, c'est-à-dire ce sont des sociétés de personnes de droit privé, qui respectent les principes de gouvernance démocratique, de non-lucrativité et de solidarité.

Focus: Un faible taux de pénétration en Afrique

La couverture des assurances reste préoccupante en Afrique: depuis les années 1990, malgré de nombreuses initiatives, le taux de pénétration de la micro-assurance est encore faible sur le continent. Le BIT, dans son étude "Etat des lieux de la microassurance en Afrique¹⁹", portant sur 32 pays, estime qu'en 2008, seule 2,6 pour cent de la population cible était couverte (14,7 millions de personnes), en majeure partie par des produits d'assurance vie.

¹⁶ A titre d'exemples, Harmonie Mutuelle, née en décembre 2012 de la fusion de cinq mutuelles françaises, couvre 4,5 millions de personnes à la date de février 2013. <https://www.harmonie-mutuelle.fr/web/harmonie-mutuelle>.

¹⁷ Définition développée par le "Portail de la Micro-finance" www.lamicrofinance.org/section/faq.

¹⁸ *Etude sur la microassurance dans la zone CIMA, Etat des lieux et recommandations*, dossier 4410-36-34 (0053), juin 2011, publié par Développement international Desjardins (DID), page 1. www.did.qc.ca.

¹⁹ Matul, M.; McCord, M.J.; Phily C.; et Harms J. Michael J. 2009. *Etats des lieux de la microassurance en Afrique*, Briefing note no 1, BIT.

3. Bâtir des “socles de protection sociale” pour tous, une nécessité

Depuis le rapport Bachelet et la Recommandation no 202 sur les socles de protection sociale, la perception de la protection sociale a largement évolué. Un consensus se dégage sur l'idée que la protection sociale est un droit pour tous, et qu'elle est un élément essentiel des stratégies nationales de développement. Le troisième chapitre du rapport décrit les différentes initiatives internationales qui ont mené à l'adoption de ce consensus international.

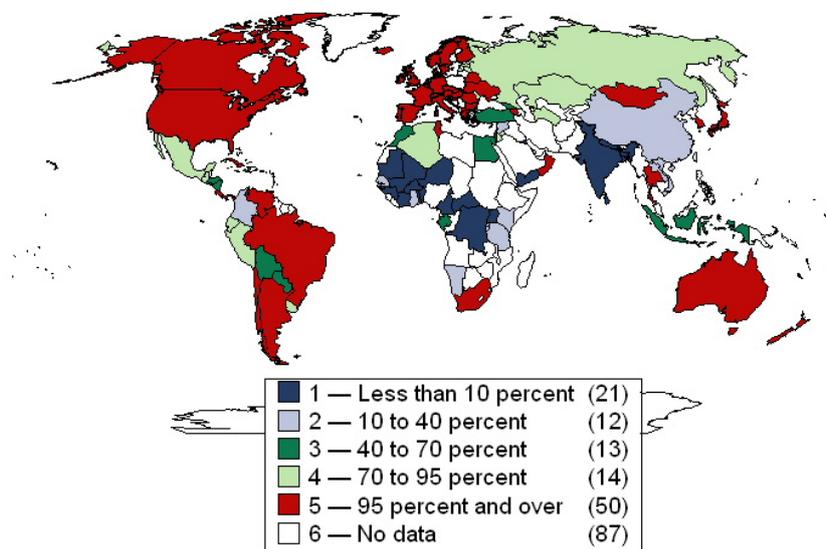
3.1. Quatre-vingts pour cent de la population mondiale n'est pas couverte

L'existence de systèmes de sécurité sociale institutionnalisés et généreux dans quelques pays ne doit pas cacher que la plupart des habitants du monde ne bénéficient d'aucune protection.

La protection sociale est encore réservée à une minorité

Selon les chiffres du Bureau international du Travail (BIT), sur 184 pays analysés, seule 20 pour cent de la population bénéficie d'une sécurité sociale sur les aspects “sécurité du revenu” et “santé”²⁰. En Afrique subsaharienne et en Asie du Sud, ce chiffre ne dépasse pas 5 à 10 pour cent de la population active... Ces chiffres parlent d'eux-mêmes: la grande majorité de la population mondiale souffre d'un manque total de sécurité sociale et les situations, d'un pays à l'autre, sont très inégales.

Graphique 1. *Couverture santé: proportion de la population couverte par la loi, en pourcentage*²¹



Lien: <http://www.socialsecurityextension.org/gimi/gess/RessFileDownload.do?ressourceId=15109>.

Source: National legislation, various dates. See ILO, GESS (ILO, 2009d).

²⁰ Reynaud, E. 2002. *The extension of social security coverage: The approach of the International Labour Office*, Social Security Policy and Development Branch- ESS. Paper No. 3, Genève, Bureau international du Travail.

²¹ ILO. *World on Social Security report 2010-2011* “Providing coverage in times of crisis and beyond”, Geneva, first published in 2010, figure 3.7, p. 41.

Les personnes du secteur informel sont pratiquement toujours exclues²²

La plupart des Etats ont organisé une sécurité sociale pour les travailleurs salariés du secteur formel (les fonctionnaires, par exemple). Toutefois, dans les pays en développement, la plupart des travailleurs sont indépendants (artisans) et sont regroupés pêle-mêle sous le terme de “travailleurs informels”. Ces travailleurs informels ne sont pas protégés par l’Etat.

Le secteur informel recouvre des populations diverses: il peut comprendre des artisans assez aisés pour souscrire à une assurance privée, mais il se rapporte essentiellement à des populations engagées “dans des activités indépendantes ou de très petites unités de production”. En général il s’agit de populations modestes, peu qualifiées, avec peu d’accès aux marchés organisés et à la technologie, aux revenus faibles et aux conditions de travail médiocres²³.

Ce secteur, en expansion dans toutes les régions selon l’OIT²⁴, demeure toutefois difficile à évaluer avec exactitude, car par définition il s’agit de travailleurs en marge du système organisé par l’Etat. En 2000, 54,7 pour cent du produit intérieur brut (PIB) de l’Afrique subsaharienne était produit par l’économie informelle, 37,7 pour cent en Afrique du Nord, 30,6 pour cent en Amérique latine...

Au Niger cette proportion monte à 76,6 pour cent, et au Bénin à 71,6 pour cent.

En Amérique latine, selon une étude du bureau régional pour l’Amérique latine et les Caraïbes de l’OIT menée à l’échelle de 16 pays de la zone²⁵:

- 33 pour cent des travailleurs sont issus du secteur informel;
- 12 pour cent ont un emploi informel à l’intérieur même d’une entreprise du secteur formel.

Ces estimations donnent une idée de la part de la population exclue de tout système de sécurité sociale.

3.2. Les années 2000-2010, des initiatives pour mieux couvrir la population mondiale

Les pays européens, dévastés par les deux guerres du début du XXe siècle, se sont inspirés des principes bismackiens et beveridgiens pour mettre en place des systèmes de protection sociale. Le Bureau international du travail, de son côté, mène un plaidoyer actif en faveur de la protection sociale. En 1952, il publie un texte historique: la Convention no 102 sur la protection sociale (minimum).

²² Voir aussi: *The extension of social protection to non-formal sector workers, with specific reference to social insurance coverage: some recent developing country experience*, Marius Paul Olivier, Adriaan Wolvaardt (ISSA, 2010).

²³ <http://www.ilo.org/public/french/standards/relm/gb/docs/gb277/pdf/esp-1-2.pdf>.

²⁴ *The informal plague goes global*. 2005. Voir tableau pp. 3-4. *Labour Bulletin No 44*. Chiffres par région.

²⁵ *Panorama Laboral 2011. América Latina y el Caribe*, janvier 2012, OIT.
http://www.ilo.org/global/publications/books/WCMS_171539/lang--es/index.htm.

Depuis les années 2000, face à la persistance du manque de protection sociale dans les pays émergents et en développement, les principales organisations internationales prennent conscience de la nécessité de protéger toute la population mondiale.

3.2.1. Les Objectifs du Millénaire pour le développement²⁶

En 2000, 193 Etats membres des Nations unies ont signé un accord pour parvenir, d'ici à 2015, à la réalisation de huit objectifs. Les Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) recouvrent de grands enjeux humanitaires: la réduction de l'extrême pauvreté et de la mortalité infantile, la lutte contre plusieurs épidémies (dont le VIH/SIDA), l'accès à l'éducation, l'égalité des sexes et l'application du développement durable.

Des initiatives, qui mobilisent les différentes agences des Nations Unies, en lien avec les citoyens, les organisations de la société civile et les collectivités locales sont menées pour lutter contre la pauvreté, la faim et la maladie. Des efforts particuliers sont menés pour intensifier les progrès réalisés dans le domaine de la santé des femmes et des enfants²⁷.

- **Objectif 1:** Réduire l'extrême pauvreté et la faim
- **Objectif 2:** Assurer à tous l'éducation primaire
- **Objectif 3:** Promouvoir l'égalité des genres et l'autonomisation des femmes
- **Objectif 4:** Réduire la mortalité infantile
- **Objectif 5:** Améliorer la santé maternelle
- **Objectif 6:** Combattre le VIH/SIDA, le paludisme et les autres maladies
- **Objectif 7:** Assurer un environnement humain durable
- **Objectif 8:** Construire un partenariat mondial pour le développement

A l'heure actuelle, le bilan de l'initiative sur les Objectifs du Millénaire pour le développement est très mitigé et il est clair que la plupart ne seront pas atteints. Toutefois, ils servent de cadre d'action pour toutes les organisations internationales, dont les activités sont décrites ci-dessous.

Le rapport Bachelet (traité au point 1.3 et 1.4), place ainsi l'initiative pour "le socle de protection sociale (2012)" dans la continuité des efforts pour atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement. **Le socle complète la perspective des OMD et fournit un instrument de politique sociale cohérent pour la réalisation des OMD.**

3.2.2. Le Bureau international du Travail – l'Organisation internationale du Travail

En 2001, le Bureau international du Travail lance un débat international pour montrer que la protection sociale est un concept pertinent pour les enjeux du nouveau millénaire. A partir de 2003, il amorce une campagne en faveur de l'extension de la couverture de protection sociale, pour répondre aux constats alarmants tels que:

- seulement une personne sur cinq bénéficie d'un minimum de protection sociale dans le monde;
- seuls 15 pour cent des chômeurs dans le monde reçoivent certains types de prestations de chômage;

²⁶ <http://www.un.org/fr/millenniumgoals>.

²⁷ <http://www.everywomaneverychild.org>.

- toutes les 15 secondes, un travailleur meurt d'un accident ou d'une maladie liés au travail.

Cette campagne débouche en 2007-2008 sur une recommandation sur la justice sociale, adoptée par l'ONU en 2009 comme une des neuf priorités pour faire face à la crise actuelle.

Ainsi, l'OIT, à travers ses études²⁸, démontre **un lien positif entre l'introduction de moyens d'extension de la protection sociale et une augmentation substantielle de l'activité entrepreneuriale**. Elle estime que **3,5 pour cent du PIB de nombreux pays africains suffiraient à couvrir l'ensemble de leur population âgée (pensions) et infantile (aides à l'enfance)**.

L'OIT, fortement impliquée dans l'initiative du "socle de protection sociale", a influencé la 100e Conférence internationale du travail de juin 2011 et a signé la Recommandation no 202 en 2012.

Dans le document "L'OIT en action, 2010-2011"²⁹, publié en juin 2012; l'OIT affirme que "La protection sociale contribue à la croissance équitable, la stabilité sociale et une productivité accrue, et sert de tremplin au développement durable. Salaires décents, temps de travail et sécurité et santé au travail sont les composantes essentielles d'un emploi décent. Les travailleurs migrants et leurs familles, ainsi que les personnes vivant avec le VIH/sida sont particulièrement vulnérables et ont besoin d'être protégés, y compris de la discrimination sur leur lieu de travail."

Il est à noter que l'OIT met un accent tout particulier sur la couverture sociale des femmes "qui sont confrontées à davantage d'exclusion que les hommes du fait des discriminations dont elles sont victimes le long du cycle de leur vie et du poids qu'elles portent généralement en matière de responsabilité familiale".

Exemples de soutien de l'OIT:

- En Argentine, l'OIT a soutenu un programme national d'allocations aux familles de l'économie informelle pour la santé et l'éducation.
- Dix États membres, dont le **Burundi**, le **Cambodge**, le **Mozambique** et le **Timor-Leste**, ont adopté des politiques pour élargir la couverture de leurs régimes de sécurité sociale avec l'aide de l'OIT.
- De nouveaux systèmes de sécurité sociale ont été mis en œuvre au **Népal** et au **Togo**.

3.2.3. L'Organisation de coopération et de développement économiques

En 2009, la Direction de la coopération pour le développement de l'OCDE³⁰ affirme que "la protection sociale réduit directement la pauvreté et aide à rendre la croissance plus en faveur des pauvres (...). Elle aide à renforcer le capital humain, à gérer les risques et à promouvoir les investissements (...). **Les programmes de protection sociale peuvent être abordables, incluant les pays les plus démunis**, et ils représentent un bon retour sur investissement."

²⁸ ILO. *World on Social Security report 2010-2011* "Providing coverage in times of crisis and beyond", Geneva, first published in 2010.

²⁹ *L'OIT en action*, téléchargeable en anglais, français et espagnol: http://www.ilo.org/pardev/development-cooperation/WCMS_180602/lang--en/index.htm.

³⁰ http://www.oecd.org/topic/0,3699,fr_2649_37419_1_1_1_1_37419,00.html.

L'OCDE affirme ainsi que les programmes de protection sociale sont **abordables** et **bénéfiques à la croissance des pays**.

3.2.4. L'Union Africaine

Le Processus de Livingstone, initié par l'Union Africaine (UA) en 2006, a placé la protection sociale au centre des initiatives continentales destinées à protéger les pauvres et les groupes vulnérables. A la suite des conférences de Livingstone, l'UA a adopté en 2008 un cadre de politique sociale pour le continent. Celui-ci préconise de renforcer les mécanismes de protection sociale, d'améliorer l'accès à l'éducation et la santé³¹.

La protection sociale induit une vision à moyen et long terme, portée par les pouvoirs publics. L'UA défend la conviction que la protection sociale "devrait être une obligation sérieuse de l'Etat". **Elle se présente comme une réponse à un droit fondamental de l'être humain, plutôt qu'à une assistance ponctuelle, une demande d'aide.**

3.2.5. L'Organisation mondiale de la santé

A travers sa Résolution 58.33, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) **déclare que la couverture universelle est un objectif politique** (2005).

Par ailleurs, l'OMS fournit des analyses importantes sur les moyens d'améliorer l'accès aux soins en réformant leur système de financement. Elle constate que la plupart des ménages sont obligés, pour se faire soigner, de régler le soin par paiement direct, de leur poche. Or **le paiement direct constitue le système de financement le plus inéquitable**, car il exclut d'emblée les populations défavorisées. Ainsi, plus de 100 millions de personnes tombent dans la pauvreté chaque année suite à des dépenses de santé catastrophiques³².

Dans son Rapport sur la santé dans le monde, "Le financement des systèmes de santé – le chemin vers une couverture universelle, 2010"³³, l'OMS déclare que le seul moyen de réduire significativement le recours au paiement direct est que **les gouvernements encouragent la mutualisation du risque et une approche de prépaiement**, en vue de **répartir le risque sur l'ensemble de la population** et d'éviter des dépenses de santé catastrophiques. Elle les invite également à prévoir la transition vers la couverture universelle de tous les citoyens, en mutualisant les risques sur la base d'assurances sociales ou de mécanismes financés par l'impôt, ou par une combinaison des deux.

L'OMS incite donc les gouvernements à combiner les mécanismes suivants:

- mise en commun des ressources prépayées (assurances sociales et/ou financement par l'impôt);
- contribution en fonction des revenus des ménages;
- utilisation de ces fonds pour ceux qui en ont besoin (soins de qualité...).

³¹ "Protection sociale et réalisation des OMD en Afrique", atelier organisé par la Commission économique pour l'Afrique (CEA), 14-16 juillet 2010, Kenya.

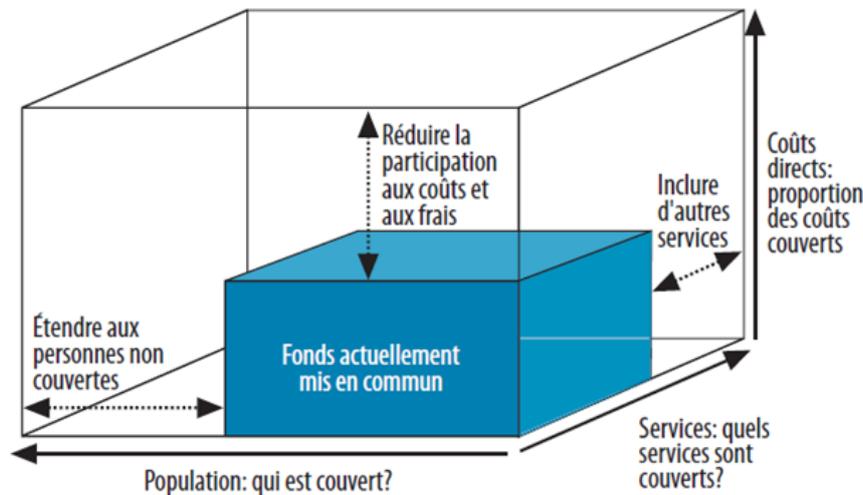
³² Xu K et al. "Protecting households from catastrophic health spending", *Health affairs*, 2007, 26:972-983.

³³ Rapport sur la santé dans le monde, *Le financement des systèmes de santé – le chemin vers une couverture universelle*, OMS, 2010, p. 44

L'OMS (conjointement avec l'OIT)³⁴ résume les trois fronts grâce auxquels la couverture sanitaire peut s'améliorer: "La réalisation de la couverture sanitaire universelle est un processus progressif. Il s'agit d'avancer au bénéfice de tous, sur plusieurs fronts: la gamme de services disponibles (médicaments, produits médicaux, agents de santé, infrastructures, information); la proportion couverte des coûts liés à ces services; et la part de la population couverte".

Le schéma tridimensionnel³⁵ ci-dessous éclaire de manière significative comment l'on parvient à atteindre une couverture sociale universelle, en assurant une amélioration de la couverture les trois directions précitées:

Graphique 2. Vers une couverture universelle



Source: "Rapport sur la santé dans le monde" 2010, OMS.

Explications du graphique

1. **Inclure de nouveaux services**
Afin de répondre efficacement aux besoins des populations, de nouveaux services peuvent être inclus. L'Etat peut commencer par exemple en déterminant un "paquet de soins" essentiels, qui sera augmenté petit à petit, en fonction de ses ressources et des priorités.
2. **Augmenter la part prise en charge (donc diminuer la part payée directement par les ménages)**
Cette troisième direction permet d'améliorer la prise en charge des dépenses de santé.
3. **Étendre la couverture aux populations non couvertes**
Cette extension se fait souvent par l'intégration de secteurs professionnels ou régionaux segmentés, de manière progressive. Cette extension peut prendre des années. Par exemple la "couverture médicale universelle" (CMU) en France n'a été adoptée qu'en 2004.

³⁴ Document d'information *Vers la couverture sanitaire universelle: concepts; enseignements et défis pour les politiques publiques*. Réunion ministérielle OMS-Banque mondiale sur la couverture sanitaire universelle, 18-19 février 2013, Siège OMS, Genève, Suisse.

³⁵ Idem, *Rapport sur la santé dans le monde 2010*, OMS.

Ainsi, le chemin vers la couverture universelle est la combinaison de l'amélioration progressive de la couverture dans trois directions. **Avec un même montant investi dans la santé, l'Etat peut faire le choix politique de favoriser une direction plutôt qu'une autre.**

Toutefois l'augmentation de la prise en charge ne se fait pas de manière linéaire. Elle peut varier selon les priorités du gouvernement et en fonction de la conjoncture économique. Depuis les années 1980, la plupart des pays confrontés à différentes crises ont tendance à limiter leurs dépenses en diminuant la part prise en charge par l'Etat, par le biais de franchises et de participations financières des ménages. Ces mesures, qui augmentent le reste à charge des ménages, augmentent de manière déterminante le renoncement aux soins des ménages les plus pauvres.

Les mesures actuellement prises par les gouvernements grec, espagnol, portugais sont des exemples de ces coupes budgétaires dans la protection sociale des citoyens.

3.2.6. L'initiative P4H

L'initiative "Providing for health (P4H)" a été créée en juin 2007 à l'occasion du Sommet du G8 à Heiligendamm (Allemagne). Elle regroupe des partenaires bilatéraux et multilatéraux majeurs (OIT, OMS, Banque mondiale et Banque africaine de développement, France – ministère des Affaires étrangères; Agence française de Développement; Groupement intérêt public sur la Santé et la Protection sociale GIP SPSI³⁶ – Allemagne, Espagne, Suisse) sur le thème de la protection sociale en santé.

Son objectif est de promouvoir la protection sociale en santé dans les pays en développement (PED) et d'accompagner les pays qui le souhaitent dans la définition et la mise en œuvre de mécanismes de couverture du risque maladie.

Depuis sa création, P4H a développé des partenariats en Afrique (Sénégal...) et en Asie (Sri Lanka...) afin d'accompagner les gouvernements dans la mise en place de mécanismes de couverture du risque maladie adaptés à chaque contexte.

3.3. Une grande avancée: le socle de protection sociale des Nations Unies (2011)

Un consensus impliquant 19 agences des Nations unies³⁷, avec l'OMS comme chef de file, a été trouvé grâce au concept de socle de protection sociale des Nations unies, porté par l'OIT et l'OMS, et soutenu par le rapport de Mme Bachelet. Ce concept constitue une sorte de synthèse entre les différentes initiatives mentionnées précédemment (OCDE, OMS, Union Africaine...).

Le socle de protection sociale consiste en deux principaux éléments:

- l'accès aux services essentiels (eau, assainissement, nourriture...);
- les transferts sociaux, en nature ou en espèces en faveur des populations pauvres, afin de sécuriser leurs revenus, de leur offrir un minimum de moyens de subsistance (soins de santé et services essentiels).

³⁶ <http://www.gipspsi.org>.

³⁷ OIT, OMS (chefs de file), FAO, FMI, HDCH, Onusida, DAES, PNUD, Unesco, FNUAP, ONU-Habitat, UNHCR, ONUDC, commissions régionales des Nations Unies, UNRWA, PAM des Nations unies, OMM, BM.

Selon le rapport Bachelet, **le socle est non seulement nécessaire mais faisable**. Il étudie des cas concrets, comme celui du Brésil, qui a montré que chaque fois qu'il avait dépensé 1 pour cent de son PIB pour les allocations familiales ou la retraite, il avait en retour amélioré sa croissance de 2 points. En effet, l'augmentation du pouvoir d'achat des plus pauvres se ressent rapidement car elle se traduit par des dépenses immédiates.

Par ailleurs, **la crise actuelle a rappelé le rôle crucial joué par la protection sociale**. Les pays couverts (pays riches et à revenu intermédiaire) sont ceux qui résistent le mieux, en grande partie car les ménages ne tombent pas dans la pauvreté grâce à la protection sociale et sanitaire offerte par les pays. Ainsi, **la protection sociale et les dépenses liées ne sont pas un frein au développement au contraire: elles sont un rempart contre la pauvreté et peuvent même servir de levier au développement**.

D'un point de vue politique, **ces déclarations constituent une avancée importante**. L'idée de socle de protection sociale fait son chemin et commence à être intégrée aux déclarations d'acteurs jusque-là réticents. Ainsi la déclaration finale du G 20 de Cannes en 2011 a inclus la notion de "socles" de protection sociale. C'est une avancée, mais en même temps le pluriel employé témoigne des réserves que rencontre encore ce concept. Le pluriel marque le refus d'un socle universel, mais accepte des socles minimaux, propres à chaque situation nationale.

“Étendre la protection sociale est un investissement ‘gagnant-gagnant’ qui est payant à la fois à court terme, compte tenu de ses effets de stabilisateur macroéconomique, mais aussi à long terme, en raison de l’impact sur le développement humain et la productivité.”

Michelle Bachelet, Directrice exécutive d'ONU Femmes et Présidente du Groupe consultatif mondial sur le socle de protection sociale en 2010.

3.4. L'atteinte d'un véritable consensus international: la Recommandation no 202 sur les Socles nationaux de protection sociale (juin 2012)

La publication du rapport Bachelet a permis de mettre à l'ordre du jour de la Conférence internationale du Travail (CIT) la question des socles de protection sociale. Celle-ci adopte, lors de sa 101e session du 14 juin 2012, **la Recommandation no 202 concernant les socles nationaux de protection sociale**³⁸, par un vote tripartite de 452 voix pour, 0 contre et 1 abstention.

Ce vote confirme la volonté de bâtir des garanties élémentaires de sécurité sociale (définies au niveau national) et ayant pour objectif de garantir une sécurité minimale de revenu ainsi que l'accès à des soins de santé essentiels et à d'autres services sociaux pour tous.

De son côté, le comité de la protection sociale de l'Union européenne a inclus les socles de protection sociale dans son **programme de travail pour 2012**³⁹, ce qui constitue une reconnaissance importante pour l'action extérieure de l'Union européenne (UE), notamment pour la programmation de l'aide extérieure et pour la prochaine Communication de la Commission européenne sur la protection sociale dans le cadre de la coopération au développement. L'Union européenne est en effet le premier contributeur mondial à l'aide au développement.

³⁸ Recommandation no 202 concernant les socles nationaux de protection sociale: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_norm/---relconf/documents/meetingdocument/wcms_183327.pdf.

³⁹ <http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=7397&langId=eu>.

4. Les difficultés à surmonter pour mettre en œuvre un socle de protection sociale en santé, et les réponses apportées par les mutuelles

L'initiative en faveur des socles de protection sociale constitue un tournant historique dans l'histoire de la protection sociale. Pour la première fois, un consensus existe sur la nécessité de couvrir toutes les populations dans le monde, quel que soit leur niveau de développement. Désormais, les Etats comme les mutuelles s'interrogent sur la mise en œuvre concrète de cette volonté politique, car ils font face à de nombreux défis.

Le chapitre 4 analyse les **difficultés, souvent semblables auxquelles doivent faire face les systèmes publics et les systèmes mutualistes**⁴⁰:

1. La cotisation, aussi bien du système de protection sociale que mutualiste, doit être accessible financièrement aux populations.
2. Les populations doivent être sensibilisées sur les avantages d'adhérer durablement à un système de protection sociale.
3. Pour les mutuelles de santé, une offre de soins de qualité et géographiquement accessible est indispensable.
4. Le système doit s'autofinancer.

4.1. La barrière de la pauvreté

La pauvreté reste la première barrière à la mise en place d'un système de protection sociale ou à l'adhésion à une mutuelle. Bien que la proportion des personnes en situation d'extrême pauvreté ait diminué ces dernières années, notamment grâce au développement des pays d'Asie du Sud-Est, 2 471 millions de personnes soit **43 pour cent de la population mondiale vivent avec moins de 2 dollars des Etats-Unis (USD) par jour**, dont 1 289 millions de personnes sont en situation d'extrême pauvreté, avec moins d'1,25 USD par jour⁴¹.

L'adhésion à une mutuelle est en principe volontaire, elle dépend par conséquent de la capacité contributive des ménages, qui peut être très limitée dans les pays en développement. Même modérés, les coûts d'une adhésion à un système mutualiste restent trop élevés pour des populations qui luttent littéralement pour leur survie quotidienne.

⁴⁰ Voir *Les mutuelles de Santé: acteur et partenaire de la couverture santé universelle*, Document politique de Masmut et du groupe de travail "Protection sociale" de Be-cause Health 2011.

Masmut est la plateforme belge Micro assurance santé/Mutuelles de santé qui regroupe des représentants d'ONG, de mutualités, d'institutions de recherche et de la coopération belge au développement. Son objectif est de promouvoir une collaboration entre les organisations membres et de bénéficier de leur complémentarité afin de renforcer la pertinence des systèmes de micro-assurance santé et des mutuelles de santé dans les pays du Sud.

Be-cause Health est la plate-forme belge sur les problématiques internationales de santé informelle et pluraliste, ouverte à des membres institutionnels ou individuels, actifs et intéressés par les problématiques de santé internationale et publique.

La Mutualité socialiste belge, qui est membre de Masmut et qui a participé à la rédaction du document "Les mutuelles de Santé: acteur et partenaire de la couverture santé universelle", est également membre de l'AIM et de la Commission Mutualité de l'AISS. Ces différentes plateformes partagent des points de vue similaires sur le rôle de la mutualité dans l'extension de la protection sociale.

⁴¹ Chiffres de la Banque Mondiale, cités par l'Observatoire des inégalités dans "La pauvreté dans le monde", article du 14 mai 2012. <http://www.inegalites.fr/spip.php?article381>.

L'Organisation internationale du Travail, à travers un projet pilote introduit au Ghana, illustre bien cette problématique: malgré la subvention de 75 pour cent accordée aux adhérents pour la cotisation, de nombreuses personnes se trouvent en incapacité de s'acquitter des frais liés à la photographie nécessaire à l'édition de la carte d'assuré⁴².

4.2. Convaincre et sensibiliser les populations

Par ailleurs, la protection sociale n'est pas un concept universellement répandu. La solidarité peut être assumée par la famille, ou des facteurs culturels peuvent expliquer une réticence à adhérer à un système protection sociale et encore plus à une mutuelle. Par exemple dans certains pays de l'ex Union soviétique, les collectivisations forcées et le stalinisme ont laissé des "traumatismes" qui connotent négativement toute mise en commun des ressources dans le cadre d'organisations de types coopératif ou mutualiste. Il ne faut pas oublier non plus que même dans les pays développés, les populations des travailleurs indépendants ou libéraux ont accédé tardivement à des systèmes publics de protection sociale.

En outre il est courant que les populations méconnaissent leurs droits. Par exemple en Tanzanie, dans le cadre du "Community Health Fund", les districts sont censés payer les cotisations des ménages ruraux les plus pauvres. Toutefois, une enquête menée en 2007 par P. Kamuzora et L. Gilson a montré que les plus démunis ne connaissaient pas leur droit à l'exemption de cotisation⁴³.

4.3. Pour la protection en santé, le défi de l'offre de soins

Un système de protection sociale en santé ne peut se développer et être acceptable qu'à condition que l'Etat organise ou contribue à organiser un système de soins de qualité, à une distance accessible des foyers de population. En effet, si des centres de santé de qualité n'existent pas, les populations n'ont pas d'intérêt à adhérer à un quelconque système d'assurance maladie. Il est tout à fait primordial que l'Etat ou les acteurs de la protection sociale mettent en œuvre ou participent à des politiques d'amélioration de la qualité des soins, à un prix abordable.

Pour cette raison, les mutuelles de santé, depuis le XIXe siècle, s'appuient sur des réseaux de soins, les créent, ou conventionnent des praticiens, afin d'assurer une prise en charge abordable et de qualité pour leurs membres.

4.4. Le défi de la soutenabilité: un système autofinancé

Le dernier élément sur lequel il est important d'insister, est qu'un **système doit être autofinancé pour être pérenne**.

Les nombreux échecs de projets, impulsés localement ou par des acteurs internationaux, démontrent que pour qu'ils soient viables, il doit exister absolument un équilibre entre les cotisations et les dépenses de soins. La Fondation belge Cera⁴⁴ écrit⁴⁵ "si la somme de toutes

⁴² ILO. 2005. *Improving Social Protection for the Poor: Health insurance in Ghana. The Ghana Social Trust pre-Pilot Project*. Final report, Geneva.

⁴³ Kamuzora P. and Gilson L. *Factors influencing implementation of the Community Health Fund in Tanzania*. Health policy plan, 2007. 22(2): pp.95-102.

⁴⁴ Cera est un groupe financier coopératif belge dont les origines remontent aux idées de Friedrich Wilhelm Raiffeisen, qui, vers la fin du 19e siècle, lutta contre la pauvreté à la campagne par le biais de l'entraide et de la coopération. <http://www.cera.be/fr/Qui-est-Cera.aspx>.

les prises en charge est supérieure à la somme des cotisations individuelles, un déséquilibre apparaît et la viabilité du système est menacée. Si le système a constitué des réserves ou si un partenaire extérieur comble le déficit, il peut faire face à une période de pertes, en espérant ensuite une diminution des risques. Si ce n'est pas le cas, le système devra trouver un équilibre entre les cotisations et les prestations, soit en majorant les cotisations, soit en limitant les prises en charge et prestations”.

Ce principe de bon sens nous interroge de ce fait sur les projets financés tout ou partie par des acteurs extérieurs aux adhérents.

Le défi de la viabilité financière peut s'analyser à deux niveaux complémentaires:

- tout d'abord l'équilibre financier (cotisations/versements et frais de fonctionnement) de la mutuelle;
- la réduction des risques financiers de la mutuelle: grâce à la réassurance, la fédération de mutuelles, l'action juridique de l'Etat.

Quelle viabilité pour les structures de micro-assurances appuyées par des financements extérieurs?

Dans de nombreux pays, des financements extérieurs ont appuyé la mise en œuvre de projets de micro-assurance en finançant une partie des cotisations. Ce mode de financement extérieur a pour avantage d'étendre la couverture à des populations très démunies, mais il met en péril le futur de la structure, car il déconnecte les attentes des adhérents du niveau de soins que le système peut prendre en charge effectivement. Lorsqu'au bout de quelques années la source de financement se tarit, la structure périclité, laissant les populations sans couverture, avec le sentiment que “l'extension de la protection sociale des populations démunies est impossible” ou encore que “les mutuelles ne fonctionnent pas”.

La réponse à cette dépendance des financements extérieurs peut être trouvée par l'Etat, à condition que celui-ci s'implique politiquement de manière forte.

Exemple du projet de micro-assurance santé SKY, mis en œuvre par le GRET au Cambodge⁴⁶

Le projet SKY, démarré en 2006 par le GRET, vise à sécuriser les revenus et les biens des Cambodgiens et faciliter l'accès des ménages à des soins de qualité. Il s'est étendu jusqu'à couvrir 70 000 assurés (décembre 2011), dans la province de Takeo, une partie de la province de Kampot et à Phnom Penh. Ce dispositif propose aux familles cambodgiennes une assurance santé couvrant à la fois les soins primaires et l'hospitalisation, avec un système de tiers-payant.

L'adhésion au système est familiale: la cotisation est de 4,5 USD par mois par famille. SKY contractualise avec les centres de santé et les hôpitaux publics.

Toutefois les cotisations financent uniquement les soins de santé, mais pas les frais de structure. Le système est donc en déséquilibre.

Les financements (notamment ceux de l'Agence française de Développement) touchant à leur fin, une solution de financement alternatif a dû être trouvée.

⁴⁵ Develtere, P.; Doyen G.; et Fonteneau, B. *Micro-assurances et soins de santé dans le Tiers-Monde, au-delà des frontières*. Une publication de la série Horizons, CERA Foundation, Leuven, Belgique, 2004, p. 47. www.cerafoundation.be.

⁴⁶ www.sky-cambodia.org et www.gret.org/projet/assurance-maladie-au-cambodge.

L'Etat cambodgien a finalement décidé de reprendre le projet à son compte. L'approche du ministère de la Santé est double: d'une part il sécurise la cotisation des plus pauvres grâce à un fonds d'équité alimenté par les bailleurs de fonds et les assurances santé communautaires (*Community based health insurance* (CBHI)) qui touchent la population capable de contribuer⁴⁷; d'autre part il confie la gestion du dispositif à des opérateurs locaux, dans le cadre d'une sorte de "délégation de gestion".

SKY sera démantelé pour être transféré à des opérateurs locaux, sélectionnés par appel d'offres. Sur certains districts, le GRET va positionner une ONG locale qu'il a lui-même créée.

D'autres gouvernements ont mis en œuvre des politiques volontaristes afin de cofinancer l'accès aux mutuelles (Mali, Rwanda). Grâce à une politique d'adhésion obligatoire, 90 pour cent de la population rwandaise est désormais couverte par une assurance dite "mutualiste".

	Mali ⁴⁸	Rwanda ⁴⁹
Système	AMO, RAMED et mutuelles	Assurance santé obligatoire, cofinancée par l'Etat.
Population	14,5 millions	10 millions
Existence d'un système de protection sociale?	17% de la population est couverte par un système de protection santé obligatoire (AMO), qui couvre les fonctionnaires, les députés parlementaires et les salariés. Par ailleurs, le RAMED, système d'assistance pour les pauvres est financé par l'Etat (5% de la population) 333 079 personnes sont couvertes par des mutuelles.	En 2007, le Rwanda a adopté une loi rendant obligatoire l'adhésion à une assurance complémentaire de santé (incluant les mutuelles). Les progrès de couverture ont été spectaculaires: - en 2003, les mutuelles couvraient 7% de la population; - en 2010, 90% de la population était couverte par une mutuelle.
Existence de mutuelles?	- 1 fédération nationale - 9 fédérations régionales - 60 unions - 703 mutuelles communales Par ailleurs, le Mali est membre de l'Union économique et monétaire de l'Afrique de l'Ouest (UEMOA). L'UEMOA a établi un statut pour les mutuelles, au niveau régional.	30 mutuelles de santé de district (en 2012).
Qui sont les bénéficiaires des mutuelles?	Essentiellement le secteur informel et agricole.	Secteur formel (10% de la population). Secteur informel (90% de la population).

⁴⁷ Le ministère de la Santé ne veut qu'un seul opérateur pour les fonds d'équité et les CBHI pour éviter toute stigmatisation tout en limitant les coûts de gestion. Il préfère à ce stade ne pas contractualiser un système plus intégré comme ce que proposait le GRET.

⁴⁸ Voir l'étude *Mise en place de la couverture universelle santé au Mali*, Rapport de mission conjoint/Appui conjoint du réseau P4H ("Providing for Health") OMS/France/Suisse, février 2012.
http://www.who.int/providingforhealth/countries/P4H-Rapport_conjoint_mission_Mali_Nov_2011_final.pdf.

⁴⁹ "Health systems strengthening through insurance subsidies: the GFATM experience in Rwanda", Kalk A.; Groos N.; Karasi J.C.; and Girrbach E. *Tropical Medicine and International Health*, vol. 15 no 1 pp 94-97, janvier 2010, doi:10.1111/j.1365-3156.2009.02424.x.

Financement des mutuelles	L'adhésion à la mutuelle de santé est cofinancée: - 50% par le membre; - 50% par l'Etat (à travers un Fonds spécial).	La cotisation à une mutuelle de santé est fixée par le gouvernement à 1.8 USD par an. La cotisation est cofinancée par la population et l'Etat. Les services de santé sont également cofinancés. Pour les populations les plus démunies (27% de la population), le Fonds Global finance totalement la cotisation, à travers son projet "Assuring Access to Quality Care".
----------------------------------	---	--

Ces trois exemples montrent que la résolution et la volonté d'un Etat sont décisives pour augmenter la protection sociale des citoyens:

- Le projet SKY au Cambodge a été repris par le gouvernement, ce qui a évité son arrêt brutal.
- Au Mali, le cofinancement de la cotisation aux mutuelles a favorisé l'adhésion des populations. Toutefois, le système demeure fragmenté.
- Le Rwanda, en rendant l'adhésion à une **assurance santé obligatoire**, et en assurant des moyens financiers importants en faveur des populations démunies (**financement de l'Etat** et d'un **bailleur de fonds international**, le Fonds Global), permet aux populations les plus démunies d'accéder à une couverture de soins minimale.

Toutefois, introduire un financement extérieur à une mutuelle revient à introduire un risque important sur la viabilité de la mutuelle. Des résultats non moins encourageants peuvent être menés par de petites structures autofinancées, ayant un **paquet de soins peut-être plus réduit, mais plus pérenne**.

S'appuyer sur des structures et des solidarités préexistantes et proposer un niveau de protection adapté

La prudence que ce rapport exprime par rapport à des mutuelles cofinancées par des initiatives extérieures ne signifie pas que la coopération internationale ne puisse pas favoriser l'émergence de mutuelles. Mais elle doit créer un système qui s'appuie sur les structures locales, tout en proposant une protection à la hauteur des capacités financières réelles de la communauté.

Des exemples démontrent qu'une des solutions consiste à s'appuyer sur une filière économique préexistante: en effet, la population est déjà organisée, une solidarité professionnelle existe en son sein, les responsables sont reconnus par la population, la filière dispose de revenus prévisibles. La filière peut être structurée à tous les niveaux: localement, pour atteindre les populations exclues des assurances traditionnelles, régionalement, et nationalement (par exemple pour la vente d'un produit au niveau national), ce qui permet à la mutuelle d'atteindre rapidement une force de négociation importante avec l'Etat comme avec les prestataires de soins.

L'exemple du projet de création de mutuelles agricoles de santé au Burkina Faso par la Mutualité sociale agricole, France⁵⁰

Depuis 2009 la Mutualité sociale agricole (MSA) pilote au Burkina Faso un projet destiné à la **population du secteur informel**. Il s'agit d'**initialiser un réseau régional de mutuelles de santé pour les producteurs de coton**. Ce projet, qui repose sur un financement de la Commission européenne pour cinq ans et sur l'appui des partenaires locaux, vise à appuyer techniquement l'Union nationale des producteurs de coton du Burkina Faso (UNPCB) dans la création et la mise en réseau de trois mutuelles de santé. Il se déroule dans la province du Hoüet (aux alentours de Bobo Dioulasso), au sud-ouest du pays et tire sa spécificité du **caractère professionnel (et non communautaire) des mutuelles**. La **très bonne structuration des producteurs de coton**, du niveau villageois au niveau national, facilite les processus d'adhésion et de recouvrement des cotisations. En effet, ils s'organisent tout d'abord en groupements de producteurs (GPC), puis en unions départementales (UDPC) et enfin en Union nationale des producteurs de coton. Ceci permet d'intervenir à tous les niveaux pour sensibiliser les producteurs.

Ce projet européen fait par ailleurs suite à une expérience pilote que la MSA a mené entre 2006 et 2008 avec l'appui financier de l'ambassade de France. Cette expérience a abouti en 2007 à la création d'une première mutuelle de santé dans le département de Karangasso Sambla (région du Hoüet). Elle a depuis été intégrée au présent projet européen pour former un réseau avec les trois nouvelles mutuelles créées à Pénis, Satiri et Bama. Pour rendre tout cela possible, ce projet est piloté aux niveaux politique et administratif par la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole et est appuyé, sur le terrain par l'UNPCB et le Réseau d'appui aux mutuelles de santé (Rams), et en France par la Caisse MSA des Charentes (MSA17). Ces trois partenaires ont chacun un rôle spécifique. Ainsi, l'UNPCB assure à la fois le portage politique du projet sur place et réalise toutes les activités de communication. Le Rams est le partenaire technique local qui assure les actions de sensibilisation grâce à son antenne située à Bobo-Dioulasso. Enfin la MSA 17 est le partenaire technique français qui met à disposition des expertises dans les domaines comptable, médical et informatique afin d'appuyer les partenaires locaux.

Aujourd'hui le projet approche de son terme (décembre 2013) et le **constat est positif**. Tout d'abord les trois mutuelles ont été créées et regroupées avec celle de Karangasso Sambla pour former le réseau régional des mutuelles de santé. Grâce à ce réseau, un seul gestionnaire salarié assure le recouvrement des cotisations et le paiement des prestations pour les quatre mutuelles. Chacune d'elles fonctionne, à l'instar de la MSA, selon le **mode de gouvernance mutualiste avec une assemblée générale, un conseil d'administration et un bureau exécutif**. Elles ont par ailleurs toutes signé des conventions de partenariat avec les Centres de santé et de promotion sociale (CSPS) qui apportent aux mutualistes les soins de proximité. **Trois de ces mutuelles ont d'ores et déjà atteint le seuil de viabilité ou sont en voie de l'atteindre**; seule une rencontre des difficultés d'ordre culturel et politique qui ne peuvent être réglées par la fourniture d'un appui technique.

Cet exemple est très intéressant, car il prouve que les mutuelles peuvent fonctionner dans les pays en développement. Les points clés pour la réussite de ce projet résident dans la mise en œuvre de quelques grands principes:

- adhésion obligatoire via les groupements de producteurs;
- prélèvement à la source des cotisations;
- élargissement progressif du sociétariat à d'autres catégories professionnelles.

⁵⁰ La MSA, deuxième régime de protection sociale obligatoire en France, protège l'ensemble des non-salariés et une partie des salariés du secteur agricole. Elle s'appuie sur les valeurs du mutualisme, que sont la solidarité, la responsabilité et la démocratie, pour faire vivre les territoires ruraux.

Pour y parvenir, il est indispensable de faire porter l'effort sur la **sensibilisation des populations cibles**: producteurs, élus professionnels, infirmiers des centres de santé... Pour cela, la **qualité des partenaires locaux**, concernant la réalisation des actions de sensibilisation et de communication à tous les niveaux est primordiale. Le **soutien du ministère** de la Fonction publique, du Travail et de la Sécurité sociale et la **possible intégration du réseau de mutuelles au processus de mise en place d'une assurance maladie** universelle au Burkina encouragent tous les acteurs et partenaires à poursuivre leurs efforts pour assurer la viabilité du projet au-delà du terme de son financement par l'Union européenne.

Comment les mutuelles peuvent-elles réduire le risque financier?

Les mutuelles qui se constituent doivent également trouver des solutions pour gérer leurs propres risques financiers. Ceux-ci peuvent être diminués en **se fédérant à d'autres mutuelles** (ce qui permet de répartir les risques différemment: géographiquement, sur différentes catégories de personnes, et de faire des économies d'échelle), soit en se réassurant.

La **réassurance** permet à une mutuelle de se protéger contre des pertes multiples ou importantes. En outre, la mutuelle est obligée de tenir sa comptabilité de manière rigoureuse afin d'être éligible, ce qui provoque un effet bénéfique immédiat sur la gestion de la mutuelle.

En se réassurant auprès d'une autre compagnie d'assurance, la mutuelle s'assure une plus grande sécurité de ses fonds propres et une solvabilité garantie. Enfin, comme le souligne la Fondation Cera, la réassurance permet de constituer un lien entre des mutuelles locales et des pouvoirs et moyens centralisés (bailleurs de fonds, Etats). "Au lieu de subventionner des initiatives locales, les pouvoirs publics ou une ONG peuvent prendre en charge la prime de réassurance et favoriser ainsi l'autonomie financière des institutions de micro-assurance".

Plutôt que co-subventionner directement l'adhésion à une mutuelle, les apports extérieurs peuvent aider les mutuelles à mieux analyser et répartir leurs risques, en favorisant les rapprochements de mutuelles, en leur apportant leur savoir-faire. Les acteurs extérieurs peuvent également favoriser leur accès à la réassurance, en les sensibilisant à cette activité et en les mettant en contact avec des institutions qui la pratiquent (par exemple la mutuelle Achméa aux Pays-Bas⁵¹).

Enfin, l'État, dans la mesure où il n'a pas encore instauré un système obligatoire généralisé, dont il a la responsabilité directe ou indirecte, peut s'appuyer sur le développement de l'offre mutualiste. En développant un cadre législatif approprié, en menant des campagnes de sensibilisation, en intervenant dans l'organisation et la qualité des soins proposés, enfin, en jouant un rôle de régulation de l'offre mutualiste et de (micro-)assurance en général, l'État construit les fondements de son système de protection de la santé.

4.5. Dans les pays où un socle d'assurance maladie existe, le défi de son maintien et de son extension, dans un contexte de vieillissement et de crise

Les systèmes de protection sociale actuels sont soumis à des tensions fortes, provenant des changements démographiques (vieillissement de la population), de la crise économique. Dont les effets sont accélérés par la mondialisation.

⁵¹ <http://www.achmea.com>.

Les perspectives actuelles des mutuelles sont doubles:

- Dans les pays où l'Etat n'assure pas de protection sociale, comment les mutuelles peuvent-elles participer à l'extension de la protection sociale? Cette problématique a été traitée précédemment: les mutuelles peuvent servir de point de départ de la protection sociale, à condition d'organiser une solidarité réciproque, si possible en s'appuyant sur des filières pré-organisées ou des groupes préexistants, et à condition qu'une offre de soins existe. Elles peuvent réduire leurs risques financiers en élargissant l'assise de leurs assurés et/ ou en se réassurant auprès d'autres compagnies d'assurance. Par ailleurs, l'Etat peut favoriser, à travers sa régulation, la création de mutuelles, ou financer une partie de la cotisation pour les familles indigentes.
- Dans les pays où la protection sociale obligatoire existe, mais où les populations vieillissent et s'appauvrissent, se pose la question du financement des systèmes de protection sociale et du rôle des mutuelles.

4.5.1. La population vieillit, les maladies chroniques se multiplient

Du fait du vieillissement de la population, la part des retraités augmente fortement et fait peser sur les actifs le poids des prestations sociales. Celles-ci changent par ailleurs de nature: la population vieillit et vit plus longtemps, ce qui favorise l'émergence de maladies de longue durée et pose la problématique de la prise en charge de la dépendance. Depuis les années 1980, les Etats européens font face à un problème important de financement de leur système de protection sociale.

Par exemple, en France: les maladies chroniques (appelées "affections de longue durée" (ALD). Elles regroupent 30 maladies identifiées comme le cancer, le diabète, le VIH...) représentent à elles seules 62 pour cent des remboursements du régime général.

L'Etat a choisi de réduire les remboursements de l'assurance maladie obligatoire pour les soins courants (remboursement des médicaments, révision plus sévère du service médical rendu, etc.) mais les frais liés aux maladies longues augmentent, et leur coût de prise en charge également.

On assiste à une concentration de la solidarité collective sur les pathologies les plus lourdes.

De ce fait, **les soins "courants" et ambulatoires sont de plus en plus pris en charge par les assurances maladies complémentaires, dont les mutuelles.** Les mutuelles, qui assurent un rôle "complémentaire" au système de protection public, jouent un rôle clef dans l'accès aux soins. En France, la non adhésion à une complémentaire devient un frein réel à l'accès aux soins. En Argentine, les mutuelles apportent une réponse en développant les réseaux de soins de santé primaire:

L'Association mutuelle de protection familiale (AMPF) de la République d'Argentine, respecte les principes fixés par l'OMS dans la Déclaration d'Alma Ata (Conférence internationale sur les soins de santé primaire, Alma-Ata, URSS, 6-12 septembre 1978).

De ce fait, l'Organisation panaméricaine de Santé (OPS) a récemment publié un fascicule sur "L'expérience d'un réseau de services de santé intégrés: l'Association mutuelle de protection familiale", qui reflète la qualité des services offerte par la mutuelle à ces familles membres.

La publication est disponible sur le site de l'OPS⁵².

⁵² www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=8737%3Aexperiencia&catid=3316%3Ahss-0101-hss-publishing&Itemid=3562&lang=es.

4.5.2. Responsabiliser les patients en augmentant le reste à charge

Mireille Elbaum⁵³, note par ailleurs que la perception des risques sociaux évolue, ils deviennent des “risques de l’existence”: “avec la quasi-certitude d’atteindre l’âge de la retraite, (...) des responsabilités individuelles peuvent être identifiées (dans le cas de la prévention sanitaire, ou du maintien de l’employabilité) (...) dont la perception est en train d’évoluer, dans le sens d’une meilleure gestion individuelle (Ewald et Kessler, 2000).”

L’appréhension des “risques” évolue, et des tendances à la réforme poussent pour une **plus grande responsabilisation des personnes**. “Cette position en faveur d’une privatisation partielle de la couverture des risques sociaux a été remise en avant sur les débats sur la dépendance⁵⁴”.

Les Etats tentent de responsabiliser les patients et les praticiens (en réduisant les médicaments prescrits, en faisant des campagnes d’information sur la prescription des antibiotiques, etc.). Ils augmentent également le reste à charge des patients⁵⁵ par le biais de franchises que ceux-ci doivent acquitter sur les actes médicaux et leurs médicaments.

4.5.3. Comment maîtriser les coûts de l’offre de soin?

Les politiques qui agissent sur l’assuré ont un impact d’autant plus limité qu’il n’agit que sur le patient, à la limite sur l’assureur, mais **pas sur l’offre de soin**. Or aujourd’hui, les pays sont confrontés à un problème de financement des actes médicaux.

En France par exemple: Les médecins conventionnés en secteur 1 (c’est-à-dire qui facturent des prestations au tarif remboursé par la sécurité sociale) se raréfient dans certaines spécialités ou zones géographiques. Plus de 40 pour cent des spécialistes sont en secteur 2 avec des dépassements moyens de 54 pour cent du tarif conventionné avec la sécurité sociale. L’accès aux soins devient problématique pour une grande part des Français, qui doivent disposer d’une complémentaire santé couvrant les dépassements d’honoraires, au risque de les encourager.

Pour inciter à des couvertures moins dépensières, plus “responsables”, l’Etat français, en 2004, a instauré des contrats complémentaires qualifiés de “responsables”, c’est-à-dire ne remboursant pas certains frais ou dépassements d’honoraires, afin d’influer sur le comportement des patients.

Dans ce contexte, il est nécessaire de **maintenir des systèmes basés sur l’universalité et la solidarité**, et opposer une résistance à la segmentation du “marché” poussée par les assureurs commerciaux (contrats pour les “seniors” plus chers, contrats pour les actifs meilleur marché). En effet ce type de contrat diminue la part de solidarité collective et met en péril la couverture sociale des plus démunis, des jeunes et des personnes âgées. Pour maintenir cette solidarité intergénérationnelle, nombreux sont ceux qui préconisent une plus grande régulation de la part de l’Etat.

L’accroissement des restes à charge et du rôle des assurances maladie complémentaires justifie de ce fait des interventions publiques.

⁵³ Elbaum. 2011, p. 156.

⁵⁴ Idem, p.156.

⁵⁵ En France, à partir du Plan Seguin de 1987, la maîtrise des dépenses des régimes obligatoires s’est traduite par une augmentation des restes à charge.

5. Comment les mutuelles participent à l'extension de la protection sociale?

Face aux défis recensés dans le chapitre 4, comment et sous quelles conditions les mutuelles participent-elles à l'extension de la protection sociale? L'objectif des mutuelles n'est pas leur développement en soi, mais le développement d'une protection sociale la plus large possible. Leur rôle est de ce fait complémentaire et interdépendant du système de protection sociale public. En fonction des évolutions du système public, les mutuelles s'adaptent à un nouveau contexte et redéfinissent leurs prestations.

Focus sur les différents types d'assurance, que les assureurs privés peuvent fournir (commerciaux ou mutualistes selon les pays⁵⁶):

- L'assurance maladie privée comme **source primaire de la couverture santé**. C'est le cas dans les pays où les systèmes de protection sociale publics sont inexistants (pays en développement) ou réservés à une partie minoritaire de la population (Medicare/Medicaid aux Etats-Unis).
- L'assurance maladie privée **duplicative**: elle offre une alternative privée au système public. Les citoyens ont le choix entre les deux systèmes. En Australie et en Irlande, 50 pour cent de la population choisit une assurance maladie privée. En Allemagne, 10 pour cent de la population choisit une assurance privée.
- L'assurance maladie privée **complémentaire**: elle assure un rôle complémentaire par rapport au régime public en couvrant la quote-part qu'il laisse à la charge des patients (90 pour cent de la population française a recours à une complémentaire santé privée).
- L'assurance maladie privée **supplémentaire**: elle finance des biens et des services exclus par le régime public (très fréquente au Canada, aux Pays-Bas ou en Suisse).

Si les expériences varient grandement d'un pays à l'autre, il n'en demeure pas moins que la construction d'un système de protection sociale est un processus long, qui n'est pas linéaire et qui est en perpétuelle évolution, du fait des changements politiques comme de l'évolution des besoins de la population. Le présent chapitre développe les points suivants:

- Les mutuelles offrent de la **protection sociale primaire** avant que celle-ci ne soit assumée ou régulée par l'Etat.
- Lorsque l'Etat construit un système public de protection sociale, les mutuelles doivent déplacer leur couverture. En général elles se recentrent sur une couverture **complémentaire ou supplémentaire**.
- Les mutuelles apportent de nombreux bénéfices à leurs adhérents.
- Les mutuelles participent à l'extension de la protection sociale en tant qu'acteur de la solidarité collective, ce qui les différencie des associations caritatives.

5.1. Les mutuelles peuvent "amorcer", être le "point de départ" de la protection sociale

Les mutuelles, qui sont des sociétés solidaires de personnes, sont une première forme de protection sociale, dans les contextes où l'Etat n'offre pas ou trop peu de protection. En Europe et en Amérique latine, les mutuelles ont ainsi constitué la première source de protection sociale primaire. Cette situation a duré plus d'un siècle.

⁵⁶ OCDE. 2004. *L'assurance maladie privée dans les pays de l'OCDE (Synthèses)*. ISBN : 9264015655.

5.1.1. Les sociétés de secours mutuel, démarrage de systèmes solidaires de protection sociale au XIXe en Europe

Dans les pays où des systèmes nationaux et obligatoires de solidarité n'existent pas encore, les mutuelles constituent historiquement un point de départ de l'entraide mutuelle, mise en œuvre à une échelle restreinte (solidarité au sein d'une entreprise ou d'une branche professionnelle, solidarité territoriale...). L'Europe a connu une construction progressive des systèmes de sécurité sociale, qui ont par la suite "absorbé" ou "intégré", les sociétés de secours mutuel.

Il est difficile de résumer l'évolution historique des mutuelles en quelques lignes et des chercheurs tels que Patricia Toucas leur consacrent des ouvrages entiers. Toutefois, ce chapitre va tenter d'esquisser les grandes lignes de la naissance de la protection sociale en Europe, à travers l'évolution des mutuelles.

Les prémisses de l'entraide mutuelle

On trouve des premières organisations "mutualistes", encore embryonnaires, dès la Grèce Antique⁵⁷. A cette époque, elles reposaient le plus souvent sur une communauté de métier et fonctionnaient selon un principe de réciprocité.

Dès le Xe siècle, les premières formes mutualistes s'organisent autour de compagnonnages. Ils fonctionnent déjà comme une caisse de prévoyance et proposent à leurs adhérents la mise en commun de leur épargne pour faire face aux aléas de la vie.

Définition

Les compagnonnages se présentent comme des associations entre ouvriers de mêmes métiers à des fins d'instruction professionnelle et d'assistance mutuelle. Le compagnonnage s'est fortement développé en France, notamment pendant la période de construction des églises du Moyen-âge. On le retrouve également en Belgique, en Allemagne et au Canada, sous des formes un peu différentes⁵⁸.

A partir du XVIIe et du XVIIIe siècle, des solidarités de prévoyance ont été organisées partout en Europe, sous forme essentiellement de "corporations". Le risque couvert est essentiellement le risque incendie ou encore le décès de l'un des pairs, la cagnotte récoltée servant à assurer son digne enterrement.

En 1663 la mutuelle des meuniers se crée aux Pays Bas.

En 1706 la "British Amicable Society for Perpetual Insurance Office" apparaît au Royaume Uni⁵⁹.

Le développement mutualiste au XIXe siècle

Au XIXe siècle, l'**industrialisation** progressive des sociétés européennes impacte profondément les sociétés et les formes de solidarité existantes. Des "sociétés de secours

⁵⁷ Toucas-Truyen, P. 1998. *Histoire de la Mutualité et des assurances, l'actualité d'un choix*, Paris, Syros.

⁵⁸ Icher, F. 1994. *La France des compagnons*, éditions La Martinière, ISBN 2-7324-2091-3.

⁵⁹ Voir l'Etude de la Commission européenne. 2012. p. 38.

mutuel”, qui sont des associations d’entraides mutualistes par métiers (ouvriers, cheminots, un peu plus tard les enseignants...), se forment, afin de répondre aux nouveaux risques induits par la révolution industrielle et la fragilisation des solidarités traditionnelles familiales et villageoises.

Les structures mutualistes qui se développent comprennent aussi bien des organisations de “prévoyance” que des structures sanitaires, qui “démocratisent” l’accès aux soins de santé.

Exemples en France de l’essor des premières structures sanitaires et sociales mutualistes aux XIXe et XXe siècle⁶⁰s:

- Dans la région du Morbihan, le sanatorium de Kerpape ouvre à l’été 1918.
- La première pharmacie mutualiste est créée à Marseille en 1853. D’autres pharmacies mutualistes se développent ensuite dans les villes entre les deux guerres mondiales (Bordeaux, Saint Nazaire, la Rochelle...).
- La première clinique dentaire est établie dans les années 1920 dans l’Hérault, ce qui permet à des personnes modestes d’accéder à des soins réservés jusque-là à une minorité privilégiée.
- En France les mutuelles participent dans l’entre-deux guerres à la fois à la gestion du régime obligatoire par le biais des caisses primaires et à la gestion de la complémentaire maladie. La mutualité est d’ailleurs la seule possibilité de protection sociale pour les travailleurs indépendants (artisans, agriculteurs...).

En Allemagne, le système d’assurances sociales obligatoire apparaît dès les années 1880. Il est instauré par le chancelier Bismarck et vise à renforcer la légitimité de l’Etat auprès de la classe ouvrière. Il comprend à la fois:

- des lois portant sur l’assurance maladie (1883). Celles-ci imposent que la cotisation soit assurée aux 2/3 par l’ouvrier, le 1/3 restant étant couvert par l’employeur;
- les accidents du travail (1884);
- l’assurance invalidité-vieillesse (1889).

La gestion du système est confiée à des organisations de natures diverses comprenant des structures de type “mutualistes” (caisses d’entreprises, professionnelles, locales), gérés de manière autonome, et où les ouvriers sont parfois majoritaires. Aujourd’hui, la VdEK se reconnaît comme membre de la “mutualité” et participe activement à l’association internationale de la Mutualité (AIM⁶¹), bien qu’elle soit gestionnaire du système d’assurance santé obligatoire⁶².

Le système bismarckien inspire l’Autriche et les pays scandinaves, tandis que la Belgique, la Suisse et les Pays-Bas développent des modèles dans lesquels prévaut la prévoyance libre.

Aujourd’hui, les mutuelles représentent 26 pour cent du secteur de l’assurance en Europe.

5.1.2. Le développement des mutuelles en Amérique Latine

Les mutuelles en Amérique latine se développent à partir des vagues d’immigration du XIXe siècle provenant d’Europe. Bien avant que la sécurité sociale soit reconnue par les Etats

⁶⁰ “Mutualité et protection sociale entre les deux guerres”, Revue *Réponse*, mars 2012, no 123, pp.12-17.

⁶¹ La VdEK assure entre 2011 et 2014 la vice-présidence de l’AIM. www.aim-mutual.org/print.php?page=12®ion=EU.

⁶² Elbaum, M. 2011. *Economie politique de la protection sociale*, Presses universitaires de France, p. 37.

américains comme un droit, ces communautés s'organisent par affinités, souvent par pays d'origine ou profession, afin de se protéger, **sur la base du principe de réciprocité**, afin d'affronter les risques de la vie sur le continent américain.

En Argentine se créent "l'Union de Secours mutuels" (en français) en 1854, "Asociación española de Socorros Mutuos" en 1857, la "Unione e Benvolenza" en 1858, la "San Crispin" (corporation de fabricants de chaussures) en 1856, la "Tipografica Bonaerense" en 1857, entres autres. Selon Roberto Di Stéfano⁶³. La prolifération des associations (en majorité mutualistes) à partir des années 1860 joue un rôle significatif dans la construction de la vie républicaine.

A partir de 1880, l'action de l'Etat dans les domaines de la santé et de l'éducation réduit le champ d'activités des mutuelles. En effet, l'Etat amorce la construction d'hôpitaux publics, des campagnes de vaccination, et de manière générale, améliore l'accès aux soins. Dans le même mouvement, il commence à agir dans le champ de l'éducation, en finançant la construction d'écoles de meilleur niveau que les écoles mutualistes qui étaient nées du mouvement associatif des années 1860. L'activité des mutuelles se déplace alors vers la gestion de centres de soins ou la fourniture de services sociaux complémentaires ou duplicatifs par rapport à l'offre publique.

Exemple du *Círculo Católico de Obreros del Uruguay Mutualista*⁶⁴, en Uruguay

Le premier hôpital du *Círculo Católico* a été créé le 21 juin 1885 à Montevideo, dans le but d'améliorer la qualité de vie des ouvriers et de leur famille.

Au départ réservée aux ouvriers, **la mutuelle s'est adaptée aux évolutions historiques et sociales de l'Uruguay**. En effet, en Uruguay, le système de santé est composé de réseaux dans lesquels interagissent les organisations publiques et privées (dont fait partie le *Círculo Católico*).

Elle compte aujourd'hui quatre sanatoriums (deux dans la capitale, et deux dans l'intérieur du pays), quarante-trois filiales, pharmacies, laboratoires, des services d'appui (notamment contre les violences domestiques), un service social, etc. C'est une organisation complexe, qui fait partie du Système national intégré de Santé de l'Uruguay. Elle couvre 78 800 membres⁶⁵:

- 89 pour cent des membres (71 193 personnes) adhèrent à la mutuelle via le système national de sécurité sociale (Fond National de Santé (FONASA));
- les 11 pour cent restants (7 687 personnes) adhèrent de manière volontaire et directe.

Comme le montrent les exemples européens et latino-américains, **les mutuelles ont constitué historiquement le point de départ de la protection sociale** dans ces continents. Toutefois, elles sont amenées à adapter leur rôle vers d'autres services lorsqu'un système public se construit.

⁶³ Di Stéfano, R. 2002. "Orígenes del movimiento asociativo: de las cofradías al auge mutualista", dans Roberto Di Stéfano; Hilda Sabato; Luis Alberto Romero y José Luis Moreno: "De las cofradías a las organizaciones de la sociedad civil - Historia de la iniciativa asociativa en (la) Argentina - 1776/1990", Edición de Gadis, Grupo de análisis y desarrollo institucional, Buenos Aires, 2002. <http://historiapolitica.com/datos/biblioteca/romero4.pdf>.

⁶⁴ Voir video du *Círculo Católico*: http://www.circulocatolico.com.uy/index.php?option=com_content&view=article&id=69%3Avideoinstitucional&catid=34%3Ainstitucionalgeneral&Itemid=41.

⁶⁵ En date du 30 juin de 2013.

5.2. Lorsque l'Etat organise un système de protection sociale public, l'activité des mutuelles se déplace vers la couverture complémentaire ou supplémentaire

Les mutuelles participent à l'extension de la protection sociale, tout en **s'adaptant continuellement à leur environnement**. Les mutuelles n'ayant pas **vocation à remplacer les systèmes de sécurité sociale publics**, elles jouent un rôle complémentaire, tout en respectant les valeurs d'universalité de l'accès à la protection sociale. Ce sont des sociétés de personnes, elles visent la satisfaction de leurs membres et **n'ont pas comme finalité la croissance de leur chiffre d'affaire**, excepté pour répondre à leurs obligations légales (solvabilité et réserves), sociales et couvrir les risques garantis. Leurs excédents sont principalement utilisés pour répondre aux besoins des adhérents.

Comme on l'a illustré précédemment, elles servent de point de démarrage de la protection sociale, dans les sociétés dans lesquelles l'Etat n'offre pas de sécurité sociale, ou dans lesquelles seul le secteur formel bénéficie d'assurances sociales. Dans les sociétés où la protection sociale obligatoire existe, **les mutuelles jouent un rôle de protection complémentaire ou supplémentaire**, par l'organisation de services sociaux (santé, accompagnement, aides sociales...) et d'assurances mutualistes.

Dès la fin du XIXe siècle, un mouvement en faveur de systèmes obligatoires de sécurité sociale émerge:

- Dans les années 1880, Bismarck instaure en Allemagne la sécurité sociale obligatoire.
- En 1919, l'OIT préconise l'instauration de systèmes de protection sociale obligatoire.
- En 1945, la salarisation des travailleurs et le choc de la Seconde Guerre mondiale remettent en cause le rôle des mutuelles dans la Grande Bretagne de William Beveridge.

Les mutuelles, un temps déstabilisées par ces évolutions, se voient contraintes de s'adapter à ce nouveau contexte et de redéfinir leurs champs d'activités.

Quand apparaissent des systèmes de protection en santé obligatoires, les mutuelles apportent trois types de réponses:

- **Elles se consacrent à la fourniture de services:** Face à l'instauration d'une assurance sociale obligatoire, les mutuelles disparaissent ou cessent d'assurer le risque maladie obligatoire pour fournir des services de soins à leurs adhérents.

C'est le cas de la Grande Bretagne: sous l'influence de William Henry Beveridge les mutuelles d'assurance et de prévoyance sont abolies en 1948, lorsque le *National Health Service* (NHS) est opérationnel. Des mutuelles continuent toutefois d'exister pour les services jugés non essentiels (sanatoriums, chambres privées, dentaire...). En général, elles bénéficient d'une implantation locale forte.

Exemple de la mutuelle Benenden⁶⁶, en Grande Bretagne

Son activité a démarré en 1907, lorsqu'est fondé l'Hôpital Benenden, destiné à traiter les travailleurs des Postes souffrant de tuberculose.

Grâce au déclin de la tuberculose, **les activités de l'hôpital se sont petit à petit réorientées vers la lutte contre le cancer**. Aujourd'hui, l'hôpital fournit des traitements de pointe dans de nombreuses spécialités. La mutuelle s'est ouverte aux travailleurs du secteur privé et elle compte plus de 900 000 membres.

⁶⁶ <http://www.benenden.org.uk/about-us>.

- **Elles conservent un rôle dans la couverture des risques:** Dans d'autres cas, comme en France, face à l'instauration progressive de systèmes publics de sécurité sociale, les mutuelles continuent de jouer un rôle significatif, mais en se positionnant plutôt sur un rôle d'assurance maladie "complémentaire" ou "supplémentaire".

Exemple la reconnaissance des mutuelles de santé comme partenaire conventionnel par l'Etat français

En France, depuis les années 1980, le rôle des mutuelles d'assurance maladie complémentaire a fortement augmenté. 38 millions de Français sont couverts par une mutuelle membre de la Mutualité française. Les mutuelles jouent un rôle clef dans l'accès aux soins.

De ce fait, l'Etat les reconnaît comme de véritables acteurs de la protection santé en France. Il a créé des unions de caisses pour les représenter au niveau national.

La part de protection complémentaire a été "largement reconnue par la réforme de 2004 de l'assurance maladie, qui a prévu une coordination entre organismes d'assurance obligatoire et complémentaire, à travers la création de deux unions de caisses: l'UNCAM et l'UNOCAM (Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie), que la LFSS pour 2009 a en outre instituée, non sans ambiguïtés, comme partenaire conventionnel⁶⁷".

En 2013, l'article 1 du projet de loi dit (Accord National Interprofessionnel (ANI)), reconnaît le rôle primordial des assurances complémentaires dans l'accès aux soins et prévoit une généralisation de la couverture complémentaire pour les travailleurs salariés dans le cadre de la branche ou de l'entreprise.

Un exemple de couverture supplémentaire (risque non pris en charge par le système public):

La mutualité comme complément de la sécurité sociale publique, en faveur de ses adhérents: l'exemple des services d'assistance pour l'aménagement de l'environnement de vie des personnes âgées ou handicapées, mené par l'Association mutuelle de protection familiale en Argentine

Depuis 2008, l'association mutuelle de protection familiale argentine a mis en place un service d'aide à ses adhérents âgés, leur permettant d'adapter leur logement à leurs pathologies et faciliter leurs activités quotidiennes. L'espace est aménagé, les « barrières » rendant leur déplacement difficile sont ôtées, des appareils adaptés sont installés.

En outre, des formations destinées aux petits-enfants ou à la famille sont également organisées par la mutuelle.

L'objectif est d'aider les personnes âgées à vieillir dans de bonnes conditions et de maintenir leur autonomie.

Grâce à ses bons résultats, cette initiative a été reconnue comme "Bonne pratique" par l'AISS en 2009⁶⁸.

⁶⁷ Cf Ginon et Trépreau, 2011, cité dans *Economie Sociale et Politique d'Elbaum*.

⁶⁸ <http://www.issa.int/esl/Observatorio/Buenas-practicas/Asistencia-para-el-Desempeno-Funcional>.

- **Elles deviennent les gestionnaires du régime obligatoire:** en Allemagne les mutuelles deviennent des entités de droit public (les “Krankenkassen⁶⁹”). En Suède, les mutuelles sont régionalisées et intégrées dans l’assurance santé obligatoire⁷⁰.

Les Krankenkassen en Allemagne

En Allemagne, le système légal obligatoire, qui couvre 90 pour cent de la population, est géré par des associations à but non lucratif, les “Krankenkassen”, qui respectent les principes de non exclusion et de non-discrimination. Leur conseil d’administration est paritaire, il est composé de représentants des assurés ainsi que des employeurs.

Elles travaillent avec l’Etat pour administrer le programme national de santé (*Gesetzliche Krankenkassen*). Les Allemands dénomment ces caisses “les Caisses d’assurance maladie de substitution”. Six fédérations coexistent:

- *Verband der Ersatzkassen* (vdek): caisse des employés
- *Allgemeine Ortskrankenkasse* (AOK): caisses locales générales
- *Betriebskrankenkasse* (BKK): caisses d’entreprises
- *Innungskrankenkasse* (IKK): caisses du commerce
- *Knappschaft-Bahn-See* (KBS): caisses des mines et des gens de mer
- *Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau* (SVLFG): la sécurité sociale de l’agriculture, de la foresterie et de l’horticulture

Du fait de leur origine mutualiste, certaines fédérations de “Krankenkassen” entretiennent des liens forts avec le mouvement mutualiste et sont membres de l’Association internationale de la Mutualité (VdEK, IKK, KBS).

Les mutuelles ont ainsi largement évolué au XXe siècle, en s’adaptant aux contextes de couverture obligatoire et en répondant aux nouveaux besoins des populations. Si certaines ont fait le choix de développer leurs activités sanitaires (offre de soins en Grande Bretagne), d’autres ont complètement changé de secteur, en développant l’assurance de risques divers, l’assurance automobile ou l’assurance habitation (Matmut, MAIF en France par exemple).

5.3. Les bénéfices apportés par les mutuelles de santé

Le présent chapitre a pour objectif de donner des exemples de bénéfices apportés par les mutuelles.

5.3.1. Les mutuelles réduisent la barrière financière

Lorsqu’elles offrent le tiers payant ou si elles rémunèrent directement le professionnel, les mutuelles permettent tout d’abord d’éviter le **paiement direct**. La cotisation permet ainsi de “prépayer” les actes médicaux couverts par la mutuelle.

Par ailleurs, l’adhésion à une mutuelle **répartit le risque financier** sur l’ensemble des assurés et évite les dépenses “catastrophiques” dans le cadre du panier de soins défini au sein de la mutuelle.

⁶⁹ La VdEK, membre de l’Association internationale de l’AIM en est un bon exemple. <http://www.vdek.com>.

⁷⁰ Voir p. 39 de l’Etude de la Commission européenne.

Enfin, les mutuelles étant à but **à but non lucratif**, leurs excédents éventuels sont donc nécessairement réinvestis dans la structure et dans l'amélioration de la couverture offerte à leurs membres. Des réserves sont constituées pour lisser les résultats d'une année sur l'autre.

5.3.2. Elles visent la satisfaction des besoins de leurs membres

Les mutuelles, **ne sélectionnent ni les risques ni les adhérents**. Les mutuelles sont des sociétés de personnes, elles n'appartiennent pas à des actionnaires et elles ont pour objectif la **satisfaction des besoins de leurs membres**, et non la recherche de profits. Pour cette raison, elles peuvent être amenées à **couvrir des populations peu "rentables"** d'un point de vue économique.

Porteuses de principe de solidarité, les mutuelles permettent aux populations "à risque" de par leur âge ou leur état de santé de bénéficier des mêmes services pour un prix similaire aux personnes en bonne santé. Mais, sur un marché où les acteurs sont en concurrence, cette situation n'est tenable que si l'assise des mutuelles est très large ou si la régulation du marché permet de compenser les coûts de cotisations, ou de risques supérieurs.

5.3.3. Elles rendent les soins de santé plus accessibles et mieux maîtrisés par les patients

Le système mutualiste a comme finalité de garantir l'accès aux soins de ses membres. On mesure à travers différents exemples comment l'adhésion contribue à améliorer:

- le recours aux soins;
- l'information et la responsabilisation des patients.

Les deux exemples traités ci-après (Mali et Bénin) l'illustrent.

Une probabilité plus importante d'être soigné au Mali

L'OMS a mené une enquête au Mali dans deux districts, auprès de 817 ménages, en 2008. L'étude, intitulée "Influence des mutuelles de santé sur le recours aux services de santé prioritaires en milieu rural et urbain au Mali: étude cas témoins⁷¹", conclut que les affiliés des mutuelles à jour de leurs primes avaient:

- une probabilité 1,7 fois supérieure d'être traités pour une fièvre dans un établissement moderne que la population non affiliée à une mutuelle;
- une probabilité 3 fois supérieure de présenter leur enfant atteint de diarrhée dans un centre de santé et/ou de le traiter par des sels de réhydratation orale à domicile;
- une probabilité 2 fois supérieure de bénéficier de quatre visites prénatales ou plus et de dormir sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide ($p < 0,10$ ou mieux dans tous les cas) s'ils avaient moins de cinq ans ou attendaient un enfant.

Néanmoins, la distance au centre de santé le plus proche constitue un facteur prédictif important de l'absence de recours à de nombreux services, notamment l'accouchement assisté. Il n'a pas été relevé d'association significative entre l'affiliation familiale ou individuelle à une mutuelle et le statut socioéconomique (sauf pour le quintile le plus riche).

⁷¹ <http://www.who.int/bulletin/volumes/86/11/08-051045-ab/fr/index.html>: "Influence des mutuelles de santé sur le recours aux services de santé prioritaires en milieu rural et urbain au Mali: étude cas témoins", *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, vol. 86, novembre 2008, 817-908.

Le pouvoir de dire “non”, au Bénin

L'étude intitulée “Grâce aux mutuelles de santé au Bénin, les usagers ont le pouvoir de dire non”, publiée en 2011 par l'Université de Montréal⁷², illustre les avantages que les membres tirent de l'adhésion à une mutuelle, en donnant l'exemple du Bénin:

- **Les membres ont davantage recours aux soins de santé** que les non membres.
- Les coûts **des soins de santé sont moins élevés** pour les membres que pour les non-membres:
 - Une hospitalisation, par exemple, coûte 40 pour cent de moins aux adhérents (moins de 30 000 francs CFA (XOF) pour les adhérents, 46 000 XOF pour les autres).
 - Un accouchement coûte autour de 9 000 XOF aux adhérentes, soit 30 pour cent de moins qu'aux non adhérentes (12 500 XOF).
- Les mutuelles développent des **liens de confiance au sein de la communauté**.
- Le pouvoir d'agir et de dire “non”. C'est l'effet peut-être le plus inattendu. L'étude montre que **les adhérents sont organisés et mieux informés de leurs droits**, ce qui leur permet de refuser et de dénoncer les abus des personnels soignants (délais, demande de “dessous-de-table”), et ainsi, d'améliorer la qualité de leur prise en charge.

5.3.4. Elles favorisent le lien social

Les mutuelles, qui s'organisent souvent à partir de solidarités préexistantes (communauté, profession, ...), favorisent **le lien social et la responsabilisation**.

Les mutuelles sont des sociétés de personnes, qui fonctionnent selon le principe démocratique “une personne = une voix”. Les assurés bénéficient d'un droit de vote, afin d'élire leurs représentants. Ils peuvent également présenter leur candidature. Ils sont donc partie prenantes de l'organisation de leur mutuelle, ce qui leur permet d'acquérir une meilleure connaissance de leurs droits et de prendre les décisions pour leur avenir, en assemblée générale, directement ou par délégation.

5.3.5. Elles couvrent tous les segments de la population, y compris les populations à risques ou défavorisées

En France, une étude de Consultance en Santé publique (CREDES⁷³) a montré que les personnes de plus de 65 ans et celles présentant des maladies chroniques (catégories de personnes dites “à risques”) étaient sous-représentées chez les assureurs à but lucratif. Elles sont plus susceptibles d'être couvertes par des mutuelles que par des assureurs commerciaux, car les mutuelles sont à but non lucratif et ne sélectionnent pas les risques que peuvent représenter leurs membres.

En Italie, l'étude de Gianonni-Mazzi⁷⁴, démontre que les personnes à revenus moyens ou haut ont plutôt tendance à souscrire à des assurances à but lucratif, tandis que les personnes à

⁷² V. Ridde; S. Haddad; X. Ducandas; I. Yacoubou; M. Yacoubou; M. Gbetie. 2011. “Grâce aux mutuelles de santé au Bénin, les usagers ont le pouvoir de dire “non”, en partenariat avec l'USI, le CHUM, l'IRDC- CRDI, le CIHR-IRSC, le CIDR, l'AIMS et la Confédération suisse, novembre 2011.

⁷³ Ulman, S. 2001. Cités dans *Voluntary Health Insurance*, Mossalos, E.; Thomson, S. 2002, pp.39-40. Can be downloaded www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/98448/E84885.pdf.

⁷⁴ Giannoni, M. 2001. *Voluntary Health Insurance*, in: “Health Care Systems in Transition: Italy, European Observatory on Health Care Systems”, World Health Organisation (WHO), Copenhagen, pp. 46-49.

revenu moyen ou bas souscrivent plutôt à des assurances mutuelles⁷⁵. Cette tendance s'explique par le fait que les mutuelles mènent des politiques non sélectives. Elles ont **vocation à couvrir l'ensemble de la population**. L'adhésion d'une large population est une condition-même de leur viabilité: comme expliqué précédemment, les mutuelles couvrent leurs adhérents de manière solidaire et réciproque.

5.3.6. Elles résistent bien à la crise

Contrairement aux assurances privées à but lucratif, les mutuelles sont peu dépendantes des marchés financiers. De ce fait, dans le contexte de crise actuelle, elles font preuve d'une grande résistance. Ainsi le rapport "Le rôle des sociétés mutuelles au XXI^e siècle⁷⁶" publié par le Parlement européen en juillet 2011 indique "comme les mutuelles acquièrent leurs capitaux uniquement via leurs membres et non pas par le biais des marchés de capitaux, elles semblent **mieux résister aux crises financières** et aux crises du crédit et, dès lors, être **plus durables**". Cet avis est également partagé par la Commission européenne, dans son rapport sur "la situation et les perspectives des mutuelles en Europe", publié en novembre 2012⁷⁷.

Ces deux rapports s'appuient en particulier sur les analyses d'agences telles qu'AM Best et Moody's. Ainsi, l'étude "Moody's insurance, Revenge of the Mutuals Policyholder-Owned U.S. Life Insurers Benefit in Harsh Environment Summary Opinion, 2009" montre que les mutuelles opérant dans le secteur de l'assurance-vie ont mieux résisté à la crise⁷⁸:

- "Les mutuelles ont une capitalisation plus robuste. La plupart des mutuelles disposent de capitaux plus importants et de meilleure qualité (leur structure de capital comprend généralement moins de dettes), leur permettant d'absorber des chocs imprévus.
- Leur activité principale et leur offre de produits sont moins risquées.
- Elles sont exposées à moins de risques relatifs à la divulgation de données financières et à la réputation (c'est-à-dire que n'étant pas cotées en bourse, elles dépendent moins de l'évolution constante des marchés, et sont moins vulnérables à la couverture médiatique et à une avalanche rapide de publicité négative, qui peut nuire à l'image de marque et à la santé financière d'une société).
- Elles ont un accès moindre aux marchés de capitaux, mais par conséquent elles en dépendent moins.
- Elles bénéficient d'un meilleur alignement des propriétaires et créanciers/assurés avec une orientation de long terme."

Enfin, comme le soulignent unanimement le Parlement européen, la Commission européenne et les associations mutualistes (Association internationale de la Mutualité (AIM), *International Cooperative and Mutual Insurance Federation* (ICMIF), Association des assureurs mutuels et coopératifs en Europe (AMICE)), l'économie gagne à **diversifier ses structures et ses risques**. En d'autres termes, le modèle mutualiste, partie prenante et fondateur de l'économie sociale, enrichit et diversifie l'économie.

⁷⁵ Etude du Parlement européen *Le rôle des sociétés mutuelles au XXI^e siècle*, Direction générale des politiques internes, Commission Emploi et Affaires sociales, Parlement européen, IP/A/EMPL/ST/2010-004, PE 464.434, juillet 2011, p. 40 de la version française, p.35 de la version anglaise.

⁷⁶ Idem. 2011. *Le rôle des sociétés mutuelles au XXI^e siècle*, p. 9 des versions françaises et anglaises.

⁷⁷ Etude de la Commission européenne, pp. 41-43.

⁷⁸ Cité dans le rapport du Parlement européen *Le rôle des sociétés mutuelles au XXI^e siècle*, p. 63 de la version anglaise, p. 75 de la version française.

Enfin, la Commission européenne cite également les résultats négatifs de la démutualisation de la Grande Bretagne dans les années 1990, comme argument en faveur de la diversification de l'économie opérée par les mutuelles⁷⁹.

5.3.7. Elles agissent sur le long-terme

Contrairement aux assurances privées à but lucratif, les mutuelles n'ont pas d'actionnaires. Elles ne sont donc pas soumises à une logique de rendement financier court-termiste, dont les membres pourraient pâtir. Les mutuelles protègent les populations sur le long terme, ce qui instaure une solidarité collective mutuellement avantageuse et durable.

5.3.8. Les mutuelles, "acteurs" et non plus simplement "payeurs": elles favorisent l'information et l'éducation des patients

De plus le rôle des mutualités évolue (voir le Rapport de 2008 de l'Association internationale de la Mutualité "Protection santé aujourd'hui: Structures et tendances dans 13 pays"⁸⁰). Si les mutuelles agissent en grande partie sur le remboursement des médicaments, les mutations socio-économiques et le certain désengagement de l'Etat les poussent à élargir leur rôle. Au lieu d'être de simples "payeurs" leur rôle d'"acteur" est renforcé.

Afin d'améliorer la prévention des maladies, elles renforcent l'information aux patients:

- La Mutualité française⁸¹ a mis à disposition des membres de son réseau le service "Priorité Santé Mutualiste" (PSM). Ce service comporte une plateforme téléphonique, un site internet et des rencontres en régions⁸² sur les thématiques suivantes:
 - la prévention;
 - le dépistage;
 - la maladie;
 - le médicament;
 - l'accompagnement pendant et après la maladie;
 - le médico-social (dont la perte d'autonomie);
 - les droits et les démarches (protection sociale, droits du patient...).
- En Irlande, la mutuelle "VHI Healthcare"⁸³ met à la disposition de ses membres un site web présentant une gamme de services d'information concernant les maladies et leur traitement, des conseils pour mener une vie saine (diététique et nutrition, exercice et fitness, style de vie et bien-être, santé en voyage, santé au travail, addictions). Au-delà de ces informations en ligne, "VHI Healthcare" propose les conseils d'une infirmière 24h/24 et 7j/7 par téléphone ou par email pour des questions

⁷⁹ Etude 2012 de la Commission européenne, p. 40.

⁸⁰ *Protection santé aujourd'hui : Structures et tendances dans 13 pays*, Groupe de travail Réforme des systèmes de santé de l'AIM, publié en 2008 et téléchargeable sur le site de l'AIM: <http://www.aim-mutual.org>.

⁸¹ La Mutualité française est la Fédération nationale d'environ 600 mutuelles françaises. Ses membres couvrent au total 38 millions de personnes en France, essentiellement dans le domaine de la santé. <http://www.mutualite.fr/La-Mutualite-Francaise>.

⁸² <http://www.prioritesantemutualiste.fr/psm/accueil>.

⁸³ <https://www.vhi.ie/index.jsp>.

de santé, ou pour organiser un rendez-vous. La mutuelle peut également envoyer une alerte SMS pour rappeler la prise d'un traitement.

- Certaines mutuelles belges (Mutualités Chrétienne ou Socialiste) permettent d'évaluer et comparer les coûts à charge des patients hospitalisés au moyen d'un module permettant à toute personne de comparer les pratiques tarifaires des hôpitaux.
- De son côté, la Mutualité Française a lancé en 2011 "Tensioforme", un programme innovant expérimental d'éducation thérapeutique pour réduire les risques d'hypertensions, auquel sept mutuelles françaises participent⁸⁴.

Les mutuelles participent aussi au développement des innovations en terme d'organisation des soins (coordination entre niveaux primaires et secondaire et entre soins de santé et de longue durée et sociaux, "disease management", répartition des rôles entre prestataires, "e-health" et télémédecine...). Ainsi, la Mutualité Sociale Agricole française a lancé des "maisons de santé rurales" pluridisciplinaires (MSR). Ces MSR regroupent un large panel de professionnels de la santé (infirmiers, masseurs kinésithérapeutes, voire pharmaciens, ambulanciers, pédicures, psychologues, sages-femmes, dentistes...) qui favorisent une meilleure coordination des soins et permettent d'assurer la continuité et la permanence des soins. Les Mutualités libres belges (MLOZ) sont également très avancées dans la mise en œuvre de bonnes pratiques favorisant le "disease management"⁸⁵. Elles ont notamment mis en place, depuis 2005, des plateformes pour aider à une meilleure coordination des maladies chroniques.

Enfin, face aux pressions pour réformer les systèmes de protection sociale, les mutuelles assurent un rôle de veille sur les systèmes de santé et de plaidoyer, tant au niveau national, qu'au niveau international.

5.4. Solidarité plutôt que "charité", les mutuelles sont des entreprises sociales à visée universaliste

Les mutuelles se battent pour une vision solidaire de la société. En effet, les mutuelles ont pour objectif de couvrir toute la population. C'est l'assise large qui permet aux sociétés mutuelles de faire fonctionner la solidarité, grâce aux "bons" risques, comme aux "mauvais" risques qu'elles assurent. **Elles ne sont pas là pour couvrir seulement les populations vulnérables, exclues ou marginalisées.**

Or cette visée universaliste est remise en cause par de nombreux acteurs, comme l'Union européenne. Cette dernière s'intéresse de plus en plus à l'économie dite "sociale" en omettant les fondamentaux que sont solidarité large et mixte entre tout type de population, gouvernance démocratique... Elle définit actuellement des normes européennes sur "l'entreprenariat social", qui seraient des formes d'entreprenariat focalisées sur les groupes de populations vulnérables ou intégrant dans leur fonctionnement ce type de population. Ces entreprises sociales encouragées, peuvent faire l'objet de subvention, à condition de se centrer et de servir **uniquement** des populations à risques.

L'Association internationale de la mutualité a pris le parti de défendre le modèle des entreprises de l'économie sociale en mettant en évidence le rôle sociétal des mutuelles:

⁸⁴ <http://www.mutualite.fr/L-actualite/Sante/Tensioforme-un-programme-personnalise-contre-l-hypertension-arterielle>.
<http://www.mutualite.fr/L-actualite/Sante/Hypertension-arterielle-Tensioforme-en-ordre-de-marche-!>

⁸⁵ <http://www.mloz.be/fr/publications/fax-medica>.

“L’entrepreneuriat social ne peut pas être réduit aux groupes vulnérables (...). Le champ d’intervention des mutuelles ne peut pas être réduit aux services centrés sur les groupes vulnérables (...) comme suggéré par la définition européenne. Les mutuelles sont des organisations solidaires, dont l’objectif est de protéger la population dans son ensemble et non pas uniquement les personnes précaires. Par exemple, les mutuelles jouent un rôle social important grâce à leur large réseau de services et d’institutions (...) sur l’ensemble du territoire (y compris les zones rurales ou suburbaines), qui visent tout un chacun. **Leur principal objectif est de s’assurer que les groupes vulnérables n’augmentent pas dans le futur. A cet effet, les mutuelles jouent un rôle crucial en défendant le principe de prévention.**”

Elles s’inscrivent dans une conception de la protection sociale universaliste, qui propose une protection à l’ensemble de la population et non à telle ou telle fraction (les pauvres, les jeunes...). Cette conception, portée par exemple par Nicolas Duvoux, sociologue à l’Université Paris Descartes, vise à éviter “le paradoxe de la redistribution” : le fait de cibler des populations défavorisées économiquement agit “a posteriori” et n’évite nullement à d’autres de connaître le même sort demain⁸⁶.

Par ailleurs, la conception anglo-saxonne du “social business”, considère l’entreprise sociale comme une entité de petite taille. Or le caractère “social” ne doit pas limiter la taille de la structure.

Ainsi, l’existence des mutuelles est fortement remise en cause en Europe, car les règles de l’Union européenne tendent à les banaliser. Beaucoup de leurs spécificités en particulier en termes de gouvernance ne sont pas connues, ni reconnues, ce qui obère leur possibilité d’exercer sur le marché dans les mêmes conditions et règles de concurrence que les autres opérateurs (**les mutuelles sont une forme juridique inconnue au niveau européen**). **De ce fait elles ne peuvent pas se développer au niveau transnational ou européen, en tant que mutuelle (société de personnes)**. Elles peuvent le faire sous d’autre forme, mais ce faisant elles perdent leur caractère mutualiste. Les mutuelles, sans reconnaissance au niveau européen, sont menacées de disparaître, ce qui remettrait en cause, comme nous l’avons vu précédemment, l’accès aux soins d’une grande part de la population européenne.

Les mutuelles plaident pour que la diversité des formes d’entreprendre soit non seulement reconnue mais encouragée, tout comme le Parlement européen, qui affirme :

- Il est souvent reconnu que “les secteurs mixtes, composés à la fois de mutuelles et de sociétés par actions, présenteraient un avantage systémique, étant donné que des structures de propriété différentes rendent le marché moins risqué et plus compétitif qu’un environnement exclusivement composé soit de mutuelles soit de sociétés par actions⁸⁷.”
- “(...) la Commission (européenne) devrait proposer des solutions adéquates à ces problèmes, dans le but de mieux reconnaître la contribution faite par les mutuelles dans l’économie sociale⁸⁸.”

⁸⁶ Cité dans l’article *Considérer la protection sociale comme un investissement*, Alternative économiques no 319, décembre 2012, pp. 65 et 66. Voir aussi Duvoux, no 2012. *Le nouvel âge de la solidarité. Pauvreté, précarité et politiques publiques*, Paris, Seuil/La République des idées.

⁸⁷ Extrait du Rapport du Parlement européen 2011. “Le Rôle des sociétés mutuelles au XXIème siècle”.

⁸⁸ Rapport d’initiative parlementaire de Luigi Berlinguer, adopté par le Parlement européen le 14 mars 2013 portant sur les recommandations sur le statut de mutuelle européenne “with recommendations to the Commission on the Statute for a European mutual society (2012/2039(INI)), Committee on Legal Affairs”, p.4.

6. Les mutuelles face au risque de "démutualisation": le défi de la reconnaissance

Le rôle des mutuelles est soumis à des tensions (voir chapitres 4 et 5) qui remettent en cause, pour des raisons variées, leur existence-même, sur tous les continents.

D'un côté, de nombreux Etats en Afrique ou en Amérique latine encouragent la création de socles de protection sociale et **s'interrogent sur la place des mutuelles dans cette extension**. Les mutuelles sont souvent vues comme un moyen "d'atteindre" les populations issues du secteur informel, mais elles souffrent de la faiblesse des contributions des adhérents, de leur petite taille, d'une image écornée par des cas de manque de professionnalisation, d'efficience ou des difficultés de gestion.

D'un autre côté, les Etats souffrant de la crise, comme en Europe, ont tendance à se désengager des systèmes de protection sociale obligatoire traditionnels en transférant des charges plus importantes aux assurances santé privées ou aux mutuelles, sans toutefois doter ces dernières d'outils légaux et statutaires leur permettant d'agir à armes égales. Les mutuelles sont de plus en plus **assimilées à des assurances commerciales**, elles sont menacées par la perte de leurs valeurs. Les mutuelles ont tendance à être perçue par les législateurs (par exemple le gouvernement argentin ou la Commission européenne) comme des opérateurs "comme les autres", qui doivent s'adapter au marché, sans prise en compte de leur rôle social ni de leurs spécificités de gouvernance, ni de leur importance en terme de part de marché⁸⁹. On assiste à une tendance à la banalisation de leur modèle, accélérée par la mondialisation de l'économie dont les réglementations sont majoritairement inspirées des sociétés de capitaux.

Ces déficits de reconnaissance remettent en cause l'existence des mutuelles.

6.1. Faire reconnaître le mouvement mutualiste en Afrique

Un mouvement en structuration...

La question de la petite taille des mutuelles en Afrique subsaharienne a souvent été évoquée, notamment dans les analyses de la "Concertation"⁹⁰, comme une difficulté majeure à peser face à l'offre de soins et dans le débat avec les pouvoirs publics.

Pour cette raison, les coordinations de mutuelles ont été fortement encouragées par le programme "Strategies and Tools against social Exclusion and Poverty" (STEP)⁹¹ du Bureau international de Travail. Mais faute de moyens (informatiques notamment) ces coordinations ont du mal à se mettre en place (ex: L'union des Mutuelles de Dakar).

La "Concertation entre les acteurs du développement des mutuelles de santé en Afrique", est un exemple intéressant de tentative de structuration du mouvement mutualiste. Cette plateforme de rencontres, d'échanges et d'expériences entre les acteurs du développement des mutuelles de santé en Afrique a été créée en avril 1999 à la suite de l'atelier tenu à Abidjan sur

⁸⁹ Comme souligné par le rapport de la Commission européenne de novembre 2012: deux assureurs sur trois en Europe sont mutualistes (tous secteurs – santé, risques divers- confondus).

⁹⁰ Le site internet de la Concertation a disparu, mais des références persistent sur internet. Voir par exemple http://tribune.tmp38.haisoft.net/index.php?option=com_content&view=article&id=81:le-forum-africain-de-la-concertation-des-promoteurs-de-mutuelles-de-sante-se-tiendra-a-yaounde&catid=1:actualite&Itemid=3.

⁹¹ <http://www.ilo.org/public/french/region/afpro/dakar/activities/projects/step.htm>.

“Les stratégies d'appui aux mutuelles de santé en Afrique de l'Ouest”, afin de définir les stratégies d'appui au mouvement mutualiste naissant. La Concertation était active au Sénégal, Mali, Burkina Faso, Niger, Côte d'Ivoire, Bénin, Mauritanie, Cameroun, Guinée, Tchad, Togo, Congo, Rwanda et Burundi.

C'était un pôle mutualiste, politique, stratégique et juridique pour promouvoir le modèle et les valeurs mutualistes en vue du développement des systèmes de protection sociale solidaire.

Malheureusement, le départ des organisations internationales, l'Agence des Etats-Unis pour le développement international (*United States Agency for International Development* (USAID)), l'agence de coopération allemande (*Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit* (GIZ))⁹² et le BIT ont provoqué l'arrêt du programme STEP et ont marqué la fin de la Concertation. Aujourd'hui, le mouvement mutualiste africain tente de se structurer dans un cadre plus large au sein des relations de l'AIM avec l'Amérique Latine et l'Union Africaine de la Mutualité (UAM). En février 2012, l'AIM et l'UAM ont organisé un “Carrefour mutualiste” pour définir ensemble les chantiers mutualistes africains. En avril 2013, un point d'étape a été fait à Rabat, dans le cadre du “2e Carrefour international de la Mutualité: le rôle des mutuelles dans le développement de l'économie sociale et solidaire”.

... qui doit se saisir de l'opportunité de la croissance en Afrique et du développement des socles de protection sociale

Si les mutuelles africaines parvenaient à se renforcer mutuellement, elles pourraient bénéficier de deux atouts majeurs du contexte actuel: **le développement des socles de protection sociale et la croissance économique forte du continent africain.**

Au moment où les socles de protection sociale sont affirmés, l'Afrique bénéficie d'une croissance économique forte, (5,5 pour cent en moyenne depuis 2000), la pauvreté a reculé de 42 à 31 pour cent et une classe moyenne se forme (300 millions d'habitants). Les économistes tels que Nicolas Baverez prédisent un “doublement de la classe moyenne, qui atteindrait 600 millions de personnes en 2050⁹³”. Or historiquement, les mutuelles se sont construites sur la base des classes moyennes; leur renforcement en Afrique constitue une réelle opportunité pour le développement des assurances sociales.

Les mutuelles doivent maintenant répondre à ces opportunités, en renforçant leur unité, en mettant en œuvre les priorités dégagées lors des Carrefours d'Abidjan et de Rabat, afin de se faire un plaidoyer plus efficace aux niveaux national, régional et international, échanger leurs expériences et agir en coordination avec les pouvoirs publics.

6.2. Les mutuelles face au risque de démutualisation

La tendance à la démutualisation concerne surtout les pays européens ou américains, dans lesquels les mutuelles ont connu un essor important dès la fin du XIXe siècle. Au début du XXe siècle, on assiste même à un mouvement de “mutualisation” de sociétés de capitaux (notamment aux Etats-Unis). Mais, à partir des années 1980, et surtout pendant la décennie 1990 dans les pays anglo-saxons, les mutuelles sont remises en cause et nombre d'entre elles se transforment en société de capitaux pour “augmenter l'efficacité, accéder au capital pour se développer, accroître la flexibilité. La démutualisation doit apporter, c'est du moins ce qui est

⁹² A l'époque s'appelait GTZ. <http://www.giz.de>.

⁹³ Chiffres cités dans la chronique “L'Afrique est bien partie” de Nicolas Baverez, Economiste et Historien, parue dans le quotidien français *Le Monde*, édition du mercredi 3 avril 2013, p. 2.

prétendu, des bénéfiques aux sociétaires, aux employés et aux futurs actionnaires⁹⁴. L'étude "La Mutualité, une valeur sûre", publiée par l'Association des assureurs coopératifs et mutualistes européens (ACME)⁹⁵ en 2001, analyse en profondeur ce mouvement de démutualisation des années 1990 et ses effets, afin de démontrer qu'en dix ans de démutualisations, celles-ci n'ont pas eu d'effets positifs, ni pour le marché ni pour le consommateur. Au contraire, la plupart des sociétés ont été rachetées ou absorbées et aucun bénéfice en terme de prime ou d'efficacité n'est constaté par l'étude.

La recherche d'une taille critique

Depuis les années 1990 en Europe, les mutuelles ont été soumises à une concurrence exacerbée par la mondialisation et l'intégration communautaire. "La démutualisation désigne le processus par lequel une société mutuelle change de statut juridique et se transforme en société cotée⁹⁶".

Comme l'écrit Stéphane Mottet dans un article intitulé "la démutualisation", les motivations économiques pour démutualiser ont été accentuées dans les années 1990: "déréglementation, euphorie des marchés financiers, rapprochement des métiers de la banque et de l'assurance, ouverture internationale (très sensible en Europe). Ces évolutions se traduisent par des rapprochements au niveau national et transnational – sous la forme de fusions-acquisitions, ou d'accords de coopération – dans le but affiché d'atteindre une taille critique et de réaliser des économies d'échelle⁹⁷". **Selon lui, la recherche d'une taille critique et la concurrence ont poussé de nombreuses mutuelles à démutualiser.**

Dans les années 1990-2000, les exemples de démutualisation sont nombreux en Grande Bretagne (Scottish Mutual en 1992, Norwich Union en 1997), mais aussi en Finlande (Sampo en 1987), en Suède (Trygg-Hansa en 1989), en Suisse (Swiss life en 1997)⁹⁸ ... Dans le reste du monde, la démutualisation est également radicale aux Etats-Unis dans le secteur de l'assurance vie (State Mutual Life en 1995), au Canada (Mutual life en 1999) et au Japon. (Mitsui life, 2002)⁹⁹.

La démutualisation a été facilitée dans les pays anglo-saxons, où la réglementation permet les transformations juridiques, et compliquée dans d'autres pays comme la France, où ces transformations sont interdites ou coûteuses (ce qu'on appelle le "verrou français¹⁰⁰").

⁹⁴ *La Mutualité, une valeur sûre*, publiée par l'ACME en 2001.

⁹⁵ Fondée en 1975, l'ACME est l'association régionale de la Fédération internationale des Coopératives et Mutuelles d'Assurance (*International Cooperative and Mutual Insurance Federation (ICMIF)*). L'ACME a fusionné en 2008 avec l' AISAM pour créer l'Association des assureurs mutuels et des coopératives d'assurance en Europe (AMICE).

⁹⁶ Mottet, S. 2002. "La démutualisation". In: *Revue d'économie financière*, no 67, *L'avenir des institutions financières mutualistes*. p. 111.

⁹⁷ Idem, pp. 111-120. http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/ecofi_0987-3368_2002_num_67_3_3576.

⁹⁸ Source: ACME. http://www.amice-eu.org/what_is_amice.aspx?lang=fr.

⁹⁹ Source: ICMIF.

¹⁰⁰ "Ce phénomène a été abondamment documenté dans la littérature académique anglo-saxonne. Par exemple, l'étude de Erhemjamts et Leverty (2010), qui porte sur la période 1995-2004, confirme la tendance observée à la démutualisation dans le secteur de l'assurance-vie aux Etats-Unis par Zanjany (2007). Par ailleurs, ces questions ont été originellement discutées dans le contexte français (Roth, 1998)". Voir *Crise et régulation des marchés financiers: Quel impact sur les formes mutuelles dans l'assurance?* Fabrice Rot. halshs-00692342, version 1-3 mai 2012. <http://hal.archives-ouvertes.fr/docs/00/69/23/42/PDF/Article.pdf>, p. 9.

Une législation qui ignore le modèle mutualiste, l'exemple européen

L'Union européenne, soucieuse du respect de la libre concurrence et de la bonne gestion des assurances sur son territoire, a imposé des règles qui ont considérablement impacté le paysage mutualiste et de la protection sociale en Europe. Depuis les années 2000, les régimes fiscaux et sociaux des mutuelles et des assureurs lucratifs ont été alignés, ce qui a conduit à une "banalisation" des mutuelles¹⁰¹.

Comme le souligne l'AIM¹⁰², l'absence de législation adaptée au niveau européen pourrait de nouveau pousser à la démutualisation. En effet, s'il est possible de créer des structures de regroupements nationaux entre mutuelles dans certains pays, les outils juridiques varient cependant d'un pays à l'autre. Cela nuit à la visibilité des groupes mutualistes constitués et **ne permet pas de créer des mutuelles européennes ni des groupes européens mutualistes**.

En effet, l'établissement via des filiales dans un autre pays de l'Union Européenne, "ne peut se faire **que sous la forme de sociétés de capitaux** (sociétés anonymes généralement) contrôlées et gouvernées par des actionnaires ou associés, ce qui est contraire à l'objectif poursuivi par le monde mutualiste¹⁰³". La constitution d'une mutuelle européenne sous forme de groupe permettrait d'augmenter la taille ainsi que les fonds propres disponibles avec la mise en place de transférabilité des fonds propres entre structures mutualistes.

Une législation qui pousse à la convergence avec les assureurs commerciaux

Du fait de la législation européenne, les mutuelles qui géraient l'assurance maladie ont ainsi dû transposer la législation européenne sur les assurances¹⁰⁴ et en particulier le régime de solvabilité (dont la proposition de réglementation Solvabilité 2 toujours en cours de négociation). Un des obstacles majeurs à la création de mutuelles en Europe est l'exigence de seuils élevés de fonds propres.

Afin d'atteindre les normes élevées de solvabilité, les plafonds nécessaires de fonds de réserves et pour faire face à la concurrence accrue des assureurs commerciaux, les mutuelles se sont regroupées, ont fusionné, d'autres ont choisi l'option radicale de "démutualiser" ou ont cessé leurs activités.

Par ailleurs, les mutuelles ont dû séparer la gestion de leur activité d'assurance complémentaire de la gestion des "réalisations sociales", qui sont des services de nature diverses (cliniques, pharmacies, centre de vacances...).

¹⁰¹ Caniard, E. et Meyer C. "Les complémentaires et la crise: menace ou opportunité?", *Les Tribunes de la santé*, 2012/3 no 36, pp. 55-66. DOI : 10.3917/seve.036.0055. Téléchargeable sur <http://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante-2012-3-page-55.htm>.

¹⁰² Argumentaire de l'AIM en faveur du Statut de la Mutuelle européenne, 2012. http://ec.europa.eu/internal_market/consultations/2012/company_law/additional-information/fnmf-roam-additional-comments_fr.pdf.

¹⁰³ Idem.

¹⁰⁴ Lisbon Treaty *Treaty on European Union*, article 2.

Le rôle des mutuelles évolue¹⁰⁵, le cas de la Belgique

En 2006 la Commission européenne fut saisie d'une plainte déposée par le lobby belge des assureurs commerciaux privés ASSURALIA, fondée sur le fait que les mutualités devaient exercer leurs activités d'assurance complémentaire dans les mêmes conditions que les assureurs commerciaux, et que les directives européennes (73/239/CEE et 92/49/CEE) n'avaient pas transposées dans le droit national belge.

A la suite de cette plainte, la Commission adressa à l'Etat belge, le 15 décembre 2006, une lettre de mise en demeure¹⁰⁶ indiquant qu'elle considérait ces directives comme applicables aux mutualités belges lorsque celles-ci offrent une assurance maladie complémentaire sur le marché.

La mise en demeure ne concernait pas le rôle des mutualités dans l'assurance maladie obligatoire, mais leurs activités sur le marché de l'assurance maladie complémentaire.

Selon la Commission, le respect de la législation européenne en matière d'assurance imposait **l'application stricte des mêmes règles**, quel que soit le statut des assureurs et indépendamment du fait que les mutuelles fournissaient également l'assurance obligatoire.

Après une longue procédure qui s'acheva en 2012 par une modification de la législation sur les mutuelles, celles-ci ont dû créer des entités juridiques distinctes, des sociétés mutualistes d'assurance (SMA), pour le développement de leurs activités d'assurance complémentaires facultatives (exemple les produits couvrant les frais d'hospitalisation). Les SMA exercent donc leurs activités en concurrence avec les assureurs commerciaux. Cependant, les activités d'assurance complémentaires obligatoires sont qualifiées d'opérations mutualistes lorsqu'elles respectent un ensemble de 10 critères¹⁰⁷. En appliquant ces critères les mutuelles exercent dans le sens de l'intérêt général, les opérations offertes à leurs affiliés n'ont pas de caractère commercial et donc ne sont pas en concurrence avec le secteur privé commercial.

Ainsi, la tendance à l'uniformisation du secteur de l'assurance est à l'œuvre, comme le note le rapport du Parlement européen "le marché de l'assurance va vraisemblablement s'uniformiser dans le futur et progressivement, les mutuelles pourraient être forcées d'agir comme des

¹⁰⁵ Coheur, A. 2012. *Solidaris*, Belgian National Federation of Mutual Benefit Health insurance Funds (UNMS) "The mutuality in the Belgian health insurance system", pp. 15-16.

¹⁰⁶ Infraction no 2006/4293, avis C2008/1458.

¹⁰⁷ Les 10 critères sont:

- 1) L'affiliation au service est obligatoire pour toutes les personnes affiliées à la mutualité.
- 2) Chaque personne affiliée à la mutualité a accès et ne peut être exclue de ce service quel que soit son âge, son sexe et son état de santé.
- 3) Le service prévoit la continuité de la couverture pour les personnes qui étaient, avant le changement de mutualité, affiliées à un service similaire. L'Office de contrôle détermine ce qu'il y a lieu d'entendre par services "hospitalisation" et "indemnités journalières" similaires.
- 4) Les cotisations pour le service sont forfaitaires. Il n'y a pas de segmentation des cotisations mais une différenciation des cotisations est possible sur la base de la composition du ménage ou du statut social au sens de l'article 37, §§ 1er, 2, et 19, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.
- 5) La garantie couvre les états préexistants à l'affiliation.
- 6) La garantie est égale pour chaque personne affiliée au service concerné sauf si le statut social visé au point (e) est pris en compte, auquel cas la garantie peut être augmentée.
- 7) La gestion financière est basée sur la répartition. Par conséquent, il n'y a pas de constitution de provisions. L'octroi des prestations dépend des moyens disponibles au moment concerné. Les mutualités doivent gérer les opérations en bon père de famille selon les instructions et sous le contrôle de l'Office de contrôle.
- 8) Les cotisations du service ne sont pas capitalisées.
- 9) Le service est organisé sans but lucratif.
- 10) Les avantages du service, tels qu'approuvés par l'assemblée générale, sont inscrits dans les statuts.

sociétés à capitaux ou de “démutualiser”. A moins que le projet de Statut de Mutuelle européenne (SME) ne vienne apporter aux mutuelles la reconnaissance juridique indispensable à l’extension du modèle mutualiste en Europe, aux regroupements et aux activités transfrontalières.”

6.3. Le plaidoyer du mouvement mutualiste

Afin de continuer de jouer un rôle dans la protection sociale de leurs membres, les mutuelles doivent faire un travail sur elles-mêmes, sur leurs valeurs, leur efficacité. **Les Britanniques offrent des exemples très intéressants de redynamisation du modèle mutualiste** et de ses valeurs, notamment à travers leur organisation porte-parole “Mutuo¹⁰⁸” ou des “think tanks tels que ResPublica¹⁰⁹”:

- Créé en 2001, Mutuo associe les diverses branches mutualistes et coopératives britanniques afin de promouvoir une meilleure connaissance des mutuelles et d’encourager des approches mutualistes dans l’économie et les politiques publiques. Les différentes branches travaillent ensemble pour promouvoir leurs intérêts communs et s’adresser d’une seule voix au gouvernement, aux médias et aux décideurs politiques.
- ResPublica a publié un rapport “Making it Mutual: The ownership revolution that Britain needs¹¹⁰” qui plaide pour renforcer la place des coopératives et des mutuelles dans la société britannique, tous secteurs confondus (la santé, mais également la culture, les infrastructures, l’éducation...).

Les mutuelles s’organisent au niveau transnational pour être reconnues et faire reconnaître les intérêts de leurs membres. Ainsi l’Association internationale de la Mutualité s’implique activement pour faire améliorer les droits et le respect des patients dans des domaines tels que les médicaments, les dispositifs médicaux, la sécurité des données personnelles, les soins transfrontaliers, etc.

Tableau 1. Panorama des principales organisations mutualistes internationales*

Organisation	Caractéristiques
Association internationale de la mutualité (AIM) www.aim-mutual.org “Healthcare and social benefits for All” Siège à Bruxelles	Regroupe des Fédérations de mutuelles et d’organisations d’assurance maladie complémentaire et obligatoire (en santé et protection sociale). 48 membres (fédérations nationales) dans 27 pays: - Région Europe: 1/2 des membres de l’AIM, représentant 70% des personnes couvertes en Europe par des mutuelles. - Région Afrique: 1/4 membres de l’AIM. - Région Amérique latine 1/4 membres. Objectifs: - analyser les évolutions européennes et internationales dans les domaines de la protection sociale et des soins de santé;

¹⁰⁸ <http://www.mutuo.co.uk>. Voir également l’article “The age of the Mutual?”, Hesse J. 2012. Publié dans *Business voice*, novembre.

¹⁰⁹ <http://www.respublica.org.uk/about-us>.

¹¹⁰ “Making it Mutual: The ownership revolution that Britain needs”, edited by Julian, C. 2013 <http://www.respublica.org.uk/item/Making-it-Mutual>.

	<ul style="list-style-type: none"> - échange d'informations les membres; - lobbying auprès des organisations européennes et internationales (sur le médicament, les dispositifs médicaux, la protection des données personnelles, le statut de mutuelle européenne...). <p>Promotion des valeurs des mutuelles (protection sociale universelle, non-lucrativité, non sélection des risques, démocratie).</p>
<p>Association des assureurs mutuels et coopératifs en Europe (AMICE)</p> <p>www.amice-eu.org/</p> <p>Siège à Bruxelles</p>	<p>Regroupe des mutuelles et des coopératives d'assurance, au niveau européen. C'est le membre européen de l'ICMIF.</p> <p>120 membres (1/3 du marché européen de l'assurance en Europe).</p> <p>Objectifs:</p> <ul style="list-style-type: none"> - porter la voix du secteur de l'assurance mutuelle et coopérative en Europe; - garantir la prise en compte des intérêts de ses membres afin de créer des conditions de marché équitables pour tous les assureurs en Europe, indépendamment de leur forme juridique.
<p><i>International Cooperative and Mutual Insurance Federation</i> (ICMIF)</p> <p>www.icmif.org</p> <p>Siège à Manchester</p>	<p>Regroupe des mutuelles et des coopératives d'assurance au niveau mondial. L'ICMIF est le membre du secteur Assurance de l'Association internationale des coopératives (<i>International Cooperative Alliance</i> (ICA)).</p> <p>221 membres, dans 74 pays:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1/3 tiers membres en Europe - 1/3 en Amériques - 11/3 Asie, Océanie, Afrique et Moyen-Orient. <p>Objectifs:</p> <ul style="list-style-type: none"> - promouvoir l'identité et les valeurs des mutuelles et coopératives; - analyse statistique du secteur; - lobbying. <p>L'ICMIF a également développé un Comité pour le Développement, qui réfléchit à comment améliorer l'accès à l'assurance pour les populations défavorisées.</p>
<p>Union Africaine de la Mutualité (UAM)</p> <p>www.uam.org.ma</p> <p>Siège à Rabat</p>	<p>Regroupe 21 mutuelles dans 16 pays africains, dans le secteur de la santé et de la protection sociale.</p> <p>Objectif:</p> <ul style="list-style-type: none"> - dans le cadre d'une coopération "Sud-Sud", diffuser dans tous les pays africains, les principes dont s'inspire la Mutualité dans l'assurance maladie, la prévoyance, la retraite et les autres secteurs de la protection sociale, en synergie avec la coopération Nord-Sud.
<p>Organisation des entités mutuelles des Amériques (ODEMA)</p> <p>www.odema.org</p> <p>Siège à Buenos Aires</p>	<p>Regroupe 91 mutuelles 18 pays d'Amérique (dont 45 membres en Argentine), dans le secteur de la santé et de l'action sociale.</p> <p>Objectifs:</p> <ul style="list-style-type: none"> - promouvoir et renforcer les entités mutuelles en Amérique;

	- créer des conditions d'amélioration des capacités, l'échange de bonnes pratiques et renforcer l'unité du mouvement.
Alliance du mutualisme d'Amérique (AMA) www.amamutualidades.org Siège à Montevideo	Regroupe dix fédérations et d'union de mutuelles (environ 15 millions d'adhérents) dans 6 pays d'Amérique du Sud, dans le secteur de la santé. Et du développement social. Objectifs: - promouvoir les valeurs mutualistes, les échanges entre les membres, leur représentation au niveau international; - mettre en œuvre des actions sociales.

* Des mutuelles ou des fédérations de mutuelles sont également membres de l'Association internationale de la sécurité sociale, pour leur gestion de régime obligatoire.

Au niveau européen, **les mutuelles se mobilisent, avec le soutien actif du Parlement européen, pour obtenir un statut juridique au niveau européen.** En Afrique, un tel statut existe déjà c'est le règlement no 07/2009/CM/UEMOA portant réglementation de la mutualité sociale au sein de l'Union Economique et Monétaire Ouest Africaine (UEMOA¹¹¹).

Le département "Valeur Ajoutée en Europe" au sein de la DG IPOL du Secrétariat Général du Parlement Européen a étudié en janvier 2013 la valeur ajoutée apportée par les mutuelles en Europe. Elle conclut que les mutuelles représentent les 2/3 des assureurs (tous risques confondus) en Europe et qu'elles sont porteuses de valeur ajoutée sociale, économique et juridique¹¹². Malgré cela, les mutuelles (au contraire des compagnies d'assurance), ne sont aucunement mentionnées dans les traités européens et sont insuffisamment prises en compte dans les décisions les concernant (exemple de la Directive Solvabilité 2 qui remet en cause la gouvernance des mutuelles).

A force de plaider, les mutuelles finissent par être plus visibles et entendues au niveau européen. Par exemple, la Commission européenne, qui manifeste un intérêt grandissant pour l'entreprenariat social, avait constitué un groupe d'experts sur l'entreprenariat social, le GECES¹¹³, dans lequel elle n'avait pas retenu de représentant mutualiste, alors que les mutuelles sont reconnues comme des acteurs essentiels de l'économie sociale. Finalement, en juin 2013, elle a inclus deux mutualistes (de MGEN/France et de Solidaris/Belgique). Autre avancée potentielle en faveur du statut de mutuelle européenne, le 10 juillet 2013, la Commission européenne a annoncé qu'elle lancerait une "Etude d'impact" sur le Statut, comme préalable à une possible proposition législative en ce sens.

Malgré quelques avancées, le déficit de reconnaissance est commun à tous les continents. Lors de la réunion des mutuelles de santé "Carrefour de la Mutualité" de Rabat, organisées par l'Union africaine de la Mutualité, avec l'appui de l'Association internationale de la Mutualité, en présence de représentants américains de l'ODEMA et de l'AMA les 3 et 5 avril 2013, les intervenants ont plaidé pour que les mutuelles participent aux commissions de mise en œuvre de l'assurance maladie, notamment dans les pays africains. Les mutuelles, qui couvrent souvent des populations non couvertes par le régime obligatoire en Afrique, doivent participer, au côté des caisses d'assurance maladie, aux discussions avec les pouvoirs publics afin d'étendre les socles de protection sociale.

¹¹¹ http://www.uemoa.int/Documents/Actes/reglement_07_2009_CM_UEMOA.pdf.

¹¹² Voir le rapport, en libre accès sur internet: *European Added Value Assessment*, EAVA 01/2013, A Statute for European mutual societies, PE 494.461, ISBN: 978-92-823-4073-8.

¹¹³ Informations et compte rendu des réunions du GECES disponibles sur http://ec.europa.eu/internal_market/social_business/expert-group/index_fr.htm.

Conclusion

A l'heure de l'affirmation des socles de protection sociale, à travers lesquels les dirigeants politiques expriment la nécessité d'investir dans la sécurité sociale, à l'heure où la crise a démontré les limites du système tout libéral et où le "tout Etat" est également rejeté par les citoyens, le secteur de l'économie sociale, dont fait partie les mutuelles, a plus que jamais un rôle à jouer dans la couverture sociale des populations.

De par leur histoire, les mutuelles ont démontré leur capacité à répondre aux besoins sociaux des populations, en se basant sur des valeurs fortes:

- L'autonomie (plus justement exprimée par le terme anglo-saxon "empowerment"), la démocratie et la responsabilisation des citoyens.
- La solidarité entre les biens portants et les malades, les riches et les démunis.
- La "durabilité", liée à une logique de long-terme et de stabilité. Les mutuelles ne cherchent pas un rendement immédiat de capital, mais au contraire organisent une redistribution solidaire entre ses membres.
- La complémentarité avec les systèmes publics de protection sociale. Les mutuelles offrent des solutions en complémentarité et non en remplacement de la responsabilité publique.

Anticipant l'organisation collective de la réponse aux risques, on peut affirmer que les mutuelles ont inspiré les systèmes de protection sociale modernes. Elles ont participé et continuent de participer à l'extension de la protection sociale dans le monde. C'est cette longue et riche expérience qui fait de la mutualité un acteur de premier rang lorsqu'il s'agit de développer des solutions proches et adaptées aux besoins des populations.

Toutefois, de nombreux défis se posent aux mutuelles. Elles sont en mesure de participer à la construction de socles de protection sociale et à la recherche de solutions à ce challenge, à condition de prouver la pertinence de leur modèle: elles doivent continuer leur professionnalisation (en particulier dans les pays en développement), se fédérer aux niveaux national, régional et international, tout en assurant des une gestion solide, une gouvernance participative et du financement durable.

En conclusion, on pourrait citer le Parlement européen¹¹⁴ et extrapoler cette conclusion centrée sur l'Europe aux mutuelles du monde entier:

- "Les entreprises de type mutualiste apportent une contribution considérable à l'économie européenne et à la société au sens large et méritent d'occuper une position forte en Europe".
- "Les mutuelles ont encore toute leur raison d'être et représentent une valeur ajoutée pour l'économie européenne et l'ensemble de la société. (...) En outre, des acteurs économiques dont l'organisation est profondément ancrée dans la responsabilité sociale s'avèrent de plus en plus nécessaires pour conserver des systèmes de protection sociale abordables et durables, conformément aux objectifs stratégiques de l'Union européenne¹¹⁵".

Face aux défis actuels, les mutuelles se doivent d'être plus que jamais soucieuses de préserver les fondements de leur gouvernance et leur gestion démocratique, afin de pouvoir légitimement exiger une reconnaissance nationale et internationale et jouer un rôle déterminant dans l'extension de la protection sociale dans le monde.

¹¹⁴ Etude du Parlement européen, p. 10.

¹¹⁵ Idem, p. 11, version française, et p. 10, version anglaise.