



CAHIERS

Les cahiers de santé publique
et de protection sociale

Publication de la Fondation Gabriel Péri

N°15
décembre
2014



LES CAHIERS DE SANTÉ PUBLIQUE & DE PROTECTION SOCIALE

Rédaction :

M. Michel MASO, Directeur administratif des *Cahiers*, Directeur de la Fondation Gabriel Péri,
D^r Michel LIMOUSIN, Rédacteur en chef des *Cahiers*,
M. Jacques BÉNÉZIT, Secrétaire de Rédaction.

Comité de Rédaction :

D^r Alain BEAUPIN, Médecin Directeur du CMS de Vitry-sur-Seine,
M. Amar BELLAL, Professeur agrégé, Rédacteur en chef de *Progressistes*,
P^r Abdelmadjid BENHAMIDA, Professeur de Santé publique à la Faculté de Médecine de Tunis,
D^r Alain BRÉMAUD, Membre du bureau de la Fédération nationale de formation continue et d'évaluation des pratiques professionnelles des centres de santé,
D^r Omar BRIXI, Médecin de santé publique et enseignant,
M. Claude CHAVROT, Président de l'IUT Paris-Descartes,
D^r Fabien COHEN, Chirurgien-dentiste, Secrétaire Général du Syndicat des chirurgiens-dentistes des centres de santé,
M^{me} Blandine DESTREMAU, Sociologue, Directrice de recherche au CNRS,
M. Dominique DURAND, Journaliste et écrivain,
M. Jean-Luc GIBELIN, Directeur adjoint d'hôpital universitaire, Membre du Collège Exécutif et responsable des questions de santé et protection sociale du PCF,
M. Serge KLOPP, Cadre infirmier psychiatrique,
D^r Gilles LAZIMI, Médecin Directeur du CMS de Romainville, Département de Médecine Générale, Faculté de Médecine Pierre et Marie Curie,
D^r Richard LOPEZ, Directeur de la santé à Saint-Denis, Président de la FNCS,
M^{me} Nathalie MARCHAND, Syndicaliste hospitalière à l'APHP,
M^{me} Catherine MILLS, Universitaire, Économiste,
M. Frédéric RAUCH, Économiste, Rédacteur en chef d'*Économie et Politique*,
M^{me} Evelyne VANDER HEYM, Directrice d'hôpital en retraite,
M. Patrice VOIR, Maire-adjoint délégué à la santé de Grenoble,
D^r Xavier VUILLAUME.

Comité de lecture :

D^r Paul CESBRON, Ancien Chef de service à l'Hôpital de Creil,
D^r Jean-Victor KAHN, Chirurgien-dentiste,
D^r Michèle LEFLON, Médecin hospitalier, Vice-Présidente de la Région Champagne-Ardenne,
D^r Éric MAY, Médecin Directeur du CMS de Malakoff, Président de l'Union syndicale des médecins de centres de santé.

SOMMAIRE

Éditorial:

La protection sociale perd le nord Par le D ^r Michel Limousin	Page 7
---	--------

Articles:

L'IVG médicamenteuse en ambulatoire : les recommandations à la lumière du terrain Par les D ^{rs} C. Besacier, J. Chastang, A. Soares	Page 10
La question de la dette des hôpitaux publics Par le D ^r Michel Limousin & par M. Jean-Luc Gibelin	Page 14
Genre, masculinité et santé publique à l'échelle mondiale : synthèse d'un domaine de recherche et pistes de réflexion. Par M. Arthur Vuattoux	Page 21

Le dossier: renouveaux et enjeux de la protection sociale. Vues du Sud

Renouveaux et enjeux de la protection sociale. Vues du Sud. Introduction Par M ^{me} Blandine Destremau, Directrice de recherche CNRS/LISE	Page 27
Variétés du capitalisme et systèmes nationaux de protection sociale en Amérique latine Par M. Ilán Bizberg, El Colegio de México	Page 35
Cameroun : La réforme des pensions de retraites : vers une prise en compte des travailleurs informels Par M. Fousséno Sissoko	Page 43
Des "innovations" du Sud réappropriées : La Banque mondiale et les <i>Conditionnal Cash Transfers</i> aux Philippines Par M. Pablo Diaz, doctorant, Université de Lausanne/Université de Genève	Page 48
Évolution de la prise en charge médicale des plus démunis au Maroc : du certificat d'indigence au Régime d'Assistance Médicale Par Fatiha Kherbach, L. Asma El Alami El Fellousse & My Driss Zine Eddine El Idrissi	Page 54
Programmes de transferts conditionnés et santé maternelle au Pérou et en Bolivie Par M ^{me} Nora Nagels, Professeure, département de science politique, Université du Québec à Montréal	Page 61
L'implication des initiatives communautaires dans la protection de la santé au Sénégal Par M ^{me} Juliette Alenda, Université Lille 1	Page 69

<i>Les brèves des Cahiers</i>	Page 77
-------------------------------------	---------

Les notes de lecture

« Aux sources de la démocratie sanitaire », Paul Cesbron, Le Temps des Cerises, 304 pages, par Jacques Bénézit	Page 79
---	---------

« Les Centres de Santé : une géographie rétro prospective », P ^r Emmanuel Vigneron Note des D ^{rs} Lopez & Colombani et Note du D ^r Beaupin	Page 81
---	---------

<i>Le courrier des lecteurs</i>	Page 85
---------------------------------------	---------

Éditorial

La protection sociale perd le nord

Au long du XX^e siècle, s'est constituée dans les pays de l'hémisphère nord une protection sociale porteuse de progrès sociaux (sauf les États-Unis restés individualistes). Cette protection sociale a été diverse, basée sur des modèles différents: bismarckien, beveridgien ou encore semashkovien.

Dans les systèmes de santé bismarckiens, la couverture du risque et l'accès aux soins sont fondamentalement liés à la notion de travail; cette couverture est donc financée par des cotisations sociales et non par l'impôt. Ce système a été adopté par l'Allemagne à la fin du XIX^e siècle, la France en 1945, la Belgique, et les Pays-Bas. On pouvait aussi inclure au début certains pays du Sud et certains pays de l'Est comme la Tchécoslovaquie. Cependant, sous l'effet conjugué d'un chômage important, des pressions patronales et d'une volonté affichée d'égalité devant l'accès aux soins, la plupart des systèmes dits bismarckiens ont évolué dans le sens d'une plus grande intervention de la puissance publique. Ils font l'objet d'une pression pour réduire les cotisations sociales, notamment les cotisations d'employeurs. On aboutit alors à une déresponsabilisation croissante des entreprises et à une charge croissante sur les revenus et sur les impôts des ménages.

Les systèmes de santé beveridgiens, mis en place en 1945 au Royaume-Uni, à la suite du rapport Beveridge, reposent sur le principe d'un accès universel au système de soins, sans lien immédiat avec la notion de travail. C'est donc la puissance publique qui assure le financement de ce système par voie fiscale, et non par des cotisations sociales, et qui en définit aussi les modalités de financement, même si Beveridge lui-même affichait sa préférence pour un financement par cotisations et si globalement l'ensemble de la protection sociale est financé pour près de 50 % par des cotisations. On peut aussi inclure dans ce type de système l'Irlande et les pays de l'Europe du Nord. Le principe d'un accès universel et gratuit aux soins, la place importante de l'hôpital public et d'un financement public élevé, n'empêchent pas une tendance forte au rationnement des moyens de financement alloués, ainsi que la montée de réformes libérales. Certains pays en voie de développement du Sud tendent à se rapprocher du modèle beveridgien avec l'aide des institutions internationales.

Les systèmes de santé des pays d'Europe centrale et orientale sont pour la plupart en cours de réforme depuis la chute de l'Union soviétique. Ils sont issus du modèle Semashko, du nom du commissaire politique à la santé lors de la Révolution de 1917, où l'État finance et contrôle l'organisation du système de santé: financement fiscalisé, couverture universelle et gratuite, État propriétaire, gestionnaire et financier du système de soins. Cependant dans certains pays comme la Tchécoslovaquie, les systèmes de protection sociale restaient financés majoritairement par des cotisations. Ces systèmes aujourd'hui sont soumis de plein fouet aux réformes hyper-libérales inspirées par l'École de Chicago. Ils sont éclatés entre assistance minimale à un bout pour les plus modestes et assurances privées à l'autre bout. La régression est considérable.

Les pays du Sud, colonisés ou pas, n'avaient pas accès à ces systèmes, par manque d'État constitué ou de développement économique suffisant faute de salariat.

Les progressistes pouvaient penser que l'évolution se ferait vers une généralisation de cette protection sociale. Ainsi aurait-elle gagné le Sud. C'était l'idée...

Oui, mais finalement ce n'est pas ce qui s'est passé. La révolution néolibérale a jeté aux orties la solidarité et l'État. La crise économique qui devient sociale et politique ronge les sociétés. Le sens même des apports en termes de progrès social et de démocratie est perdu de vue par les citoyens. Le chômage de masse est la nouvelle donne.

Ainsi la protection sociale perd-elle deux fois le nord. Le Nord comme hémisphère. Le nord pour le sens des choses. Chacun doit mesurer ce que cette décomposition va entraîner sur le plan social, éducatif, sanitaire, économique et politique. Elle induit un changement des représentations mentales et une incertitude qui bouleversent les rapports sociaux. Le mouvement social lui-même est touché. Par exemple, les luttes pour l'emploi, l'Assurance maladie et toutes les autres formes de protection sociale, la politique familiale aussi, ont disparu. En tout cas, disparues des écrans radar des médias. On voit la mobilisation des « bonnets rouges » anti-impôt, des professions libérales, des patrons et des particularismes divers. On attend encore une mobilisation sociale à la hauteur des

enjeux. La dépolitisation est à l'œuvre. L'abstention aux élections. La montée de l'extrême droite. Et en face la destruction de la gauche.

Il en résultera des phénomènes politiques inquiétants. Attention.

Dans ce numéro, nous examinons l'état de la protection sociale dans les pays du Sud. On en mesurera les enjeux. Cela nous aidera à réfléchir sur nos propres contradictions. Cette fois-ci, l'enseignement viendra du Sud.

**D^r Michel Limousin,
Rédacteur en chef**

Prochains dossiers à paraître :

Numéro de mars 2015 : **Les professions de santé.**
Dossier suivi par le D^r E. May

Articles

L'IVG médicamenteuse en ambulatoire : les recommandations à la lumière du terrain

Par les D^{rs} C. Besacier⁽¹⁾, J. Chastang⁽¹⁾⁽²⁾, A. Soares⁽¹⁾

I. Introduction

En cette date anniversaire des 40 ans après l'adoption à l'Assemblée Nationale de la « Loi Veil » légalisant l'avortement en France, le droit à l'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG) demeure encore un droit « à part » (1). En 2012, 219 000 IVG se sont déroulées en France soit 14,5 IVG pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans. Environ 36 % des femmes auront recours au moins une fois à une IVG dans leur vie. Ces chiffres restent stables depuis 2006 mais la proportion des IVG médicamenteuses est en constante augmentation depuis son autorisation en 1989. Elle atteint actuellement 57 % des IVG totales (2). Le législateur a autorisé la pratique des IVG hors établissement de santé jusqu'à sept semaines d'aménorrhée (SA) en 2001 (décret d'application en 2004) en médecine libérale puis a étendu ce droit aux centres de santé et aux centres de planification familiale en 2009 (3).

Actuellement, environ 14 % des IVG ont ainsi lieu en cabinets de ville et 1 % en centres de santé et centres de planification et d'éducation familiale (dans 3/4 des cas par un gynécologue et dans 1/4 par un médecin généraliste) (2). Le dernier rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) sur l'IVG datant de 2009 conclut sur la nécessité de développer cette pratique (6). Dans cette étude réalisée au centre municipal de santé de Vitry-sur-Seine, nous avons décidé de nous intéresser aux recommandations actuelles sur la pratique de l'IVG en ville et d'évaluer la recommandation de la Haute Autorité de Santé (HAS) intitulée « l'IVG par méthode médicamenteuse » publiée en décembre 2010 (7). Pour répondre à cette question nous avons soumis à évaluation cette recommandation lors d'une réunion d'équipe de médecins généralistes exerçant au sein du centre de santé de Vitry-sur-Seine. Pour cela, nous avons utilisé un outil générique mis à disposition par la HAS : la grille de lecture AGREE I

(AGREE étant l'acronyme signifiant grille d'évaluation de la qualité des recommandations pour la pratique clinique) destinée principalement à aider à l'élaboration de recommandation pour la pratique clinique (RPC) et à l'évaluation de leur qualité méthodologique (8). Dans un second temps, de l'analyse critique de cette recommandation est né un outil d'information simplifié à destination des médecins généralistes.

II. Matériels et méthodes

1. La grille AGREE

La Grille d'évaluation de la qualité des RPC ou grille AGREE a donc été élaborée pour fournir un cadre à l'évaluation des RPC et permettre au praticien de critiquer ces recommandations (10) (68). Le sigle de la grille AGREE correspond à : Évaluation (Appraisal), des Recommandations (Guidelines), Recherche (REsearch), et Évaluation (Évaluation). La grille AGREE évalue à la fois la qualité de la formulation des RPC et la qualité de certains aspects des recommandations. Elle fournit une évaluation de la validité présumée des recommandations, c'est-à-dire la probabilité qu'elles permettront d'atteindre les résultats escomptés. La grille AGREE I comporte 23 items répartis en 6 domaines, une dernière partie est consacrée à l'évaluation globale :



¹ Département d'Enseignement et de Recherche de Médecine Générale ; Université Pierre et Marie Curie ; Paris VI.

² INSERM UMR-S 707, Epidémiologie des Maladies Allergiques et Respiratoires (EPAR), 75012 Paris.

DOMAINE 1 : « Champ et objectifs » de la RPC

Les items 1 à 3 interrogent sur l'objectif global de la RPC, les questions cliniques, les groupes de patients cibles.

DOMAINE 2 « Participation des groupes concernés »

Les items 4 à 7 examinent si la RPC prend en considération tous les utilisateurs potentiels (présentation des groupes de travail) et de relecture et des utilisateurs cibles, implication des patients.

DOMAINE 3 « Rigueur d'élaboration » de la RPC

Les items 8 à 14 examinent la procédure de recherche et de synthèse des preuves scientifiques (présentation de la partie scientifique) et des méthodes utilisées pour formuler la recommandation et l'actualiser.

DOMAINE 4 « Clarté et présentation »

Les items 15 à 18 étudient le format et la formulation des RPC. Ce domaine prend en compte la clarté, la spécificité des recommandations et le caractère facilement identifiable des recommandations-clés.

DOMAINE 5 « Applicabilité »

Les items 19 à 21 examinent la prise en compte dans la RPC de ses conséquences économiques, organisationnelles, et de la nécessité d'un suivi d'adhésion des utilisateurs.

DOMAINE 6 « Indépendance éditoriale »

Les items 22 et 23 concernent l'identification de conflits d'intérêts au sein du groupe d'élaboration et l'indépendance d'une RPC.

La cotation des réponses à chaque item suit le principe de l'échelle de LIKERT. Dans le cas de la grille présentement utilisée, la grille AGREE I, l'échelle comporte 4 niveaux :

1 = pas du tout d'accord avec le fait que l'item est respecté dans la RPC, ou le critère n'est pas du tout décrit dans la RPC,

2 = pas d'accord,

3 = d'accord,

4 = tout à fait d'accord.

L'évaluateur donne donc une note de 1, 2, 3, ou 4 à chaque item selon son degré d'appréciation de conformité de la RPC. La dernière partie, portant sur **l'évaluation globale** de la recommandation, ne présente pas de réponses numériques mais une appréciation qualitative de la recommandation sous la forme de quatre options non numériques (sans cadre pour des commentaires) en réponse à la question :

Recommanderiez-vous l'utilisation de la RPC ?

- Fortement recommandée

- Recommandée avec certaines réserves ou après modifications

- Non recommandée

- Incertain

2. Recrutement des médecins évaluateurs

Les collaborateurs de la grille AGREE estiment qu'un minimum 4 évaluateurs est nécessaire pour évaluer une RPC. Le projet de recherche a été présenté dans le centre municipal de santé Pierre Rouquès de la ville de Vitry-sur-Seine, lors de la réunion mensuelle d'équipe de médecine générale, auprès de 6 médecins généralistes et de 5 internes en médecine générale. Le centre de santé était dans une phase de réflexion quant à la possibilité de la mise en place d'IVG médicamenteuse hors établissement de santé au sien de la structure. Les 11 évaluateurs ont tous répondu favorablement à notre enquête. Le groupe est composé de 6 femmes et 5 hommes. 2 médecins généralistes et 1 interne avaient déjà eu l'occasion de travailler dans le domaine de l'IVG.

3. Déroulement de la réalisation de l'évaluation et du recueil de la grille AGREE

Après présentation du travail de recherche, nous avons remis à l'équipe les documents nécessaires à savoir la RPC et la grille AGREE d'évaluation. Un temps de lecture de la recommandation fut d'abord nécessaire avant le remplissage de la grille d'évaluation. Les évaluateurs ont mis en moyenne 2 heures pour effectuer ces 2 étapes.

4. Création de la base de données

Les données des questionnaires codées de 1 à 4 suivant l'échelle de LIKERT ont été saisies dans une base de données sur un tableau du logiciel Excel©. Les calculs des moyennes, médianes, écarts-types et scores standardisés ont été réalisés à l'aide du logiciel Excel©.

5. Méthodes d'analyse des données

La validité de cette recommandation a été étudiée domaine par domaine, comme il était conseillé dans le manuel d'utilisateur de la grille AGREE. Nous avons donc calculé le score standardisé des 6 domaines. Il s'agissait du rapport entre le score obtenu et le meilleur score possible ; il permet de visualiser de façon numérique le pourcentage du score maximal obtenu à cette réponse. Plus il est proche de 100 % meilleure est la réponse. Puis la dernière question de la recommandation était une évaluation qualitative avec une réponse en quatre catégories, concernant l'évaluation globale de la recommandation.

III. Résultats

Domaines	Score standardisé n = 11	Moyenne	Médiane
Domaine 1 (Objectifs)	84 %	3,5	4
Domaine 2 (Participation)	49 %	2,5	3
Domaine 3 (Élaboration)	61 %	2,9	3
Domaine 4 (Clarté)	73 %	3,2	3
Domaine 5 (Applicabilité)	39 %	2,3	2
Domaine 6 (Indépendance)	52 %	2,7	3

Le domaine 1 « champs et objectifs » a obtenu le meilleur score standardisé, à savoir 84 %, suivi par le domaine 4 « clarté et présentation » avec 73 %, et le domaine 3 concernant la « rigueur d'élaboration » obtient un score standardisé de 61 %. Le domaine 6 évaluant « l'indépendance éditoriale » obtient un score standardisé de 52 %, puis le domaine 2 « participation des groupes concernés » obtient 49 %, et enfin le moins bon score standardisé est attribué au domaine 5 concernant « l'applicabilité » avec 39 %. Un évaluateur a fortement recommandé cette recommandation, neuf évaluateurs l'ont recommandée avec réserves et un ne l'a pas recommandée.

IV. Discussion

Au vu de l'analyse critique à l'aide de la grille AGREE par le groupe des 11 médecins généralistes du centre de santé de Vitry-sur-Seine, la RPC de la HAS sur l'IVG par méthode médicamenteuse apparaît globalement de « bonne qualité ». L'applicabilité de cette recommandation est cependant jugée difficile. Les barrières organisationnelles ont été soulevées. Après avoir pris en compte les critiques des évaluateurs, nous avons cherché à produire un nouveau document pédagogique, synthétique, à l'attention des médecins généralistes d'améliorer l'applicabilité de cette recommandation en pratique.

V. Conclusion

Une femme sur trois sera confrontée au moins une fois dans sa vie à une demande d'IVG. Pour assurer un accès rapide aux patientes désireuses d'avoir recours à une IVG et un réel choix quant au lieu et à la méthode d'intervention, il est nécessaire de disposer d'une offre de soins suffisante, variée, accessible économiquement et bien répartie sur le territoire (5). L'orientation d'une femme en demande d'IVG est une des clés de son bon déroulement. Elle permet de réduire le nombre d'intermédiaires et de raccourcir le délai de prise en charge (4). Dans le système de soins actuel, il est

légitime d'avoir recours au médecin généraliste pour une demande d'IVG. Pour ce faire il conviendrait que le plus grand nombre puisse répondre à cette demande. Le médecin généraliste a un devoir d'information et d'orientation, et cela même s'il ne souhaite pas s'impliquer lui-même plus avant dans la prise en charge des demandes d'interruptions de grossesses de ses patientes. La grille AGREE est un outil d'évaluation validé. Elle permet une analyse de la qualité méthodologique d'une recommandation.

Au vu de l'analyse critique à l'aide de la grille AGREE par le groupe des 11 médecins généralistes du centre de santé de Vitry-sur-Seine, la RPC de la HAS sur l'IVG par méthode médicamenteuse apparaît globalement de « bonne qualité ». L'applicabilité de cette recommandation est cependant jugée difficile. Ce travail avec l'équipe de médecine générale de Vitry-sur-Seine montre sa sensibilisation aux questions portant sur la santé de la femme. L'ouverture de l'offre de soins à l'IVG médicamenteuse au centre de santé fait partie des projets de l'équipe. La diffusion d'une brochure concise et claire peut permettre d'améliorer l'applicabilité de l'IVG hors établissement de santé par des médecins généralistes. Nous proposons à l'issue de notre travail un parcours de soins illustré de l'IVG médicamenteuse hors établissement de santé. Ce document pourra faire l'objet d'une prochaine étude sous la forme d'un questionnaire de satisfaction ou d'une évaluation de l'amélioration des pratiques professionnelles.

Bibliographie

1. Loi n° 75-17 dite « Loi Veil » relative à l'interruption volontaire de grossesse. (17 janvier 1975).
2. VILAIN A. *Les interruptions volontaires de grossesse en 2012*. Rev Études et Résultats. Direction de la Recherche des Études de l'Évaluation et des Statistiques (DREES). 2014 juin ; 884.
3. Ministère de la santé et de la protection sociale. Circulaire n° DGS/DHOS/DSS/DREES/04/569 du 26 novembre 2004 relative à l'amélioration des conditions de réalisations des interruptions médicamenteuses de grossesse : pratique des IVG en ville et en établissements de santé. 2004.
4. BAJOS N, LERIDON H, JOB-SPIRA N. *Contraception et recours à l'avortement en France dans les années 2000. Présentation et premiers résultats de l'enquête Cocon*. Population. 2004 ; 59 (3-4) : 347-56.

5. HCEfh. Rapport relatif à l'accès à l'IVG, volet 2: Accès à l'IVG dans les territoires. Novembre 2013.
6. CHAMBAUD L, JOURDAIN-MENNINGER D, AUBIN C. *Évaluation des politiques de prévention des grossesses non désirées et de prise en charge des interruptions volontaires de grossesse suite à la loi du 4 juillet 2001 : rapport de synthèse*. IGAS. 2009.
7. HAS. *Interruption volontaire de grossesse par méthode médicamenteuse. Recommandations pour la pratique clinique*. Recommandations. Décembre 2010.
Site Internet consulté le 13 mars 2013. Disponible : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-04/ivg_methode_medicamenteuse_-_recommandations_-_mel_2011-04-28_11-39-11_882.pdf
8. The AGREE Collaboration. *Grille d'évaluation de la qualité des recommandations pour la pratique clinique*. FNCLCC. 2002.

La question de la dette des hôpitaux publics

Par le D^r Michel Limousin & par M. Jean-Luc Gibelin

L'explosion de la dette hospitalière pose en 2014 un problème majeur de survie à l'hôpital public. C'est très grave et les instances de contrôle comme la Cour des comptes, la Commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale et la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la Sécurité sociale (Mecss) s'en émeuvent et feignent de le découvrir. C'est un des aspects les plus tordus de la politique de santé de ces dernières années. Que s'est-il passé pour en arriver là? Qui a décidé quoi? Dans quel but?

Rappel historique :

Le financement de l'hôpital public est le fruit de l'histoire. Il a une structure profonde qui a du sens et toute modification de ce financement a des conséquences bien au-delà des simples mesures budgétaires. De façon sommaire, on peut dire que l'hôpital public est un établissement public ; c'est une personne morale et il appartient au domaine public. Le gouvernement en est le véritable dirigeant car c'est lui qui a la maîtrise de la politique de santé. Le budget de fonctionnement est globalement assuré par l'Assurance maladie ainsi que par les assurances complémentaires et marginalement par les usagers. On peut dire que c'est ainsi qu'est prise en charge toute la partie médicale. Quand à l'investissement, pour l'essentiel, les investissements sont financés par les budgets hospitaliers (c'est-à-dire Sécurité sociale) et des subventions d'investissements de collectivités. Il n'y a peu ou pas de crédits d'État. Les ordonnances Juppé de 1995 ont déplacé les lieux de décisions. C'est le gouvernement qui présente au parlement les choix de financement de la Sécurité sociale. C'est un acte fort mais cela n'est pas synonyme d'un financement de l'État. C'est l'État qui confisque les crédits qui ne sont pas d'État mais de la protection sociale. C'est une maîtrise qui confine à l'abus de pouvoir.

Rappelons que l'hôpital public a d'abord eu une mission sociale avant même que la médecine moderne n'existe et ne se développe au XX^e siècle. Cette mission sociale a parcouru les siècles et est la véritable origine de la mission de service public de l'hôpital. On en trouve par exemple la trace dans l'intitulé de « l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris » où l'assistance précède

la référence hospitalière. Au IV^e et au V^e siècles les maisons d'hospitalité apparaissent, créées par l'Église pour accueillir les malheureux, malades ou trop âgés, ou encore les pèlerins. Progressivement, les institutions hospitalières sont de plus en plus surveillées par la Royauté pour des raisons d'ordre public. François 1^{er} crée le Grand Bureau des Pauvres, qui avait pour mission de coordonner l'activité des hôpitaux du royaume et confère aux officiers royaux l'administration hospitalière. En 1551 : Henri II instaure une taxe communale, le droit des pauvres, pour rééquilibrer les comptes hospitaliers. En 1662 : Louis XIV demande la création, dans chaque ville importante, d'un hôtel-Dieu et d'un hospice pour y recevoir et « renfermer les pauvres, vieillards, vagabonds, enfants orphelins et prostituées ». Les hôpitaux sont confisqués aux congrégations religieuses en 1790 et un décret du 23 messidor de l'an II (1794) nationalise les hôpitaux. Le 7 octobre 1796, la situation des hôpitaux étant devenue plus critique qu'auparavant, le Directoire remet aux communes la gestion des hôpitaux. C'est là l'origine de la place particulière des maires dans les conseils d'administration des hôpitaux publics qui sera abolie par la loi HPST sous Sarkozy. C'est donc la période révolutionnaire qui place l'hôpital sous le contrôle de la République et qui en confie la gestion centrale à l'État. Le budget public (fiscalité) assure les besoins matériels. Lorsque les assurances sociales apparaissent au siècle dernier, elles commencent à financer (cotisation) les soins médicaux de l'hôpital. Ce budget est devenu très important au fur et à mesure du développement de la médecine. L'hôpital utilisait plus de 50 % du budget de l'Assurance maladie il y a peu. Aujourd'hui, il n'en consomme plus que 42 % environ. L'Assurance maladie qui assurait des prêts aux hôpitaux publics à un taux de 0 % s'est vue interdire cette possibilité : cela a été le début de l'arrivée des banques privées dans le système hospitalier.

Le premier texte qui bouleverse l'équilibre ancien est l'Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médicosociaux soumis à autorisation. En

particulier elle instaure de nouveaux modes de financement des investissements et du fonctionnement des hôpitaux avec le recours désormais autorisé au bail emphytéotique administratif étendu aux immeubles et aux biens meubles et l'ouverture du marché des grands hôpitaux au partenariat public-privé, véritable formule d'affermage des hôpitaux à des constructeurs en contrepartie du paiement d'un loyer mensuel par l'hôpital. L'essentiel de cette réforme est que l'état oblige les établissements hospitaliers à recourir au crédit pour financer les investissements. Le Plan hôpital 2007 impose aux établissements de s'endetter avec la promesse de compenser une partie des frais des intérêts d'emprunts avec les financements du Plan Hôpital 2007. Cette privatisation du financement des hôpitaux apparaît comme un ballon d'oxygène avec, en contrepartie, une hypothèque pour l'avenir de la politique hospitalière de plus en plus favorable aux grandes concentrations. Ce financement à crédit a été la base du plan de rénovation hospitalière dénommé plan Hôpital 2007.

Lors d'une communication⁽³⁾ en avril 2014 à la Commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale et à la Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la Sécurité sociale, la Cour des comptes a parlé d'un **emballement** de la dette hospitalière et a signalé **un triplement en dix ans mettant le secteur hospitalier en situation critique**. Tout est dit, sauf les causes de cette situation. Les pouvoirs publics en portent « *la responsabilité au premier chef* » comme l'indique le rapport.

La dette à moyen et long terme des établissements publics de santé (EPS) a triplé en dix ans, pour atteindre 29,3 Md€ à la fin 2012, soit 1,4 % du PIB. Après des années de croissance annuelle supérieure à 15 %, un début de ralentissement peut être observé depuis 2010, le taux de progression de la dette à moyen et long terme des EPS étant revenu à 6 % en 2012. La dette hospitalière globale dans les comptes nationaux atteignait 32,4 Md€ à la fin 2012, soit 1,6 % du PIB. Elle représentait 17 % de celle des administrations publiques locales au sens de l'INSEE en 2012, contre 9 % en 2002. La durée résiduelle de la dette s'établissait fin 2012

à 18,5 années. Cette valeur moyenne recouvre des durées de vie résiduelles nettement plus longues pour une partie de l'encours : en 2012, 27 % de l'encours avait une durée de vie résiduelle supérieure à 25 ans, et 4 % supérieurs à 30 ans. Le reste de l'encours, soit 47 % du total, est composé en majorité d'emprunts à taux variable.

Évolution de la dette à moyen et long termes des EPS en Md€

	Encours de la dette	Évolution N/N-1
2003	9,8	10 %
2004	10,9	11 %
2005	12,0	10 %
2006	13,5	13 %
2007	15,9	18 %
2008	18,9	19 %
2009	21,9	16 %
2010	24,2	10 %
2011	26,5	10 %
2012	29,3	10 %

Source : direction générale des finances publiques et direction générale de l'offre de soins

Le niveau atteint apparaît critique. Le service de la dette atteignait 4,1 % des produits d'exploitation fin 2011, alors que le taux de marge brute non aidée des établissements publics de santé, qui doit également financer des investissements annuels incompressibles, s'élevait à 5,1 %. Sans amélioration de la marge brute des hôpitaux, ou sans octroi d'aides financières extra-tarifaires, le poids actuel de l'endettement met donc les hôpitaux dans l'incapacité de financer à l'avenir leurs investissements courants.

Les besoins d'investissements hospitaliers étaient considérables d'autant plus que l'État n'avait pas procédé aux investissements nécessaires depuis des années. Il suffit de voir l'état des bâtiments pour comprendre la situation. La possibilité pour les établissements depuis l'autorisation voire l'encouragement à l'endettement ouvrait des perspectives à court terme pour répondre aux besoins. Nous avons assisté alors à une politique d'investissements massifs fondée sur l'emprunt.

Cette progression spectaculaire trouve pour l'essentiel son origine dans le cadre des plans nationaux Hôpital 2007 et Hôpital 2012 que nous avons été les seuls à dénoncer. Dès lors est apparue

³ Intitulé « La dette des établissements publics de santé », ce rapport de la Cour des comptes de près de 140 pages (incluant des annexes) a été réalisé à la demande conjointe de la commission des affaires sociales et de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (Meccs) de l'Assemblée nationale.

une contradiction évidente : les investissements ont été calibrés en fonction des besoins et non en fonction des capacités des établissements à répondre à un modèle financier. C'est ce que la Cour appelle : « *non prise en compte suffisante des considérations d'efficience* » et « *viabilité économique insuffisante* ». À l'instar du plan Hôpital 2007, engagé en septembre 2003, qui a fortement contribué à la hausse de l'endettement hospitalier en encourageant le recours aux crédits bancaires, le plan Hôpital 2012 a favorisé le financement des investissements par la dette, les aides au remboursement des emprunts intervenant en lieu et place des financements en capital. Ce mécanisme consomme les ressources de l'assurance-maladie intégrées qui sont intégrées dans l'ONDAM de l'année. Les deux plans hospitaliers ont privilégié le recours à l'emprunt par rapport aux aides en capital, dans des proportions qui se sont accrues au fur et à mesure que le nombre et le montant des opérations retenues dépassaient les objectifs initiaux. Les subventions en capital, versées à partir du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) alimenté par une dotation de l'assurance maladie, devaient initialement représenter 1,5 Md€ dans le plan Hôpital 2007 ; 4,5 Md€ d'investissements devaient être financés par ailleurs par 430 M€ d'aides annuelles en fonctionnement, destinées à couvrir les charges d'intérêts et d'amortissement des emprunts contractés par les hôpitaux. La sélectivité insuffisante des opérations aidées du fait notamment des multiples priorités définies par les pouvoirs publics qui se sont superposées sans procédure rigoureuse a entraîné un gonflement de la part financée par l'emprunt. Celle-ci a été en définitive près de trois fois supérieure aux objectifs initiaux.

Les gestionnaires hospitaliers, poussés par le principe de la tarification à l'activité (travailler plus pour gagner plus, n'est-ce pas?) et une conception entrepreneuriale ont eu une vision exagérément optimiste de l'accroissement de l'activité des établissements publics et de sa traduction en termes de recettes de nature à fausser les perspectives de financement. Ce parti pris n'a intégré cependant ni les réallocations qui devaient être effectuées entre les établissements de santé dans une logique de convergence tarifaire (plus d'1,2 Md€ de financements ont été ainsi redistribués entre les hôpitaux comme conséquence du passage à la tarification à l'activité), ni la compensation de la hausse globale de l'activité par une baisse régulière des tarifs des séjours

hospitaliers. Le ralentissement de la progression de l'ONDAM, qui atteignait 4 % en 2003, pour revenir à 3,9 % en 2007, et s'établir à 2,5 % en 2012⁽⁴⁾, n'a pas été anticipé dans les projections financières produites à l'appui des projets d'investissement financés par l'emprunt. Les recettes de la Sécurité sociale se contractant ne pouvaient assurer ces financements d'autant plus qu'elles n'ont jamais été prévues pour cela. Enfin la T2A tend un piège terrible puisqu'elle est à enveloppe fermée. Dans tous les cas il était impossible de dégager du financement pour la dette sauf à **supprimer des services et du personnel** : n'était-ce pas cela le véritable objectif du pouvoir ?

Enfin, n'oublions pas que cette dette était une bonne affaire pour les banques en crise : un gros emprunteur dont la dette est sans risque puisque garantie en dernier recours par l'État. D'ailleurs, la forte croissance de l'endettement hospitalier a été facilitée par la suppression quasi totale des contrôles sur les emprunts des hôpitaux publics par les ordonnances de 2005 supprimant la délibération des conseils d'administration sur l'emprunt puis par la loi « Hôpital, patients, santé et territoires » de juillet 2009 qui a considérablement renforcé en ce domaine les pouvoirs propres des directeurs d'établissements. Il fallait « un » chef unique par établissement ! Ce n'est qu'ensuite que la situation, au tournant des années 2010, a conduit les pouvoirs publics à encadrer le recours des établissements publics de santé à l'emprunt en subordonnant ce dernier à l'autorisation des agences régionales de santé pour les hôpitaux les plus endettés. Les modalités de soutien aux opérations des hôpitaux ont alors été revues en privilégiant désormais les aides en capital par rapport aux aides à l'endettement, et en fixant un objectif de taux de marge brute d'exploitation aux établissements publics de santé souhaitant mener à bien un projet d'investissement. On ne peut qu'être d'accord avec le retour à l'aide en dotation de capital par l'État et qu'être opposé à cette idée qu'un hôpital puisse dégager des bénéfices pour porter ses emprunts alors que rien dans le financement hospitalier par la Sécurité sociale n'a été conçu pour cela. Les tarifs hospitaliers n'ont jamais été élaborés en tenant compte de faire supporter le budget investissement par le budget fonctionnement. La marge brute non aidée des hôpitaux publics s'élevait

⁴ Le PLFSS 2015 prévoit un ONDAM de 2,1 % pour les établissements publics de santé (3 % pour la ville!)

à 5,1 % de leurs produits d'exploitation en 2011. Elle devait couvrir un service de la dette qui représentait à lui seul 4,1 % des produits d'exploitation. Elle ne suffisait donc pas, en l'état, pour financer sans aides complémentaires les investissements courants incompressibles du secteur hospitalier.

La Cour parle de rigueur absolue! Elle dit que le recours à l'endettement doit être réservé aux projets économiquement viables. Qu'est-ce que cela veut dire en matière hospitalière et de service public? Et les malades, sont-ils « économiquement viables »? On est dans un monde absurde. La Cour devrait relire Schopenhauer qui remarquait que la vie est une entreprise qui ne couvre pas ses frais.

Les dettes non financières et les ruptures de trésorerie

Cette situation s'est accompagnée d'un gonflement des dettes non financières entraînant des tensions de trésorerie récurrentes. En 2011 et 2012, les tensions sur la trésorerie de certains hôpitaux se sont traduites par une hausse de leur dette non financière (notamment de leur dette sociale). Parmi les dettes fiscales et sociales, les dettes vis-à-vis de l'URSSAF connaissent un fort accroissement en 2011 (+ 19 %, à 584 M€), puis diminuent légèrement en 2012 (- 1,8 %, à 576 M€). Les dettes vis-à-vis de la caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL), qui couvre les fonctions publiques territoriale et hospitalière, se sont également significativement accrues en 2011 : les montants figurant dans les comptes des établissements ont augmenté de 24 % pour atteindre 283 M€, avant de revenir à 262 M€ en 2012.

Certains établissements de santé sont proches de la rupture de trésorerie. Les réticences des banques à accorder des crédits à court terme au secteur hospitalier se sont traduites par le non-renouvellement de certaines lignes de crédit et par l'abaissement des plafonds d'emprunt, certains établissements de santé se trouvant de ce fait confrontés à une véritable impasse. La Cour des comptes déclare que « *l'expérimentation d'émission de billets de trésorerie par les trois plus importants établissements publics de santé, dotés d'une surface financière et d'une organisation administrative suffisantes, serait à cet égard souhaitable* ». On peut douter de telles propositions qui laissent penser que la seule gestion par des techniques financières est de nature à régler des problèmes d'insuffisance de ressources. De ce point de vue les hôpitaux ont déjà donné!

Nous avons toujours proposé que les hôpitaux (mais aussi la Sécurité sociale) puissent directement s'adresser à la Caisse des dépôts et consignations (CDC) pour leurs opérations sans passer par les banques privées qui se contentent d'aller chercher auprès des banques centrales les fonds dont elles ont besoin pour les reprêter aux structures publiques et empocher au passage des bénéfices illégitimes qui ne font qu'aggraver la situation des emprunteurs. Cela imposerait une modification des règles de fonctionnement de la CDC qui actuellement sont aux mains du gouvernement et qui interdisent à la CDC de faire de la concurrence aux organismes de crédits. La CDC doit redevenir un outil pour le public sorti de la loi du profit bancaire. À la suite de la crise financière de 2008 puis du démantèlement de Dexia, l'intervention de la Caisse des dépôts et consignations et les financements de la Banque européenne d'investissement et de l'Agence française de développement ont permis d'éviter une trop forte contraction des crédits bancaires offerts aux hôpitaux. La montée en puissance de la Banque Postale Collectivités Locales, opérationnelle depuis février 2013, devrait consolider la part des intervenants publics dans les financements hospitaliers.

La Cour reconnaît d'ailleurs que « *si l'action des pouvoirs publics a permis d'éviter un assèchement des financements, les hôpitaux demeurent pénalisés par le niveau élevé des marges bancaires qui leur sont appliquées. Le lancement d'émissions obligataires groupées des centres hospitaliers universitaires a répondu à un souhait de diversifier les ressources de long terme des hôpitaux et d'en réduire le coût, en s'inspirant de la démarche initiée par l'AP-HP. Le développement de ce mode d'appel aux marchés financiers ne peut être envisagé qu'avec prudence* ». Oui, prudence!

Les problèmes de trésorerie générés par ces difficultés s'aggravent du fait des lignes de trésorerie coûteuses, dont le renouvellement est souvent problématique. D'après les données de la DGFip, 201 établissements avaient recours en 2011 à des lignes de crédits de trésorerie, soit un cinquième d'entre eux. Cette part est en augmentation (seuls 115 établissements étaient concernés en 2003), et recouvre désormais toutes les catégories d'hôpitaux. Il s'ensuit des facilités de crédit accordées désormais avec réticence par les banques. Les banques justifient leur attitude plus restrictive par leur perception du risque hospitalier, ternie par quelques incidents de paiement en 2012 : le centre hospitalier de Briançon a ainsi été menacé d'une procédure d'inscription en impayé à

la Banque de France par la Société générale, ainsi que d'une procédure en référé de la banque Dexia. L'évolution du cadre prudentiel constitue un autre argument : les lignes qui ne sont que partiellement utilisées sont, en effet, fortement pénalisantes pour le respect du ratio de liquidité (*Liquidity Coverage Ratio*) prévu par les accords de Bâle III (dont l'entrée en vigueur a cependant été repoussée à 2015). La prudence des prêteurs se traduit en premier lieu par une diminution des disponibilités, et en second lieu par un renchérissement des marges bancaires. Les mises en réserve de crédits finançant les missions d'intérêt général et des aides contractuelles (MIGAC) ont donné lieu à des débloquages tardifs, en fin d'exercice, de ces dotations qui complètent les financements tarifaires. Le passage en 2013 à une régulation tarifaire reposant sur l'octroi d'un complément de dotation en fin d'année en l'absence de dépassement des objectifs de progression de la dépense, fait peser un aléa supplémentaire sur la date et le niveau des versements de l'assurance maladie effectués en fin d'exercice.

Les banques ont été malhonnêtes avec les hôpitaux

Les hôpitaux ont été nombreux à souscrire des emprunts structurés, assortissant une bonification initiale des taux d'intérêt d'un risque d'accroissement important des charges financières au cours d'une deuxième phase. Les emprunts les plus risqués, interdits par la charte de bonne conduite signée par les banques en 2009 à l'issue de la mission de médiation confiée par le Premier ministre à M. Éric Gissler, représentaient fin 2012 près d'1 Md€, soit 4 % de l'encours total des établissements publics et étaient concentrés sur moins d'une centaine d'établissements de santé. Les encours à risque élevé (interdits ou classés parmi les plus élevés par la charte) atteignaient 2,5 Md€, soit 9 % de l'encours total. Un examen des encours de la Société de financement local (SFIL), héritière de la majeure partie des encours de Dexia, montre que 19 % des créances de cette banque sur les hôpitaux peuvent être qualifiées de « structurés sensibles », soit une proportion équivalente de celle constatée pour les collectivités locales (20 %).

Alors que de nombreux contrats ont déjà basculé en phase de majoration des taux d'intérêt, le coût de sortie des emprunts structurés apparaît extrêmement élevé ; près d'1 Md€ fin 2012 pour sortir des emprunts hors charte, les indemnités

de remboursement anticipé atteignant 1,4 Md€ pour l'ensemble des emprunts à risque élevé. À partir de la clôture des comptes 2013, les hôpitaux devront progressivement mettre en œuvre un provisionnement de ces emprunts structurés.

La Cour parle de « sensibiliser » les hôpitaux aux risques bancaires : on se moque du monde. Il faut interdire ces pratiques et l'État à la responsabilité de sortir les hôpitaux de l'ornière dans laquelle certains se trouvent de son fait.

La Cour fait des recommandations bien ambiguës :

1. *Réserver le financement des investissements par l'emprunt exclusivement aux projets permettant aux établissements publics de santé d'atteindre un taux de marge d'au moins 8 %* : Non seulement c'est impossible en l'état, presque personne ne sera au rendez-vous, sauf à amplifier la concentration hospitalière et à développer ses activités commerciales pour générer des ressources extra-sanitaires (n'est-ce pas d'ailleurs ce que propose la loi Macron dans son article 42?!?). Mais surtout cela n'a pas de sens sanitaire : le taux de marge est donné par le rapport bénéfice brut/VA indiquant ainsi le partage de la valeur ajoutée produite par l'entreprise. Quel sens cela peut-il avoir pour un établissement hospitalier public ? Qu'appelle-t-on « bénéfice brut » pour un établissement public hospitalier et comment est-il construit au regard des missions de service public hospitalier ? De plus, les variations des taux de marge sont souvent expliquées par les variations du coût du travail, et bien moins par les variations de prix des productions ou de la demande tout autant déterminants dans la définition du bénéfice brut. Or avec la T2A, les prix des prestations varient d'un exercice sur l'autre, et souvent à la baisse. De même, avec les déremboursements des soins et l'explosion des prix des mutuelles, les usagers réduisent leur demande de soins, y compris hospitaliers en préférant repousser au dernier moment leur hospitalisation. De sorte qu'en fin de compte, sans peser sur le coût du travail, et donc sur l'emploi des personnels de santé, le « taux de marge » des établissements ne pourra atteindre le niveau requis pour déclencher leur capacité d'emprunt bancaire ainsi définie, bloquant de fait leur possibilité de modernisation pour répondre aux besoins de prise en charge de haut niveau des malades... Une telle recommandation de la Cour, qui ne s'accompagnerait pas d'une remise en cause de la politique de réduction de la dépense publique et sociale, aboutirait en pratique à la mort de l'hôpital public ! C'est à l'État d'assumer l'investissement par les moyens qu'il jugera utiles et

ce n'est pas le taux de marge qui doit conditionner cet investissement : ce sont les besoins. 8 % : presque personne ne sera au rendez-vous.

2. *Généraliser à l'ensemble des établissements publics de santé l'obligation de construire un plan prévisionnel de trésorerie sur six mois glissants* : Comment imaginer des établissements sans plans de trésorerie ? Que ne l'a-t-on fait plus tôt ?

3. *Permettre l'expérimentation par les trois plus grands centres hospitaliers régionaux de l'émission de billets de trésorerie* : Non aux expérimentations dangereuses qui videront les caisses de ces établissements.

4. *Définir au niveau central une démarche d'ensemble claire et organisée de désensibilisation des emprunts structurés souscrits par les établissements publics de santé, faisant apparaître les priorités et les modalités de la sécurisation des encours des hôpitaux* : Non, il faut arrêter toute cette mécanique absurde : la seule sécurisation, c'est la sortie des emprunts.

5. *Envisager pour le secteur hospitalier la création d'un dispositif spécifique de soutien partageant l'allègement du coût de la neutralisation des risques attachés aux emprunts structurés entre les banques et les emprunteurs* : Nous préférons une démarche qui affranchisse clairement les établissements de ce boulet.

6. *Obliger les directeurs des établissements à présenter annuellement au conseil de surveillance la stratégie de gestion de la dette de l'établissement, précisant, le cas échéant, la démarche de sécurisation des emprunts structurés, avant transmission à l'agence régionale de santé pour approbation* : Retour à une démarche démocratique de décision collective et abolition de la Loi HPST sur ce point !

Les partenariats public/privé ont été un échec particulièrement coûteux

Les PPP avaient déjà montré leur échec en Grande-Bretagne. Le journal « Les Échos » en avait fait un papier il y a quelques mois. L'obligation depuis 2012 de retracer intégralement dans les comptes hospitaliers les engagements pris dans le cadre des différentes formes de partenariats public-privé (PPP) pour mieux mesurer les charges en résultant pour les établissements, a conduit en effet à inscrire 1 149 M€ supplémentaires au bilan des EPS. La Cour constate que ces partenariats PP, introduits à l'occasion du plan 2007 ont été conçus sans prudence, sans méthode de contrôle, sans clarté, sans expertise suffisante des directions d'hôpital et ont abouti à des contentieux au coût exorbitant. L'hôpital francilien tant souhaité par Sarkozy et par Valls est un exemple édifiant !

Les établissements considérés comme fortement endettés au sens du décret de 2011 sont plus nombreux parmi les centres hospitaliers régionaux et universitaires et les centres hospitaliers gros et moyens, dont ils représentent près de la moitié (respectivement 48 % pour les CHR- CHU, 49 % pour les hôpitaux ayant un chiffre d'affaires supérieur à 70 M€, et 43 % pour ceux dont le chiffre d'affaires est compris entre 20 et 70 M€), tandis qu'ils sont moins nombreux parmi les anciens hôpitaux locaux, les petits centres hospitaliers et les anciens hôpitaux psychiatriques. Un examen plus détaillé révèle que certains établissements dépassent de très loin les seuils fixés par le décret de 2011, tels le CHU de Saint-Étienne, qui a une durée apparente de dette de 18 ans, un taux d'endettement de 61 % et un taux de dépendance financière de 82 %, ou le centre hospitalier intercommunal André Grégoire à Montreuil (Seine-Saint-Denis) qui a une durée apparente de dette de 15 ans, un taux d'endettement de 96 % et un taux de dépendance financière de 77 %.

La Cour affiche enfin maintenant une préférence pour les aides en capital

Pour les opérations supérieures à 50 M€, qui relèvent désormais du comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins hospitaliers (COPERMO), et doivent faire l'objet d'une contre-expertise du commissariat général à l'investissement (CGI), une doctrine d'allocation des aides à l'investissement a été précisée en mai 2013. Cette dernière tend à limiter l'accroissement de la dette en privilégiant les aides en capital par apport aux aides en exploitation qui favorisent le recours à l'emprunt (elles allègent le service de la dette pendant la durée d'amortissement de l'emprunt). L'aide pourra ainsi être attribuée à hauteur de 80 à 100 % sous forme d'aide en capital pour les établissements les plus endettés, la proportion d'aide en capital diminuant avec le taux d'endettement, pour être ramenée 20 % lorsque ce taux est particulièrement faible. Pour notre part nous considérons que l'apport en capital doit être le seul chemin de l'investissement hospitalier. Quant à l'idée du financement par la dette réservée aux projets économiquement efficaces, ceci est absurde : encore une fois la logique comptable prévaut sur la logique des besoins des patients et ceux qui ont prôné il y a dix ans l'emprunt bancaire avec le succès qu'on connaît, donnent des leçons ! Ils n'ont qu'un mot à la bouche : productivité hospitalière dont la vie des

patients serait la matière première et les conditions de travail des personnels la variable d'ajustement! En ce sens, l'atteinte à terme d'un taux de marge non aidée de l'ordre de 7 à 8 %, permettant de couvrir un service de la dette à hauteur de 5 % et de financer des investissements courants représentant de l'ordre de 3 % des produits d'exploitation, est désormais considérée comme indispensable par le ministère de la santé pour pouvoir contracter de nouveaux emprunts destinés à financer un investissement. Ils sont indécrottables!

Et aujourd'hui?

Enfin, dans une interview à la Lettre d'ESE⁽⁵⁾, le directeur général de l'offre de soins, estimait que « *les comptes hospitaliers peuvent être considérés comme étant à l'équilibre* ». Tel ne semble pas être l'avis de la Fédération des Hôpitaux de France. Elle juge en effet, sur la base de l'enquête annuelle lancée auprès de ses adhérents, que le résultat du compte principal des établissements (soit la différence entre les ressources et les dépenses liées aux activités de soins) accuse un déficit en hausse par rapport à l'année dernière, de l'ordre de 300 Ms€ contre 142 Ms€ en 2012. Elle reconnaît, comme la DGOS, que la cession d'actifs ainsi que la bonne tenue des budgets annexes permet de ramener ce déficit à 66 Ms€. Mais la FHF souligne que « *seul le compte de résultat principal traduit avec objectivité la situation financière des établissements hospitaliers publics* ». Et elle « *regrette cette dégradation due pour l'essentiel à la politique tarifaire 2013 des pouvoirs publics qui a favorisé les cliniques au détriment des hôpitaux du service public* ».

Conclusion

L'hôpital public est devenu en 10 ans une proie pour le capitalisme financier et le malade a été oublié. Le personnel aussi. Le texte de la Cour des comptes d'ailleurs ne dit mot de la finalité de l'hôpital. Oui, une réforme d'ensemble du financement de l'hôpital public s'impose en fonctionnement comme en investissement. Et une réforme du financement de l'Assurance maladie aussi.

Établissements publics de santé les plus endettés au 31 décembre 2012

Établissements les plus endettés en valeur absolue

	Établissements	Dette (M€)
1	ASSISTANCE PUBLIQUE-HOPITAUX DE PARIS	2327
2	HOSPICES CIVILS DE LYON	891
3	ASSISTANCE PUBLIQUE HÔPITAUX DE MARSEILLE	884
4	CHU D'AMIENS	448
5	CHU DE GRENOBLE	407
6	CHU DE DIJON	394
7	CHR DE METZ THIONVILLE	382
8	CHU DE TOULOUSE	329
9	CHU DE CLERMONT FERRAND	305
10	CHU DE NANCY	298
11	CHU DE NICE	294
12	CHR DE LILLE	294
13	CHU DE SAINT ÉTIENNE	292
14	HÔPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG	288
15	CHI TOULON LA SEYNE SUR MER	283
16	CH RÉGIONAL D'ORLÉANS	261
17	CHU DE BESANÇON	256
18	CHU DE LA RÉUNION	230
19	CHU DE NANTES	228
20	CH W MOREY CHALON S/SAONE	216

Source: ATIH

Centres hospitaliers régionaux dont le taux d'endettement (dette/produits) est le plus élevé

	Établissements	Dette (M€)	Dette/produits
1	CHU D'AMIENS	448	85 %
2	CHR DE METZ THIONVILLE	382	82 %
3	CHU DE DIJON	394	80 %
4	APHM	884	71 %
5	CHR D'ORLÉANS	261	69 %
6	CHU DE GRENOBLE	407	65 %
7	CHU DE SAINT ÉTIENNE	292	61 %
8	CHU DE BESANÇON	256	57 %
9	HOSPICES CIVILS DE LYON	891	56 %
10	CHU DE CLERMONT FERRAND	305	55 %
11	CHU DE FORT DE FRANCE	202	54 %
12	CHU DE NICE	294	51 %

Source: ATIH

⁵ La Lettre n° 380 du 27 juin.

Genre, masculinité et santé publique à l'échelle mondiale : synthèse d'un domaine de recherche et pistes de réflexion

Par M. Arthur Vuattoux⁽⁶⁾

Lors de l'apparition dans l'univers académique anglophone des études de genre (*gender studies*), c'est-à-dire d'un domaine de recherche réfléchissant aux rapports de pouvoir basés sur l'appartenance à un genre, et plus spécifiquement aux hiérarchies socialement construites à partir de ces rapports de pouvoir (domination des hommes sur les femmes notamment), de nombreux et nombreuses chercheurs se penchèrent sur les apports potentiels de ces recherches en matière de santé publique.

Parallèlement, la mise en place d'études de genre structurées dans les années 1980 correspond à l'apparition d'une santé publique plus attentive aux inégalités sociales, ainsi qu'à la systématisation de l'usage d'une variable « sexe » dans les études épidémiologiques. Comme les alliances nouvelles entre disciplines scientifiques naissent souvent d'une nécessité à penser un phénomène radicalement nouveau et remettant en cause les explications dominantes, c'est autour de l'épidémie de VIH/sida que s'est structurée l'interface entre études de genre et santé publique à l'échelle mondiale. C'est notamment *via* la sociologie de la santé que s'est opérée l'extension des études de genre, jusque dans les années 1980 essentiellement représentées par les *women's studies* c'est-à-dire par un domaine de recherche issu du féminisme et visant à penser la domination des hommes sur les femmes dans la société, aux *men's studies* c'est-à-dire à l'étude critique des hommes et des masculinités. Une épidémie comme celle de VIH/sida montre les limites d'une approche des rapports de genre centrée sur la seule domination des hommes sur les femmes. Extrêmement pertinente pour analyser divers contextes de l'épidémie, cette approche peine à en penser des aspects spécifiques et centraux, tels que

la concentration de l'épidémie chez les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes⁽⁷⁾.

Venant compléter l'arsenal critique des études de genre et du féminisme, les *men's studies* à ne pas confondre avec les divers mouvements sociaux masculinistes⁽⁸⁾ ont considérablement enrichi l'analyse des déterminants sociaux de la santé à l'échelle mondiale. Outre la prise en compte plus grande des rapports de pouvoir internes au groupe social masculin (les hommes entre - eux), ces recherches ont produit une analyse plus fine de la domination des hommes sur les femmes, en rendant plus concrète et incarnée cette domination. On va le voir, ce domaine de recherche singulier au sein des études de genre a fortement transformé l'appréhension des rapports de genre à l'échelle mondiale et ouvert de nouvelles perspectives critiques en matière de santé publique.

1. Penser les masculinités et la santé à l'échelle mondiale

Dans la définition canonique du genre proposée par Joan Scott, selon laquelle « le genre est un élément constitutif de rapports sociaux basés sur des différences perçues entre les sexes », mais aussi « une façon première de signifier des rapports de pouvoir » (Scott, 1988, p. 56), le genre apparaît comme un élément structurant des rapports sociaux *autant qu'ils sont également des rapports de domination*. De plus, cette domination s'appuie sur la construction des hommes

⁶ Arthur Vuattoux est attaché temporaire d'enseignement et de recherche (ATER) à l'Université Paris 13, Sorbonne Paris Cité, doctorant à l'IRIS (EHESS, Paris 13, Inserm, CNRS). Il a co-dirigé, avec Meoïn Hagège, la première traduction en français des travaux de Raewyn Connell, portant notamment sur les enjeux de genre et de santé à l'échelle mondiale (Connell, Raewyn, 2014. *Masculinités. Les enjeux sociaux de l'hégémonie*, Paris, Éditions Amsterdam).

⁷ D'après le rapport mondial publié par ONUSIDA en 2013, la prévalence du VIH dans la population des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH) est supérieure à 1 % dans l'ensemble des régions du monde, et systématiquement supérieure à celle des autres hommes (ONUSIDA, 2013, p. 22).

⁸ Les mouvements masculinistes sont le plus souvent des groupes d'hommes critiquant le féminisme à partir de l'idée d'une « crise de la virilité », qui affecterait les hommes du fait d'une absence de considération et d'un féminisme qui serait allé « trop loin ». Certains de ces groupes trouvent un écho dans le contexte français, par exemple à travers le mouvement de pères « SOS Papa », critiquant le « féminisme » des magistrats de la famille, dont ils estiment que les décisions sont trop souvent favorables aux femmes. Le courant académique des *men's studies* présenté ici n'a aucun rapport avec de tels mouvements, et cherche au contraire à s'inscrire pleinement dans un cadre de pensée féministe et antisexiste.

et des femmes en tant qu'êtres fondamentalement « différents », et donc susceptibles d'un traitement différencié.

Les inégalités de santé peuvent être lues à l'aune de ces rapports de domination : ainsi, le fait de réduire, le plus souvent, la santé des femmes à leur « fonction reproductrice » a occulté d'autres pathologies. De même, la conception andro-centrée des essais cliniques révèle des biais de genre persistants : parfois considérées par les médecins comme de « mauvais sujets », trop à risques de connaître une grossesse pendant les essais et donc de les quitter en cours de route, les femmes en sont fréquemment exclues (ou sous-représentées), cette situation aboutissant, pour elles, à la découverte d'effets indésirables après la mise sur le marché des traitements⁽⁹⁾.

Ces inégalités, comme le montre très bien Raewyn Connell dans un article de synthèse sur les enjeux de genre et de santé à l'échelle mondiale (Connell, 2014), ont fait l'objet de deux approches tout aussi essentielles qu'insuffisantes : (1) une approche institutionnelle (celle de l'ONU, de l'OMS, ou des différentes agences de santé étatiques) réduisant le genre à la domination des hommes sur les femmes, et conduisant donc, en matière de santé, à des projets renforcement de la santé des femmes (accès à des centres de santé ou à un accompagnement suite à des violences conjugales par exemple), et (2) une approche épidémiologique n'appréhendant le genre qu'à travers le *sex ratio* (prévalence relative de telle ou telle maladie en fonction du sexe), c'est-à-dire d'une manière trop abstraite pour saisir la réalité des rapports de genre.

L'apport principal de l'étude critique des masculinités (ou *men's studies*), dans ce contexte, a été de prôner une approche relationnelle du genre, impliquant de penser, bien sûr, les rapports hommes-femmes, mais aussi la construction des masculinités, c'est-à-dire les différentes façons d'être un individu masculin et leurs implications en matière de santé. Le pari consistait alors à enrichir la connaissance des hommes et de leurs interactions dans les rapports de genre, afin, *d'une*

part, de mieux comprendre les enjeux de santé propres aux hommes (ceux-ci connaissant des prévalences importantes pour certaines pathologies, telles que celles liées à la violence, à l'alcoolisme ou encore à l'usage de certaines drogues), et *d'autre part*, d'enrichir en retour l'appréhension des rapports femmes-hommes par la santé publique.

Il ne s'agit bien sûr pas de dire qu'on aurait « trop » parlé des femmes et de leur rapport à la santé. Il s'agit plutôt de montrer que la manière institutionnelle de penser le genre, en le réduisant aux « problèmes des femmes », a trop souvent occulté la complexité des problématiques masculines, y compris au sujet des rapports femmes-hommes. Ainsi, les hommes sont demeurés dans la « neutralité » et « l'invisibilité » si caractéristiques de leur domination sur les femmes⁽¹⁰⁾, et les impliquer dans la réflexion sur la santé publique est devenue essentielle, qu'il s'agisse de la leur propre (dans le cas, par exemple, des pathologies du corps masculin : cancer de la prostate ou des testicules), ou de celle des femmes (par exemple, en mettant au jour l'impact des comportements masculins dans la transmission des infections sexuellement transmissibles ou dans les conduites violentes).

Différentes hiérarchies de genre et différents contextes sociaux produisent, à l'échelle mondiale, des effets sanitaires spécifiques, qui méritent d'être questionnés : l'épidémie de VIH/Sida en est l'exemple paradigmatique, et notamment sa distribution sexuée au sein de la population aux échelles mondiale et locale.

2. L'épidémie de VIH/sida, entre rapports Nord/Sud et rapports de genre

L'épidémie de VIH/sida est un exemple de l'urgence à penser le genre dans ses dynamiques propres, et non à travers une approche catégorielle (« les femmes » *vs* « les hommes ») ou purement quantitative (le genre comme « sex ratio »). Le genre est le nom de rapports de pouvoirs qui s'établissent entre hommes et femmes, mais aussi au sein de la sous-population des hommes et de celle des femmes. L'épidémie de VIH/sida le révèle de manière particulièrement frappante.

⁹ Cette problématique est bien connue dans le domaine du VIH, et fait même l'objet de revendications de la part des malades, telles que les portent, par exemple, le Collectif Femmes & VIH en France (<http://www.femmesetvih.org/spip/>). Dans un tout autre domaine, des scientifiques se sont penchés sur les essais cliniques menés en matière de maladies cardio-vasculaires entre 1965 et 1998 : si l'on exclut les essais visant à tester des molécules destinées à une seule catégorie de sexe, on aboutit à une représentation des femmes inférieure à 40 % dans les essais cliniques (Harris *et al.*, 2000).

¹⁰ Comme l'écrit Éric Fassin à propos du développement des *men's studies* à la suite des *women's studies* : « Pourquoi donc développer ensuite, en contrepoint, un champ nouveau de *men's studies*? C'est que les hommes, en tant que tels, s'avéraient paradoxalement invisibles. L'évidence de leur présence dans le tableau de la connaissance tenait à leur statut : c'était encore et toujours l'homme, implicitement universel ; mais qu'en était-il des hommes dans leur spécificité, soit une fois qu'on passait du singulier à la singularité? » (Fassin, 2014, p. 273).

Elle a à voir avec les sexualités dans leur diversité, et elle force à penser le genre de manière concrète, hors des grands schémas catégoriels ou des approches épidémiologiques indifférentes aux dimensions sociales des maladies. S'agissant par ailleurs d'une épidémie mondiale, dont la réalité diffère suivant les régions du monde considérées, elle incite à penser les rapports de genre à une échelle mondiale.

On a parfois eu tendance à schématiser l'épidémie de VIH/Sida ainsi : transmission homosexuelle au Nord, transmission hétérosexuelle au Sud. La connaissance acquise depuis plus de trente ans dans ce domaine a démontré la faiblesse de cette approche. L'épidémiologie permet, avec ses outils propres, de caractériser des contextes épidémiques locaux. Ainsi, comme le rappelle Joseph Lamarange, on parle d'épidémie « généralisée » lorsque la prévalence est supérieure à 1 % de la population adulte dans une région, d'épidémie « concentrée » si elle est inférieure à 1 % en population générale mais supérieure à 5 % dans certaines sous-populations, et l'on parle aujourd'hui d'épidémie « hyperendémique » pour « qualifier les épidémies d'Afrique australe où la prévalence dépasse les 15 % » (Lamarange, 2012, p. 29).

La non-prise en compte de l'invisibilité des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH)¹¹ dans le contexte des épidémies d'Afrique australe a notamment conduit à une politique de santé publique tournée vers la population générale, présumée hétérosexuelle. Ainsi, les HSH ont longtemps été les grands oubliés de la lutte contre le sida dans des contextes d'épidémie généralisée, alors que l'on sait aujourd'hui qu'ils représentent jusqu'à 20 % des nouvelles infections au Sénégal, et 15 % aux Kenya et Rwanda (Lamarange, 2012).

L'épidémie de VIH/sida est donc plurielle. Et elle est plurielle car les individus qui la subissent sont pluriels, notamment du point de vue des sexualités. Un enjeu important, en matière de santé publique, consiste donc à appréhender la diversité de l'épidémie. Or, pour ce faire, il faut composer avec des contextes sociaux, politiques et moraux parfois très différents. Comme le note Hugues Fischer à propos des recueils

de données épidémiologiques au Sud, « de nombreux recueils de données des pays en développement ne spécifient aucun résultat sur les personnes ayant des relations homosexuelles et même, lorsqu'ils le font, les données sont d'une fiabilité parfois douteuse. La taille même de la population gay, hétérogène et cachée, est souvent difficile à déterminer, et leur participation aux enquêtes est faible » (Fischer, 2012, p. 26).

Distinguer les individus par leurs pratiques sexuelles est une chose importante, mais l'étude critique des masculinités incite à aller plus loin encore en interrogeant les enjeux sociaux liés à la masculinité dans différents contextes. Il s'agit, par exemple, de comprendre en quoi les prises de risques peuvent être liées à une représentation de la masculinité (qui assimilerait, par exemple, virilité et prise de risque), et comment le rapport à la santé est influencé par ces éléments de socialisation masculine. Ainsi, des études ont montré que si les hommes étaient proportionnellement moins touchés par l'épidémie dans des contextes d'épidémie généralisée et de transmission hétérosexuelle, ils adhéraient en revanche moins que les femmes aux traitements une fois contaminés. L'une des hypothèses formulées à ce sujet réside dans le peu de familiarité des hommes avec le système de santé, impliquant d'importants problèmes d'observance thérapeutique, par opposition aux femmes, habituées à la fréquentation des centres de santé du fait de suivis de grossesse antérieures¹².

L'étude des masculinités, et plus globalement, des rapports de genre tels qu'ils sont incarnés par les individus, est essentielle au développement de recherches épidémiologiques efficaces, et susceptibles de traductions en politiques de santé publique. Pour cela, il faut parvenir à une compréhension optimale des rapports sociaux agissant dans les contextes considérés. Ainsi, l'on a pu critiquer l'exportation de catégories identifiantes occidentales (par exemple, l'identité « gay »), dans des contextes où ces catégories ne font pas toujours sens (Massad, 2007). Autre exemple, celui de l'épidémie de VIH/sida aux États-Unis, dans laquelle on constate que les homosexuels noirs constituent près du quart de l'épidémie, alors qu'ils représentent à peine 1 % de la population. Dans ce cas, l'hypothèse

¹¹ L'usage de la catégorie « HSH » (ou « MSM » en contexte anglo-saxon), permet de catégoriser l'épidémie en termes d'actes et de réseaux sexuels, en évitant le piège des identités (par exemple l'identité « gay ») dans lesquelles ne se reconnaissent pas nécessairement les individus. Certaines enquêtes montrent l'importance des contaminations *via* des rapports homosexuels chez des personnes se déclarant hétérosexuelles.

¹² On lira notamment avec intérêt l'étude suivante : Bastard M., Fall M. B. K., Lanièce I., Taverne Bernard, Desclaux Alice, Ecochard R., Sow P. S., Delaporte Éric, Etard Jean-François. « Revisiting long-term adherence to highly active antiretroviral therapy in Senegal using latent class analysis ». *Aids-Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2011, 57 (1), p. 55-61.

épidémiologique et sociologique la plus probable est celle d'une épidémie concentrée du fait des inégalités raciales structurelles de la société américaine, notamment en termes d'accès à la prévention et aux services de santé.

Ces deux exemples montrent comment des politiques de santé publique peuvent acheminer sur une mauvaise compréhension des contextes sociaux de l'épidémie si elles ne se donnent pas la peine de saisir les rapports de pouvoir à l'œuvre dans les dits contextes sociaux. Les études critiques des masculinités ont plaidé pour une approche plus fine des identités masculines, mais elles ont aussi contribué à mettre en lumière la nécessité d'intégrer à l'analyse d'autres modalités des rapports de pouvoir.

3. Perspectives critiques. La santé publique au croisement des rapports de domination

Pour comprendre le lien entre genre et santé à l'échelle mondiale il faut, selon Connell, élargir la focale et dépasser le cadre des seules inégalités de santé. Il faut comprendre ce que ces inégalités de santé doivent à l'« économie mondialisée » et à « l'ordre politique » qui la soutient (Connell, 2014 : 260). En contrôlant les richesses des pays les plus pauvres, les instances régulatrices de l'économie mondialisée (telles que le Fonds monétaire international et la Banque mondiale) pèsent sur les systèmes de santé. Dans ce cadre, il est plus que nécessaire de s'intéresser aux mécanismes de domination et à l'impact des inégalités économiques sur la santé des hommes et des femmes. Les effets sanitaires de l'économie mondialisée, en termes de violence, d'inégal accès au système de santé ou aux thérapies (dans le cadre, par exemple, des prix élevés des médicaments tels qu'imposés par les industries pharmaceutiques du Nord), doivent être pensés à l'aune des rapports de genre, c'est-à-dire à travers leurs effets singuliers sur les hommes et les femmes. Raewyn Connell donne l'exemple des *Maquiladoras*. Ces usines textiles installées à la frontière du Mexique et des États-Unis, notamment à *Ciudad Juárez*, ville tristement célèbre pour son taux élevé de féminicides (meurtres de femmes). Il paraît difficile, dans ce contexte singulier de violence, de ne pas lier l'exploitation capitaliste (violence sociale) et la violence de genre. Selon Connell, en imposant leur hégémonie sur une région entière et en se substituant à une économie traditionnelle, les industries de confection de *Ciudad Juárez* ont perturbé un ordre de genre et un contexte économique locaux. Elles ont imposé des emplois précaires aux femmes, tout en condamnant massivement

les hommes au chômage (la confection employant essentiellement une main-d'œuvre féminine). Cette situation a sans doute accru la violence de genre, et notamment la violence des hommes sur les femmes, menant parfois au meurtre (Connell, 2014 : 261). Si l'on ne peut réduire les actes meurtriers des assassins de *Ciudad Juárez* aux effets de l'industrialisation, il serait tout aussi vain d'en faire des actes isolés et indépendants des rapports de domination économique.

Cet exemple rappelle l'impérieuse nécessité qu'il y a à penser les niveaux micro et macro des rapports de pouvoir, et surtout à penser leur articulation dans des situations concrètes lorsqu'il s'agit de décrire la violence, le développement d'une épidémie ou encore les inégalités dans l'accès au soin. Un concept issu des études de genre et des études postcoloniales apporte un niveau de complexité essentiel à l'étude de l'interface entre santé et rapports de pouvoirs. Il s'agit du concept d'*inter-sectionnalité*, notamment développé par Kimberlé W. Crenshaw. Dans un article très important, Crenshaw développe une critique féministe envisagée du point de vue des femmes africaines-américaines, auxquelles ne semblent pas destinés les discours féministes. Elle remarque notamment que les discours sur le genre ont tendance à s'adresser aux personnes privilégiées du point de vue de la classe ou de la race, et que de la même façon, les discours sur les inégalités raciales concernent le plus souvent des personnes privilégiées dans les autres rapports de pouvoir. Or il faut, selon Crenshaw, penser la spécificité des situations d'individus doublement ou triplement désavantagés. Autrement dit, le discours féministe sur les femmes « en général » n'est pas nécessairement transposable dans les mêmes termes à propos des femmes socialement ou racialement stigmatisées. Elle propose alors le concept d'intersectionnalité comme manière de penser ensemble l'intersection des rapports de pouvoir (Crenshaw, 1989).

Cette perspective théorique est importante du point de vue de la santé publique. En effet, de même qu'on ne peut penser les enjeux de santé indépendamment de leurs manifestations au sein de chaque catégorie de sexe (les hommes, les femmes), on ne peut les penser sans les analyser au prisme des classes sociales, des rapports de domination postcoloniaux, etc. D'une part, cela permet d'enrichir les analyses produites en évitant des erreurs assez fondamentales (comme le fait d'envisager une stratégie de prévention du VIH/Sida, par exemple, sans prendre en compte le fait que les discours produits sur la sexualité n'ont pas de sens pour

les populations concernées). D'autre part, cela rend possible un discours de santé publique véritablement *politique* (Bilge, 2013) du fait de la capacité des analyses inter-sectionnelles à rendre visibles des problèmes trop souvent occultés, car étudiés séparément.

Les apports des *men's studies* aux études de genre et de santé publique ne doivent pas être compris comme un nouveau modèle théorique qui se substituerait aux approches antérieures. Il s'agit simplement d'un outil de complexification de la recherche afin de mieux cartographier les rapports de domination et leurs implications sanitaires. Penser les masculinités, ou plus généralement le genre, dans le domaine de la santé publique, incite comme on vient de le voir à étudier conjointement d'autres rapports de pouvoir tout aussi fondamentaux et susceptibles de produire des conséquences sanitaires. On comprend alors combien il est nécessaire, pour les chercheurs et praticiens en santé publique, de se frotter aux études de genre et aux études postcoloniales, tout autant qu'à l'étude des inégalités sociales dont ils sont sans doute plus familiers.

Bibliographie

- BILGE, Sirma, 2013. « Intersectionality Undone. Saving Intersectionality from Feminist Intersectionality Studies », *Du Bois Review*, vol. 10, n° 2, p. 405-424.
- CONNELL, Raewyn, 2014. « Genre, santé et théorie. Pour une conceptualisation de la question, dans une perspective locale et mondiale », in : CONNELL, Raewyn, *Masculinités. Enjeux sociaux de l'hégémonie* (sous la direction de Meoïn Hagège et Arthur Vuattoux), Paris, Éditions Amsterdam.
- CRENSHAW, Kimberlé W., 1989. « Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics », *University of Chicago Legal Forum*, p. 139-167.
- FASSIN, Éric, 2014. « Actualité des masculinités », postface à CONNELL, Raewyn, *Masculinités. Enjeux sociaux de l'hégémonie* (sous la direction de Meoïn Hagège et Arthur Vuattoux), Paris, Éditions Amsterdam.
- FISCHER, Hugues, 2012. « Le VIH chez les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes », *Transcriptases*, n° 149, p. 25-28.
- HARRIS, David J., DOUGLAS, Pamela S., 2000. « Enrollment of Women in Cardiovascular Clinical Trials Funded by the National Heart, Lung and Blood Institute », *The New England Journal of Medicine*, vol. 343, n° 7, p. 475-480.
- LAMARANGE, Joseph, 2012. « Épidémies généralisées et concentrées : une épidémie peut en cacher une autre », *Transcriptases*, n° 149, p. 29.
- MASSAD, Joseph, 2007. *Desiring Arabs*, Chicago, Chicago University Press.
- ONUSIDA, 2013. *Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de sida 2013*. Consultable sur le site : <http://www.unaids.org/>
- SCOTT, Joan, 1988. « Le genre : une catégorie utile d'analyse historique », in : *Le cahier du GRIF, le genre de l'histoire*, n° 37-38.

*Le dossier : Renouveaux et enjeux
de la protection sociale. Vues du Sud*

Renouveaux et enjeux de la protection sociale. Vues du Sud

Dossier dirigé par M^{me} Blandine Destremau,
Directrice de recherche CNRS/LISE
Introduction

Le moment actuel est probablement équivalent à celui de l'après seconde guerre mondiale, en termes d'impulsion à l'extension de la protection sociale dans les pays en développement et de mise en place de normes globales. Il en diffère cependant à de multiples égards, et en particulier du fait des bouleversements de l'économie-monde et du capitalisme au cours des six ou sept dernières décennies. En outre, les politiques et orientations actuelles tentent de répondre au constat d'échec des cadres impulsés il y a plus de soixante ans, et de construire des voies alternatives pour procurer le plus largement possible, une protection sociale à ceux qui n'en bénéficient toujours pas. Il faut dire que l'échec est patent : si l'on en croit l'OIT, environ 5,1 milliards de personnes, soit 75 % de la population mondiale, ne sont pas couvertes par une sécurité sociale adaptée.

Quelle protection sociale ?

Encore faut-il s'entendre sur ce que désigne le terme de « protection sociale », que discutent certains des textes présentés ici. Dans les années 1950, l'impulsion construite autour de la déclaration de Philadelphie⁽¹³⁾ et la Convention 102⁽¹⁴⁾ de l'OIT promouvait l'extension au plan international d'une couverture sociale définie selon des objectifs minimaux afin de favoriser l'engagement des États-membres : « *Les objectifs minimaux de la convention concernent, pour l'ensemble des neuf branches, le pourcentage de la*

population protégé par les régimes de Sécurité sociale, le niveau de la prestation minimale garantie pour les personnes couvertes, ainsi que les conditions ouvrant droit aux prestations et la période de droits à celles-ci. » Selon ces normes, ces objectifs peuvent être réalisés au travers de divers instruments ou institutions (les régimes universels; les régimes d'assurance sociale avec des cotisations en fonction du revenu ou à taux fixe, ou les deux; les régimes d'assistance sociale); ils doivent néanmoins se conformer au principe de prestations définies; de participation des employeurs et des travailleurs à l'administration des régimes; de responsabilité générale de l'État pour les dispositions liées aux prestations et à l'administration adéquate des institutions; et de financement collectif des prestations par le biais de cotisations d'assurance ou d'impôts.

Si la plupart des gouvernements de pays que l'on allait qualifier de « sous-développés » puis « en développement » allaient s'engager, au lendemain des indépendances, dans des programmes « développementalistes » qui asseyaient leur légitimité, tous n'ont pas eu les mêmes contenus ni résultats en termes de protection sociale. Dans nombre de pays d'Afrique, d'Asie et du Moyen-Orient, un secteur public de santé offrait un accès gratuit, fortement subventionné et/ou couvert par une assurance sociale cotisée, à des soins qui s'avéraient souvent concentrés essentiellement dans les zones urbaines. Au fil du temps, ils souffrirent des aléas budgétaires, des déficits de motivation de personnels souvent sous-rémunérés et de la concurrence d'une offre privée appelée à servir d'abord les couches les plus aisées, puis jusqu'aux couches moyennes.

Selon que les États issus de la colonisation émergeaient du giron français - qui venait de créer sa sécurité sociale sur une base professionnelle cotisée - ou anglais, où l'État tend à prendre en charge, sur budget public, des politiques universelles plus ou moins généreuses, laissant aux entreprises la responsabilité d'assurer leurs travailleurs -, ou encore allemand, italien néerlandais, etc., des trajectoires institutionnelles différentes se dessinaient (Destremau et Lautier 2006).

¹³ Le 10 mai 1944, la Conférence générale de l'Organisation internationale du travail, réunie à Philadelphie, adoptait la Déclaration de Philadelphie qui redéfinit les buts et objectifs de l'OIT. Parmi eux, « l'extension des mesures de sécurité sociale en vue d'assurer un revenu de base à tous ceux qui ont besoin d'une telle protection, ainsi que des soins médicaux complets; une protection adéquate de la vie et de la santé des travailleurs dans toutes les occupations; la protection de l'enfance et de la maternité; » (article 3).

¹⁴ La convention (n° 102) concernant la sécurité sociale (norme minimum), 1952, est le modèle phare des conventions de l'OIT concernant la sécurité sociale car elle constitue le seul instrument international, fondé sur des principes essentiels de la sécurité sociale, qui établit, des normes minimales convenues à l'échelle mondiale pour les neuf branches de la sécurité sociale énoncées ci-dessous: Soins médicaux; Prestations de santé; Prestations de chômage; Prestations de vieillesse; Prestations d'accidents du travail; Allocations familiales; Prestations de maternité; Prestations d'invalidité; et Prestations de survivants (source: ILO http://www.ilo.org/secsoc/areas-of-work/legal-advice/WCMS_206115/lang--fr/index.htm).

Il est bien difficile de faire quelque généralisation que ce soit au vu de la diversité des régimes de protection sociale dans le monde hors OCDE. Conscients de cette diversité dès l'après-guerre, la convention 102 fut « *considérée comme un outil pour l'extension de la couverture de la Sécurité sociale et fournit un appui aux pays qui l'ont ratifiée en leur offrant une certaine flexibilité dans son application, en fonction de leur situation socioéconomique* »⁽¹⁵⁾.

Quelle protection sociale pour quelle forme d'emploi ?

Le principe d'assurance sociale fut construit sur un principe de coresponsabilité qui impliquait les travailleurs, les employeurs (comme co-cotisants) et l'État (comme garant). Il correspondait de fait à une situation de salariat, qui devait être « formalisé » pour que ces responsabilités – et d'autres normes de travail et fiscales – soient assumées conjointement. Or, selon les pays, le salariat comme forme d'emploi était plus ou moins répandu : il était au principe de l'extension des administrations et services publics, avait été une des formes mises en œuvre par la colonisation, correspondait également au travail industriel, mais adoptait des formes très diversifiées, selon notamment la régularité du travail, la nature de la relation entre employeur et employé et son marquage de domination, l'âge et le sexe des travailleurs, les us et coutumes de différents secteurs d'activité, etc. (qu'on pense par exemple au salariat agricole, domestique, à l'apprentissage, au travail à la pièce, au travail forcé...). En outre, la grande masse des travailleurs dans des pays faiblement urbanisés et industrialisés relevait de formes d'auto-emploi, de travail familial non rémunéré, de vague sous-traitance commerciale, de travail à la commission, etc. Comment tous ces travailleurs, et leurs familles, allaient-ils pouvoir être intégrés dans la protection sociale, dès lors que leur affiliation devait dépendre d'une cotisation ?

Le cadre normatif de l'OIT, tout en insistant sur la responsabilité des États, répondait de fait à une vision selon laquelle le salariat, forme « moderne » d'emploi, allait inexorablement s'étendre, porté par « le développement » (et ce tant dans les pays du Nord que du Sud).

Le principe de régimes d'assurance sociale, alimentés par les cotisations des travailleurs, permettait

de promouvoir également un dialogue social tripartite, au fondement du mandat de l'OIT, ouvrant sur des formes négociées, et donc présumées stables, de réglementation du travail. Cette dimension politique de construction des droits sociaux non sur des faveurs mais sur un Droit acquis par la cotisation, a son pendant dans un dispositif de financement des caisses qui en garantit la durabilité : il fallait que le dispositif – et les caisses – soient constamment alimentés par de nouveaux cotisants, au fur et à mesure que la couverture se développait en termes de risques, et que les équilibres comptables soient maintenus entre cotisants et ayants droit. L'ensemble ne pouvait fonctionner que si l'affiliation était rendue obligatoire, et l'obligation rendue effective par des mécanismes de contrôle efficaces. À côté des assurances sociales se déployaient des dispositifs publics, financés par voie fiscale (ou rentière), qui intégraient dans le système de protection sociale des orientations de politiques publiques, en particulier sanitaires et familiales – encouragement ou contrôle de la natalité, extension des droits sociaux aux épouses non actives et aux enfants dépendants, couverture des vieux travailleurs ou progressivement de catégories professionnelles n'ayant pas encore suffisamment cotisé, etc.

L'horizon d'extension de la protection sociale correspondait alors à la vision de progrès et de développement envisageable dans les années de la reconstruction post-conflit mondial et d'une domination coloniale qui s'achevait, sans qu'on le sache encore nécessairement : la modernité était portée par l'industrialisation et l'urbanisation, la mécanisation de l'agriculture. Ce sont ces travailleurs-là, modernes, fortement masculinisés et largement « Blancs », ainsi que leurs familles, nucléaires et fondées sur une stricte division sexuelle du travail, qui étaient appelés à constituer le gros des assurés et protégés sociaux. Dans les pays du « centre » où ce salariat-là – porté par le fordisme, l'essor de la productivité, les migrations vers les villes, l'extension de la consommation et la normalisation des formes familiales et des relations de genre – dépassait la moitié des actifs, l'essor du salariat accompagna celui de dispositifs cotisés ; des dispositifs ont pu être progressivement mis en place pour incorporer aussi les travailleurs indépendants, intermittents, irréguliers, et progressivement des catégories plus labiles de travailleurs, de façon à ce que l'ensemble de la population ou presque soit couverte de droit et de fait, pour pratiquement l'ensemble des risques définis par la Convention 102, voire au-delà.

¹⁵ Source : ILO, http://www.ilo.org/secsoc/areas-of-work/legal-advice/WCMS_206115/lang-fr/index.htm

Dans les pays dits « en développement » ou « de la périphérie », la situation est bien différente (quoiqu'extrêmement diverse). La convention 102 de l'OIT leur accordait un délai pour « rattraper » les pays occidentaux en termes d'extension du salariat formel et de la couverture sociale. Cette vision en termes de retard et de rattrapage a cependant fait long feu. On sait aujourd'hui que les écarts de situation, non seulement entre « pays du Nord » et « pays du Sud », mais très largement entre les différentes conditions et trajectoires des pays « en développement », notamment en ce qui concerne le travail, s'imbriquent et s'articulent dans la croissance d'un capitalisme globalisé qui produit et reproduit ses inégalités, loin de les combler. De fait, après une période d'extension du salariat engendré par le « fordisme périphérique » dans certaines régions sous domination coloniale ou néocoloniale dans lesquelles le capital jugeait bon d'investir, cette extension butta sur le redéploiement des industries délocalisées dans d'autres régions aux avantages relatifs plus intéressants, sur la fermeture d'industries légères, ou encore prenait la forme de sous-traitances en cascade, reposant sur du travail volatil et informel. Ainsi, dans la plupart de ces pays, l'extension de la protection sociale se réalisa aussi de pair avec celle du salariat, et la rencontra comme limite, ainsi que le montrent notamment Lautier 2006, Valencia Lomelli 2010, Bizberg 2014 et dans ce dossier pour l'Amérique latine, Catusse, Destremau et Verdier 2010 pour le monde arabe.

Quelle qu'ait été l'extension de ce salariat « fordiste », il n'a jamais réellement dépassé la moitié des forces de travail des pays en développement. Si des pays tels que la Colombie, ou la Tunisie, atteignaient un taux de salarisation formelle (c'est-à-dire protégé socialement) de plus de la moitié, cependant, la plupart des pays africains plafonnaient autour de 10 à 15 %, pour ainsi dire les fonctionnaires et les forces armées. Au sein même du salariat « moderne », l'obligation d'affiliation des employeurs et des travailleurs demeure souvent peu respectée, soit que les États ne parviennent pas à l'imposer, soit que les investisseurs refusent tout coût supplémentaire de protection sociale. L'informel se niche donc au cœur même du secteur *a priori* formalisé. En dehors de ce dernier, de la moitié aux neuf-dixièmes de la population en âge actif (selon les pays) relèvent du travail informel, agricole, assimilé familial, domestique, irrégulier, gagé, plus ou moins forcé ou autre, sans autre recours que les solidarités de la famille, de la communauté, des organisations humanitaires et des institutions religieuses (voir

Sissoko dans ce dossier). Pour ceux-là, point de protection sociale selon « l'esprit de Philadelphie » (Supiot 2010) ou les normes de la convention 102.

L'absence de démocratie, la faiblesse des pouvoirs politiques et des capacités administratives de certains États, l'intégration partielle seulement des activités économiques dans les circuits capitalistes, les segmentations sociales, représentent autant de raisons qui peuvent expliquer la non-centralité politique de la protection sociale dans les politiques publiques, et/ou son contingentement à une portion des travailleurs/citoyens seulement, dans la plupart des pays en développement.

Les années 2000, renouveau de la protection sociale au plan mondial

C'est vers la fin des années 1990 que le paradigme relativement rigide de protection sociale forgé par les normes de l'OIT fut bousculé par l'arrivée d'approches plus pragmatiques, énoncées dans la foulée d'une décennie de lutte contre la pauvreté qui avait échoué à réaliser ses propres objectifs. Il faut repartir un peu en arrière pour bien situer ce tournant. Les années 1980 sont marquées par la crise de la dette et l'intervention décisive des institutions financières internationales (FMI et Banque mondiale surtout) pour contraindre les États endettés à « ajuster leurs structures » macro-économiques. Parmi diverses mesures, il s'agissait de réduire les périmètres d'intervention des budgets et administrations publiques. Les effets dans les secteurs sociaux, en particulier la santé, l'éducation, les infrastructures, furent dramatiques, et la montée de la pauvreté, corrélative de ces mesures draconiennes, alerta sur leur faisabilité politique. Dans les années 1990, des mesures d'accompagnement social, des « filets sociaux de sécurité », furent alors inventées par les institutions financières qui imposaient les potions économiques, pour éviter que leurs ravages humains ne soient trop déstabilisants.

Parallèlement, se met en place un changement important d'horizon cognitif : les pauvres doivent cesser d'attendre des solutions des États, et prendre en charge leur propre destin : lutter contre leur propre pauvreté en se lançant dans l'entrepreneuriat, adopter des comportements adéquats. Le rôle de l'État doit être d'aménager les conditions à ces fins : procurer des services éducatifs et de santé nécessaires, assurer du bon fonctionnement des marchés, réduire les risques liés à l'entreprise, créer des mécanismes incitatifs. C'est essentiellement sous couvert de la réduction, ou

plutôt de la gestion, des risques sociaux, que la Banque mondiale lance sa nouvelle approche de la protection sociale, qui se confond avec la lutte contre la pauvreté et l'extension des marchés. La micro-finance en est un des instruments centraux.

De son côté, à la fin des années 1990, le BIT élabore des approches plus souples et adaptées de la protection sociale, tout en confirmant « *le statut de norme actuelle de la convention n° 102* » et en la qualifiant « *de point de repère et de référence pour le développement progressif d'une couverture complète de Sécurité sociale au niveau national* ». C'est le cheminement qui est aménagé: le BIT se lance dans la promotion de dispositifs de protection sociale à petite échelle, reposant sur la mutualisation des risques et des cotisations, liés, pour ce qui est de la santé, à un développement de l'offre. Le texte de Juliette Alenda, dans ce dossier, traite précisément du développement des dispositifs micro, portés par des initiatives locales et/ou internationales au Sénégal. Micro-assurances et mutuelles se multiplient en complément ou en substitution de systèmes plus institutionnalisés et publics. Les formes diverses de protection sociale, complétées par des garanties publiques destinées aux personnes pauvres et non solvables, sont appelées, à terme, à construire une architecture solidaire par le biais d'articulations inter-caisses et inter-régimes (articulations financières, en matière fonctionnelle et de gestion, dans l'offre de services, la gouvernance et la conception des politiques, sous forme d'accords, de barèmes, de reversements, de péréquations, etc.) qui constituent elles-mêmes un « outil d'extension durable de la couverture » (Coheur et alii 2007).

Une décennie plus tard, un nouveau constat émerge: quelles que soient les articulations instaurées entre différents types de dispositifs de protection sociale – assurances sociales, assurances privées, mutuelles, micro-assurances, etc. – une couverture large ne saurait être atteinte par la seule multiplication des micro-dispositifs. D'une part, cette dernière requiert une énergie et des soutiens tels que son déploiement dans des régions peu intégrées au capitalisme est très aléatoire et l'autonomisation des organisations peu envisageable. D'autre part, les dispositifs localisés reproduisent les inégalités de situations et peinent à se défragmenter: aux pauvres des couvertures pauvres, aux riches des couvertures beaucoup plus complètes. Et la mutualisation, à l'échelle d'une nation, qui a été rendue possible par la décision politique de couverture obligatoire dans les pays européens du Nord,

notamment, n'est pas envisageable dans des contrées marquées par des très fortes inégalités, aux imaginaires d'altérité imprégnés des hiérarchies coloniales.

C'est à une large échelle que l'État doit intervenir, pour sortir des ciblage étroits trop coûteux et peu efficaces, pour proposer – voire obliger – les personnes solvables à s'intégrer dans des dispositifs cotisés, et en prenant en charge la protection de ceux qui ne peuvent pas cotiser. Également, les politiques de protection sociale sont considérées comme d'indispensables outils de politiques publiques, en particulier en termes de santé. La principale innovation cognitive qui marque ce renouveau en faveur de la protection sociale est celui d'investissement social, parallèle à celui d'activation: les dépenses sociales, loin de représenter une dépense sèche, comme on avait pu le considérer dans les années 1980 et 1990, sont rentables sur divers plans (économique, sanitaire, politique, sécuritaire...), et préparent un meilleur avenir. On peut distinguer deux grands courants – complémentaires et articulés entre eux - dans cette impulsion vers un « retour de l'État » sur la scène de la protection sociale.

Pour le premier, qui promeut une entrée en termes de revenu, protection sociale et lutte contre la pauvreté convergent: c'est le marché (du travail, des services, des biens) qui doit apporter des solutions, le rôle de l'État devant être limité à celui de facilitateur, « capacitant », incitateur, aménageur... des solutions marchandes et institutionnelles, ainsi que protecteur en dernier recours. La lutte contre la précarité immédiate et la réduction des risques de l'existence doit permettre aux pauvres de se consacrer à prévenir la transmission inter-générationnelle de pauvreté et à construire pour leurs enfants un avenir prospère, ou à se lancer eux-mêmes dans des entreprises profitables. Et c'est au niveau familial que les injonctions seront mises en œuvre: les familles devront se conformer à des conduites rentabilisant les fonds distribués. La famille pauvre, dans les pays où les politiques publiques sont le plus instituées et déployées, est le relais de ces politiques pour sa propre transformation, comme Donzelot (1977) l'avait analysé dans le cas de la fin du XIX^e siècle français. Certains chefs de famille (surtout des femmes) sont exonérés de l'obligation de travailler. Ce sont pour beaucoup des familles monoparentales, dans lesquelles les mères reçoivent une allocation pour se consacrer à leurs tâches parentales, et sont suivies par des travailleurs sociaux qui vérifient leur conformité avec des obligations de visites médicales, assiduité scolaire, tâches collectives etc. Ces « programmes conditionnés de transferts de

revenus » (ou CCTs en anglais) sont aujourd'hui mis en œuvre dans plus de quarante pays, avec des garanties, conditions, discipline, versements... divers, certains plus disciplinaires et chiches que d'autres, plus généreux et finalement moins conditionnés. Les textes de Pablo Diaz Venegas et Nora Nagels traitent ici de tels programmes dans trois pays différents (Bolivie, Pérou et Philippines). Plus que de protection sociale, ces programmes mettent en œuvre un « gouvernement moral » des populations pauvres (Lautier 2009), en échange du versement d'allocations d'assistance de montant plus ou moins significatif. La politique de santé publique, lorsqu'elle épouse ce canal de promotion, prend des allures hygiénistes et comportementalistes, qui se justifient au nom des droits de l'homme plus que des fondements politiques et contractuels des droits sociaux (Destremau 2008 et 2009). Sont laissées dans l'ombre la question de l'offre (souvent l'offre n'est pas suffisante pour répondre aux obligations des assistés résultant de leur incorporation dans les CCT) et celle de formes de violence sur les corps (par exemple suivi gynécologiques imposés aux femmes, notamment « indigènes »).

Un second courant d'extension de la protection sociale vise à favoriser l'accès des populations non couvertes à l'offre de soins de santé existante, en les exonérant totalement ou partiellement de l'obligation de cotiser, c'est-à-dire avec prise en charge publique de tout ou partie de leurs cotisations selon leur revenu (et/ou leur appartenance à des catégories identifiées comme particulièrement vulnérables et prioritaires). C'est ce dont traitent ici les textes de Foussenu Sissoko sur le Cameroun, de Fatiha Kherbach, Asma El Alami El Fellousse et Driss Zine Eddine El Idrissi sur le Maroc, et qu'évoque Ilan Bizberg dans une large perspective comparative sur l'Amérique latine. L'horizon est ici celui d'articulations entre les diverses caisses et dispositifs d'affiliation, dans une perspective d'universaliser la protection sociale en santé à l'échelle de la nation, sur une base de mutualisation citoyenne. Les obstacles en sont cependant multiples : obstacles techniques certes, le développement d'outils de collecte des cotisations, de recensement des assurés, de gestion des droits et des prestations, etc., étant mis au défi des conditions de travail, de la faible informatisation, des pénuries de personnel qualifié, etc., dans nombre de pays. Mais surtout obstacles politiques, tant il peut être difficile de faire valoir comme légitime l'incorporation de tous – et la redistribution qui va de pair –, quels que soient les origines, les niveaux de revenu, les appartenances, dans un même système d'assurances sociales.

Les deux voies ne sont pas exclusives : bien au contraire, des dispositifs publics plutôt ciblés sur les pauvres peuvent cohabiter avec des politiques d'incorporation des classes moyennes et moyennes basses dans le « régime général », et par ailleurs l'option des mutuelles et micro-assurances demeurer un recours pour ceux qui n'entreraient ni dans l'un ni dans l'autre. La juxtaposition, plus ou moins bien articulée, de divers dispositifs et l'imbrication de la réduction des risques en termes de santé et de revenu sont même certainement des caractéristiques des mouvements d'extension de la protection sociale qui se font jour à l'échelle globale, depuis une quinzaine d'années. Cette diversification répond à un pragmatisme affiché par la plupart des grands acteurs de cette extension (Banque mondiale, Bureau international du travail, Organisation mondiale de la santé...) ainsi qu'un déplacement (plus ou moins marqué) dans les attendus des rôles de l'État, du marché et de la « société civile ».

Les cadres de cohérence de ces « mixtes » s'énoncent en termes universalistes (au plan planétaire), consensuels et souvent minimaux. Ainsi, diversement, des Objectifs de développement du millénaire, des approches en termes de santé globale ou de couverture sanitaire universelle (Nauleau, Destremau et Lautier 2013). Progressivement, au cours des années 2000, l'Organisation internationale du travail élabore elle aussi une nouvelle norme, pragmatique face aux difficultés et aux contraintes que la mondialisation du capitalisme oppose à une progression des droits sociaux : celle d'un socle de protection sociale, paquet minimum promu tant au nom de la justice sociale, de l'efficacité économique que de la stabilité politique. Par l'adoption en 2012 de la recommandation 202 sur les socles nationaux de protection sociale, l'OIT inscrivait de la sorte la question de la protection sociale – combinaison de lutte contre la pauvreté, de réduction des inégalités, de soutien à la productivité, de contrôle des maladies... - au cœur des enjeux globaux de développement et de croissance.

Enjeux : un nouvel « esprit de Philadelphie » ?

Plusieurs pistes de réflexion quant aux orientations, enjeux et implications de ces « nouvelles politiques sociales », sont évoquées par les textes de ce dossier.

Un premier enjeu porte sur les articulations entre État et marché, dont tous les systèmes nationaux de protection sociale composent des combinaisons particulières. Si un des objectifs de la protection sociale est de « démarchandiser » la reproduction sociale, c'est-

à-dire de limiter la dépendance des individus et des familles à l'égard des revenus obtenus du marché du travail lors de certaines circonstances de leur existence, cela ne veut pas dire que la protection sociale elle-même ne passe pas par une offre marchande. De fait, le mécanisme d'assurance permet de mutualiser les coûts et les conséquences de l'occurrence d'un risque, y compris lorsqu'ils sont couverts par le marché (offre de soins et de médicaments par exemple). La régulation, dans les « vieux » systèmes de protection sociale assurantielle, se faisait essentiellement par négociation entre les pouvoirs publics, garants du fonctionnement de l'assurance et de la qualité de l'offre, et les professionnels de santé, soucieux malgré tout de garder le fonds de marché garanti par cette même assurance.

Dans les « nouvelles » politiques sociales, la délégation au secteur privé marchand ou non marchand (associations, fondations, églises...) apparaît considérablement plus étendue, au point où, les dispositifs de protection sociale effectuent un transfert de fonds du public vers le privé, par le truchement de partenariats, missions, chartes et autres modes de délégation, comme c'est le cas en Amérique latine (Destremau et Georges 2015 à paraître). L'État apparaît comme grand ordonnateur, et impulsion initiale des allocations budgétaires, mais surtout comme orchestrateur des arrangements politiques permettant de rendre ces systèmes acceptables pour des groupes d'intérêt divergents : la lutte contre la pauvreté et la protection sociale des pauvres ouvrent des marchés profitables à une large palette d'entrepreneurs divers, qui s'y creusent des niches rentables sur les plans économiques et moraux.

Un second enjeu, évoqué notamment par Nora Nagels et Pablo Diaz dans les textes qui suivent, concerne le statut de la famille et les différents rôles sexués mis en œuvre par les nouveaux systèmes de protection sociale (Marques-Pereira et Pfefferkorn 2011, Destremau et Georges 2015 à paraître). La dimension familialiste du « welfare state » à la française (et bien au-delà) n'est un mystère pour personne ; elle implique une division des rôles entre « monsieur gagnant de pain » et « madame au foyer », qui s'occupe des enfants, pendant que les grands-parents sont pris en charge par leurs pensions de retraite et des maisons qui les hébergent pendant leurs vieux jours de dépendance. Dès lors que les femmes rejoignent massivement les marchés du travail, les arrangements dits « de conciliation » débordent la seule sphère privée et deviennent un enjeu de politique publique (gratuits par la famille, payant par le marché, éventuellement

solvabilisés par des allocations spécifiques). Pour beaucoup, les politiques sociales mises en œuvre dans les pays en développement ou émergents reposent elles aussi sur des hypothèses qui croisent les rôles sexués avec les rapports de classe et d'ethnicité : les femmes de classe supérieures sont appelées à acquérir des qualifications qu'elles valoriseront sur le marché du travail pendant que les femmes peu qualifiées se destinaient avant tout à s'occuper des enfants, les leurs (comme mères) ou ceux des autres (comme employées domestiques dans leur propre pays ou dans des pays plus riches).

Les situations se tendent parallèlement à l'accroissement des besoins sociaux liés en particulier au vieillissement et aux maladies chroniques qui affectent de plus en plus les populations des pays en développement. En l'absence de politiques suffisamment développées par les États, et/ou d'une prise en charge socialisée et accessible (les dispositifs marchands se développent bien, mais demeurent inaccessibles pour la plupart), la satisfaction de ces besoins pèse de façon croissante sur les familles. D'où des effets en termes de genre (confirmation ou réamplification des formes de division sexuelle du travail faisant peser sur les femmes la prise en charge des personnes dépendantes), qui reposent sur une naturalisation des rôles sexués et des injonctions à la responsabilisation des femmes en tant que mères et filles. Et ces effets combinés (en termes de genre, de classe, d'âge et d'origine ethnique) sont de plus en plus formalisés dans le cadre de programmes d'assistance dits conditionnels.

Troisième enjeu, il est également fondamental de se demander ce qu'il en est des fonctions proprement politiques de la protection sociale : produire et reproduire des formes de légitimité des autorités publiques qui se présentent comme l'ayant mise en place, ainsi que des formes de cohésion sociale et de sécurité (économique, politique, sanitaire...) au sens large (voir Bizberg dans ce dossier). Les bénéfices de légitimité des « programmes conditionnés de transfert de revenus » sont apparemment considérables, pour une dépense faible, ce qui concourt à leur vogue mondiale. Toutefois, ce bénéfice politique a pu être considéré comme assez populiste, dès lors qu'il reposait sur des formes quasiment personnalisées de relation – relations avec les professionnels de santé et de l'action sociale, ainsi qu'avec toute une hiérarchie de médiateurs et intermédiaires – et tant il escamotait le maintien des inégalités (Borgeaud-Garcianda et alii 2009). L'extension de la protection sociale sous le mode plus

classique de l'assurance sociale subventionnée est elle aussi valorisée comme un bienfait du pouvoir et une mesure de justice sociale, tant certaines formes d'inégalités, en particulier devant des risques sociaux, sont considérés comme injustes.

Pour autant, si l'horizon du nouveau de la protection sociale est que tout le monde soit couvert, tous ne le sont pas pour les mêmes risques ou aléas, ni au même prix : certains versent une cotisation et acquièrent de ce fait un droit pratiquement contractuel, d'autres sont soumis aux charges de la preuve pour obtenir une allocation conditionnelle, sans recours contre les incohérences des systèmes (par exemple obligation de produire des certificats de visite médicale, quand les centres de santé existants sont trop éloignés et surchargés et ne peuvent les recevoir). La marche vers l'universalisme de la protection sociale, corollaire de la justice sociale, se fait de façon extrêmement fragmentée (Valencia 2010, Lautier 2006, Bizberg dans ce dossier). Elle repose pour certains sur des droits solides, pour d'autres essentiellement sur l'assignation au statut d'assisté. Elle reproduit des inégalités de classe, de genre, de résidence et d'appartenance ethnique (Lautier 2012, Marques Pereira et Pfefferkorn 2011). Au croisement de l'assurance et de l'assistance, du contrôle social et de l'individualisation, ces nouvelles générations ou orientations de politiques sociales dessinent de nouveaux paysages de citoyenneté, fragmentée, inégale. Et les discours de la citoyenneté épousent eux aussi des rhétoriques diverses, selon les groupes auxquels ils sont destinés et les circonstances qui les motivent.

Finalement, les enjeux politiques de la protection sociale apparaissent plus que jamais visibles, quelle que soit la place d'arguments économiques ou sécuritaires dans sa justification. Comme à chacune des phases historiques fondatrices d'un bouleversement dans les configurations cognitives, financières, idéologiques, politiques et mécaniques composant la protection sociale (essentiellement la fin du XIX^e siècle dans les pays « développés » – dont certains d'Amérique latine –, et la moitié du XX^e siècle) celle que nous traversons aujourd'hui vise à adapter la protection sociale à une phase particulière du capitalisme, ou plus précisément à faire jouer au « social » la fonction de médiation entre l'économique et le politique (Voir Théret 2011, Bizberg 2014 et dans ce dossier).

Comme après la seconde guerre mondiale, et antérieurement, dans les contextes historiques de naissance

des mesures de protection sociale, les « paquets » de politiques sociales articulent des dispositifs d'assurance avec des politiques touchant à la santé – contrôle des épidémies, production de futurs travailleurs aptes – à la prise en charge des personnes dépendantes – politiques du *care* des enfants et personnes âgées par la mobilisation des familles, et surtout des femmes, extension de la marchandisation des soins – à la lutte contre la pauvreté par la responsabilisation des individus et des ménages – à l'égard de l'intégration dans le travail, salarié ou indépendant, la parentalité active. Au-delà, ils accompagnent l'allègement des contraintes pesant sur le travail, le démantèlement des monopoles publics pour ouvrir au maximum des espaces de marché, la glorification de l'individu responsable et consommateur, entrepreneur et autonome, et s'articulent avec des impératifs de contrôles des grandes épidémies, de maîtrise des flux migratoires, de concurrence et de volatilité exacerbées des capitaux au plan mondial.

Si les pays en développement représentent des « laboratoires » des nouvelles politiques sociales, c'est en tant que dispositifs qui remettent au centre de la régulation sociale les équilibres entre économie et politique, en un temps où l'économie financiarisée puisant à du travail tendanciellement dérégulé, produit des inégalités accrues, où les classes moyennes ont élaboré des exigences de consommation et de sécurité adressées aux pouvoirs en place, et où les revendications des pauvres et laissés pour compte des progrès sociaux surgissent dans la sphère publique, au nom de l'équité et de la justice sociale. Minimisant les transferts redistributifs opérés par des exigences de cohésion sociale et par le biais de la fiscalité et de système larges de mutualisation des risques, les nouveaux systèmes de protection sociale parviennent à offrir aux groupes solvables une protection de bon niveau, solvabilisant leur recours aux marchés (des soins, du travail domestique, des médicaments, des fonds de pension...) alors que les ménages non solvables tendent à se voir relégués dans des formes tutélaires qui conditionnent leur inclusion à des comportements jugés propices à la réduction de risques considérés de façon de plus en plus individuelle et de moins en moins sociale. À distance de « l'esprit de Philadelphie » et des conventions qui affirmaient que « *le travail n'est pas une marchandise* », ils entérinent la fragmentation des systèmes de protection sociale, offrant une inclusion et une couverture différentielle selon la place de chacun et chacune face au marché et dans les formes nationales de développement du capitalisme.

Références citées

- BIZBERG, Ilán (coord.), *Varietades de Capitalismo en América Latina: los casos de México, Brasil, Argentina y Chile*, México, El Colegio de México, 2014.
- BORGEAUD-GARCIANDA Natacha, LAUTIER Bruno, PENAFIEL Ricardo et TIZZANI Ania (coord.), *Penser le politique en Amérique latine*, Paris, Karthala, 2009.
- CATUSSE Myriam, DESTREMAU Blandine, VERDIER Éric (coord.), 2010, *L'État face aux débordements du social au Maghreb. Formation, travail et protection sociale*, Paris, IREMAM/Karthala, 2010.
- COHEUR Alain, JACQUIER Christian, SCHMITT-DIABATE Valérie, SCHREMMER Jens, 2007, « Articulations entre les régimes légaux de sécurité sociale et les mécanismes de protection sociale à base communautaire: une nouvelle approche prometteuse », Commission technique de la mutualité, 29^e Assemblée générale de l'AISS, Moscou.
- DESTREMAU Blandine, 2008, « Les droits humains, des droits sociaux pour les plus pauvres des pays en développement? » in « *Au-delà des droits économiques et des droits politiques, les droits sociaux?* », sous la direction de Jean-Paul Domin, Paris, l'Harmattan, Association d'Économie Sociale, 2008, pp. 109-124.
- DESTREMAU Blandine, 2009, « Les droits sociaux à l'épreuve des droits humains: les limites de la solidarité internationale », *Penser le politique en Amérique latine*, sous la direction de Natacha Borgeaud-Garcianda, Bruno Lautier, Ricardo Penafiel et Ania Tizzani, Paris, Karthala, pp. 149-164.
- DESTREMAU Blandine, GEORGES Isabel (coord.), 2015 (à paraître), *Gouverner les pauvres, gérer les femmes par l'assistance en Amérique latine* (coord. avec Isabel Georges), Paris Aix-en-Provence, Karthala-Cherpa, collection questions transnationales.
- DESTREMAU Blandine, LAUTIER Bruno, 2006, *Analyse et comparaison des systèmes de protection sociale du monde en développement, éléments de typologie et de méthode*. Réseau Impact, 23 p.
- DONZELOT Jacques, 1977, *La Police des Familles*, Paris, Ed. de Minuit, *Collection « critique »*.
- LAUTIER Bruno, 2006, « Towards Universal Social Security and Protection of the "Most Vulnerable" » in *International Labour Office/STEP, Social Protection and Inclusion: Experiences and Policy Issues*, Genève, International Labour Office/STEP, pp. 77-103.
- LAUTIER Bruno, 2012, « La diversité des systèmes de protection sociale en Amérique latine: une proposition de méthode d'analyse des configurations de droits sociaux », *Revue de la régulation, Capitalisme, institutions, pouvoirs* (revue en ligne), n° 11.
- LAUTIER, Bruno, 2009, "Gouvernement moral des pauvres et dépolitisation des politiques publiques en Amérique Latine", en N. Borgeaud-Garciandia, B. Lautier, R. Peñafiel y A. Tizziani (eds.), *Penser le politique en Amérique Latine*, Paris, Karthala, pp. 53-65.
- MARQUES-PEREIRA Bérengère, PFEFFERKORN Roland (coord.), 2011, *Genre, politiques sociales et citoyenneté, Cahiers du Genre*, Hors-série n° 2, 2011/3.
- MESA-LAGO, Carmelo, *Changing Social Security in Latin America. Towards alleviating the Social Costs of Economic Reform*, Boulder and London: Lynne Rienner Publishers, 1994, 210 p.
- NAULEAU Margot, DESTREMAU Blandine, LAUTIER Bruno, 2013, « En chemin vers la couverture sanitaire universelle », « Les enjeux de l'intégration des pauvres aux systèmes de santé texte sur la santé universelle », in Atlani-Duault L. et Vidal L. (dirs.), *La santé globale: nouveau laboratoire de l'aide au développement? Dossier de la Revue Tiers-Monde*, n° 215, juillet-septembre 2013, Paris, Armand Colin, p. 129-148.
- SUPIOT Alain, 2010, *L'esprit de Philadelphie. La justice sociale face au marché total*, Paris, éd. du Seuil, Coll. Débats.
- THÉRET, Bruno, 2011, "The place of national systems of social protection and political representation in socio-economic regulation: A morphogenetic structuralist view on institutional change in comparative perspective with special references to Japan and France" en *Evol. Inst. Econ. Review*, numb. 7 (2): 177-208.
- VALENCIA Lomeli E. (dir.), 2010, *Perspectivas del universalismo en México*, Guadalajara, ed. ITESO/Fundacion Konrad Adenauer.

Variétés du capitalisme et systèmes nationaux de protection sociale en Amérique latine

Par M. Ilán Bizberg
El Colegio de México

Comme résultat de la crise de la dette, à partir des années 80 les économies et les systèmes nationaux de protection sociale (SNPS) des pays d'Amérique latine ont subi des transformations très significatives. La plupart des analyses posent l'idée qu'il y a une pression pour que s'impose un modèle unique de SNPS, à caractère minimaliste et d'assistance, en accord avec l'idée qu'un modèle économique unique, libéral, est en train de s'imposer dans le continent. Mais contrairement à l'idée qu'il y a eu une homogénéisation des modèles économiques et des systèmes de protection sociale, dans cet article on décrit une hétérogénéité croissante entre certains pays, surtout à partir des années 2000.

Dans le contexte de l'école institutionnelle, Haggard et Kauffman (2011) proposent que la seule chose qui empêche l'évolution vers un SNPS libéral minimal ou résiduel est la trajectoire historique des institutions (*path dependence*) et la résistance des acteurs favorisés par ces politiques surgies pendant la période de l'ISI, les *stake holders*. Dans cet article on défendra l'idée que bien que cette hétérogénéité puisse en effet être en partie due à ces logiques, il y a des explications structurelles pour ces bifurcations qui vont au-delà de la résilience des institutions et la résistance des *stake holders* à un mouvement unificateur qui vient de l'extérieur. Dans chaque pays ils existent des coalitions socio-politiques qui concourent pour imposer une forme ou autre de mode de développement et du système de protection sociale. D'autre part les SNPS ont aussi une "fonction" politique, en tant que source de légitimité politique, de telle manière que les transformations du SNPS dépendent toute aussi de la dynamique du système politique et du rôle que l'État occupe dans celle-ci. Finalement, on considère comme un facteur significatif d'explication le rapport de complémentarité entre les SNPS et le mode de développement suivi par chaque pays (Marques-Pereira et Théret 2004, Bizberg (dir.) 2014).

1. Bifurcation des trajectoires des SNPS en Amérique latine

Au Chili, où la couverture du système de sécurité sociale était la plus étendue jusqu'à la fin des années quatre-vingt, une dictature féroce a imposé le modèle le plus pur de l'orthodoxie libérale. La réforme du système de retraite au Chili (d'un système de solidarité intergénérationnelle géré par l'État à un système par capitalisation géré par les banques privées) a eu lieu en 1981, avant la crise économique qui a touché tous les pays de la région et a abouti à la mise en œuvre de réformes économiques néolibérales. Avec cette transformation, la couverture du système de retraite s'est considérablement réduite et a condamné de nombreux travailleurs à une pension minimale, implémentée par les gouvernements de centre droit qui ont suivi la dictature.

Le Chili a essayé des changements tout aussi radicaux dans le système de santé. D'une part, le système a été décentralisé pour passer à la charge des municipalités. Dans le même temps, le gouvernement Pinochet a privatisé une partie du système de santé, qui couvre surtout les classes moyennes et supérieures (Draibe, 1997, 224) Comme conséquence, en 2009, 73,5 % de la population est couverte par les services du secteur public (FONASA), 16,3 % par les assureurs privés (ISAPRES), tandis que 10,2 % ont un autre moyen de couverture ou n'ont aucun (Fonasa, 2009). En général, les entreprises privées assurent les personnes en âge de travailler, employées dans des secteurs sans risque, alors que le reste de la population est couvert par le régime public. De cette manière, la FONASA est dédiée principalement à fournir des services de santé aux plus pauvres, ou aux migrants du secteur privé, quand ils perdent leur emploi ou sont si malades qu'ils ne peuvent plus payer les co-paiements, ainsi que les personnes âgées et celles travaillant dans des secteurs à risque (Gutierrez Arriola, 2002, 65). 85 % des assurés par les ISAPRES privées ont entre 15 et 59 ans, et seulement 3 % dépassent 60 ans. Tandis que dans Fonasa, 54 % des non-assurés ont entre 20 et 60 ans, et 18 %

ont plus de 60 ans (Ministère de la Santé Chili, 2010 : 172). De cette manière, l'État est devenu véritablement subsidiaire, tant qu'il « recueille » les individus qui ne sont plus rentables pour les assureurs privés. En outre, alors que les ressources du secteur privé ont considérablement augmenté, le secteur public a été privé de la contribution des groupes avec les revenus les plus élevés, ce qui a eu comme conséquence que la qualité des services de santé publique s'est détériorée (Mesa-Lago, 1994, 94).

Les gouvernements démocratiques ont adopté le modèle économique imposé par la dictature, afin de garantir une transition douce à la démocratie, même s'ils ont éliminé les injustices les plus criantes du SNPS. Le gouvernement de Lagos a imposé une allocation minimale, un salaire minimum, pour tous les retraités. D'autre part, ce gouvernement ainsi que celui de Bachelet ont étendu la couverture du système public de santé et imposé aux ISAPRES l'inclusion de plusieurs des maladies les plus courantes (Mesa-Lago, 2009 : 13). En 2008, le gouvernement Bachelet a mis en œuvre l'adhésion obligatoire pour tous les travailleurs à un système de santé d'ici 2016.

La transformation du système de retraite au Mexique, dans l'esprit Chilien, date de 1995. Le nouveau système, fondé exclusivement sur la capitalisation individuelle a été au début appliqué aux travailleurs du secteur privé affiliés à l'IMSS (environ 80 % du total), et étendu aux employés du gouvernement (ISSSTE), ainsi que les travailleurs dans d'autres secteurs tels que le pétrole et l'électricité, l'armée, la marine et les propres employés de l'IMSS plus de 10 ans après, en 2007, au moment même que les problèmes de la privatisation des retraites privés commençaient à s'avérer au Chili.

Même si le gouvernement Mexicain n'a pas intenté la privatisation du système de santé, il l'a profondément modifié pour alléger deux de ses problèmes les plus importants : sa faible couverture (environ 50 % de la population) et les énormes dépenses individuelles, 48 % des dépenses totales de santé étaient payés par les patients¹⁶. En l'an 2000, la présidence de Fox, a admis que plus de la moitié de la population n'avait pas accès au système de santé publique, sauf dans les cas d'extrême urgence. D'une part, les services de santé publique ne sont pas utilisés par les

classes moyennes et supérieures. De l'autre, il est fréquent que les patients du système public doivent acheter eux-mêmes leurs médicaments ainsi que fournir des matériaux pour leurs soins. D'autre part, tant les utilisateurs des services publics, l'IMSS et l'ISSSTE, vont aux services de santé privés pour des affections mineures, pour éviter d'attendre dans les cliniques et perdre un jour de travail.

Le gouvernement Mexicain a décentralisé les services de santé en 1995 ; dès lors, ce sont les autorités étatiques et municipales qui assurent les services, alors que le gouvernement fédéral conserve son caractère normatif. D'autre part, l'administration Fox a lancé le programme « *Seguro Popular* », en 2002 : un système minimaliste de santé, d'affiliation volontaire (gratuit pour ceux qui gagnent moins de trois salaires minimums), qui assure des services médicaux pour une série limitée de maladies. Bien que ce programme avait l'intention d'étendre la couverture de santé à l'ensemble de la population, il n'a pas réussi à attirer la grande majorité des travailleurs du secteur informel qui devaient payer un montant assez réduit. Selon l'OCDE, la couverture a atteint près de 80 % de la population, bien que les dépenses publiques et les infrastructures dans ce domaine n'aient pas augmenté au même rythme (Bizberg et Martin, 2012). Conséquence : le pourcentage des dépenses de santé couvert par les patients a à peine diminué, passant de 51,9 % à 49 % (Reforma, 28/08/12 : 2). Mais le changement le plus radical qui s'est produit, tant au Chili, comme au Mexique, et en fait dans de nombreux pays d'Amérique latine, fut le passage d'un système basé sur le droit à la protection sociale à un autre dans lequel la Sécurité sociale est une action d'assistantat vers les catégories les plus pauvres. L'État n'est plus responsable de garantir les droits à la Sécurité sociale, il se concentrera uniquement à aider ceux qui sont incapables de s'intégrer au marché. Dans tous les pays d'Amérique latine, l'assistance basée sur le revenu, ce que Esping-Andersen a considéré comme l'un des éléments centraux de la protection sociale libérale, n'a joué qu'un rôle marginal au cours de la période de l'ISI. L'assistance aux pauvres était résiduelle en tant que l'exclusion était considérée comme un phénomène temporaire que la croissance allait résoudre. Dans ce système, il n'y avait pas de pauvres ni de soutien à ce secteur (Lautier, B., 2004).

Dans le cas Mexicain, *Oportunidades* est un programme basé sur des donations directes en argent à une sélection de foyers qui vivent dans la pauvreté extrême. L'objectif affiché est d'aider les pauvres à surmonter

¹⁶ D'une certaine manière ils sont privatisés dans les faits, en tant que la moitié des dépenses sort des portefeuilles des malades.

quelques privations présentes ainsi qu'éviter la reproduction de la pauvreté à moyen terme en augmentant leur capital humain (Valencia, 2008). L'assistance est reçue directement par la mère, qui a l'obligation d'amener les enfants à l'école et aux centres de santé avec régularité. Il est parfaitement clair que ces programmes ne peuvent pas être considérés comme un droit, mais qu'ils font partie d'une politique gouvernementale basée sur un mécanisme sophistiqué de ciblage (Ibid.) Comparées aux ressources orientées vers les secteurs corporatifs, autour du 5 % du PIB, les ressources orientées vers l'assistance sont très faibles, moins de 1 %. Pourtant, elles ont un impact énorme en tant qu'elles couvrent plus de 5 millions de familles, autour de 20 % de la population totale. Nonobstant, une partie significative de la population pauvre est exclue : hommes seuls, familles sans enfants et celles qui vivent dans des localités qui ne sont pas considérées comme pauvres ou qui vivent dans des localités où il n'y a pas d'écoles ou de centres de santé (Lautier, 2007, 65).

Les gouvernements démocratiques du Chili n'ont pas questionné cette dérive vers l'assistance qui a été tout aussi implémentée par la dictature, mais ils ont inclus des secteurs de la société au-delà des personnes en situation d'extrême pauvreté : femmes pauvres, jeunes, populations autochtones, personnes âgées et handicapées (Papadopoulus, 1999, 115-116). Ils ont aussi créé le *Fondo de Solidaridad e Inversión Social*, qui lutte contre la pauvreté par la voie de la participation active et directe des bénéficiaires et non seulement par la voie des ressources monétaires focalisées. Dans la réforme du gouvernement Bachelet en 2008, une pension universelle gratuite pour les pauvres et pour les personnes âgées a été mise en place (Mesa-Lago, 2009). Bien qu'il soit clair que le Chili a gardé son modèle économique, tourné vers l'extérieur, et son caractère libéral, dans lequel la rationalité économique l'emporte sur le social, ce pays a certainement corrigé quelques-uns des éléments les plus injustes des réformes sociales de la dictature (Riesco, 2009).

Le cas de l'Argentine (à partir de 2003), mais surtout celui du Brésil contraste nettement avec les deux précédents. En premier lieu, le Brésil fut le seul pays qui n'a pas vu diminuer les dépenses de santé et d'éducation pendant la crise des années 80 (Lautier, B., 2007, 53). D'autre part, il n'a pas abandonné le système de retraite par répartition ni même implémenté un modèle mixte. En effet, à la différence des deux autres cas, la démocratisation du Brésil (et celle de

l'Argentine) a précédé la transformation du système économique, et a vu la société civile jouer un rôle majeur. Dans le cas du Brésil, la société civile a eu un rôle majeur dans la rédaction de la Constitution de 1988, qui a établi un système universel la protection sociale comme un droit, bien que certaines études sur l'évolution du système de protection sociale brésilien parlent d'une « déconstruction » des principaux objectifs de la Constitution de 1988 (de Melo, 1997, 295-296) il y a eu des avancées indubitables vers l'universalisation.

Contrairement aux deux cas précédents, bien qu'il y ait eu des tentatives pour mettre en œuvre des mesures libérales, la société civile et le Parti des Travailleurs ont résisté toutes les tentatives de privatiser les fonds de pension et les services de santé, et font pression sur les gouvernements successifs pour mettre en pratique la Constitution. D'autre part, contrairement à d'autres pays d'Amérique latine, où les anciens fonctionnaires des institutions liés au SNPS en place ont été écartés, ils sont restés sur place au Brésil. Ce groupe d'experts avait un fort soutien de la principale organisation syndicale (la CUT) et du Parti des travailleurs (PT), (Ibid). Ce ne fut que sous le gouvernement (PT) de « Lula », que des modifications paramétriques du système de retraite ont été mises en œuvre, dans l'esprit de celles effectués en Europe.

La Constitution brésilienne de 1988 définit un système universel et gratuit de soins de santé (Système Unifié de Santé-SUS), qui a rapidement étendu l'offre de services de santé gratuits : en 2003, 79 % de la population se rendait régulièrement à ces services publics, et 57 % de toutes les procédures médicales ont été financées par l'État, tandis que 26 % l'étaient par les assurances privées et 15 % directement par le patient. En ce qui concerne l'hospitalisation, le SUS finançait 68 % des cas, tandis que les régimes privés 24 % (Lautier, 2007 : 56-57). Comme résultat, au Brésil les dépenses privées de santé ont diminué pour s'établir autour du 32 % (Becerril-Montekio, 2011).

Il y a néanmoins des auteurs qui considèrent qu'il y a une américanisation du système car même si le SUS a effectivement réussi à couvrir la plupart de la population et s'il est administré par un puissant appareil d'État, les services sont de très mauvaise qualité. Cela a comme conséquence que, tant les travailleurs avec un pouvoir d'achat stable, que les classes moyennes l'abandonnent à la faveur d'un système privé, soit individuel (pour les classes moyennes) ou collectif, négocié avec les entreprises (Werneck, Teixeira Diniz et de

Azevedo, 264-265). Résultat : la protection privée est en croissance rapide, en particulier les régimes gérés par les entreprises et les coopératives médicales, qui ont progressé à un taux de 56 % et 46 % respectivement entre 1980 et 1989. Cela signifie que, comme aux États-Unis, les programmes de santé sont devenus un fort objet de négociations entre employeurs et employés (Ibid, 266-267). Ce processus a accéléré la détérioration de la qualité des services de santé publique et a porté atteinte à sa crédibilité (Ibid, 265) (Draibe, 1997, 225-226).

En outre, bien que le Brésil ait adopté des programmes d'assistance semblables à celles appliqués dans d'autres pays d'Amérique latine, il n'a pas suivi le paradigme de substitution de la politique sociale corporatiste ou étatique par l'assistanat (Draibe, 1997, 229-234). À partir de l'arrivée au pouvoir du PT en 2003, il y a eu une augmentation des revenus des catégories les plus pauvres couverts par ces programmes : doublement des pensions pour les travailleurs ruraux, création des bourses pour les enfants et programme « faim zéro ». Ces programmes sont généralement plus universels et inconditionnels que ceux des autres pays : les fonds ne sont pas attribués en fonction des taux de pauvreté comme ailleurs (ce qui exclut beaucoup de pauvres) et ne sont pas liés à des exigences (Valladares, 1999, 62-67). Pendant le second mandat de Lula, tous les programmes d'assistance ont été réunis dans *Bolsa Familia*, qui a amplifié sa couverture ainsi que ses ressources, pour atteindre près de 50 millions de personnes en 2009 (Dowbor, 2009 : 194). En outre, les pensions pour les travailleurs ruraux ont été étendues depuis 1991 ; à présent 12,8 millions de personnes reçoivent un salaire minimum sans avoir contribué préalablement.

En Argentine, il y a un avant et un après la crise de 2001-2002, moment qui marque un virage de 180 degrés dans pratiquement tous les aspects des politiques sociales et économiques du pays (Bensusán 2010, Palomino y Trajtemberg, 2006; Alonso y Di Costa, 2011). Cela ne s'explique pas uniquement par la profondeur de la crise, mais aussi par certains éléments de la trajectoire historique du pays. À la différence du Chili, le syndicalisme péroniste a exercé une forte résistance à la dictature, ce qui l'a empêché de mettre en œuvre des réformes structurelles au niveau social (Collier, 1999, Munck, 2004 Papadopoulos, 1999). En fait, contrairement au Brésil et Chili, en Argentine, selon Stepan, il ne s'est pas instauré un régime autoritaire, mais une situation autoritaire (Stepan, 1985),

qui s'explique en grande partie par la résistance du syndicalisme.

En fait, les changements majeurs dans le SNPS ont eu lieu au cours de la présidence péroniste de Menem. En 1993, ce gouvernement a créé un système de retraite mixte avec deux volets : un de capitalisation individuelle et un autre de distribution intergénérationnelle. (Papadopoulos, 1999, 121). Il a aussi essayé de privatiser les services de santé administrés des syndicats, les *Obras Sociales*. Néanmoins, le syndicalisme a eu la force d'imposer au gouvernement une négociation par voie de laquelle la CGT acceptait la privatisation des entreprises d'État et la flexibilité du marché du travail, en échange de la préservation des *Obras Sociales* (Munck, 2004 : 11) ; ces derniers concentrent encore aujourd'hui 55 % des services de santé contre 10 % dans le privé (Maceira 2009).

Le gouvernement de Nestor Kirchner a adopté les principes du programme *Trabajar*, créé vers le milieu des années 90 face à la crise Mexicaine et comme réponse au mouvement *piquetero* qui exigeaient de l'emploi et pas seulement de l'assistance. Il a étendu le programme "*Jefes y Jefas de Hogar Desocupados*" qui, à la différence des programmes d'assistance promus dans d'autres pays pour lutter contre la pauvreté, avait comme idée principale lutter contre la pauvreté par des emplois temporaires. En échange d'une subvention, les bénéficiaires avaient l'obligation de participer soit à des travaux communautaires, tels que la construction ou la maintenance d'infrastructure, services sociaux (définis par des ONG, organisations religieuses, ou par des gouvernements locaux), soit à leur requalification ou la continuation de leurs études, soit au lancement des micro-entreprises (Kostzer, 2008). À la grande différence de l'assistance, ces programmes pourvoient un sentiment de dignité aux récepteurs et empêchaient la dégradation du capital humain dû au chômage de longue durée par l'insertion au travail (Ibid.). Bon nombre de ces programmes furent progressivement mis sous contrôle direct des mouvements *piqueteros*, comme un moyen de contrôle clientéliste de ces mouvements par le gouvernement (Franceschelli y Ronconi, 2005 :15).

Une autre décision qui a marqué le SNPS, durant le gouvernement de Cristina Fernández, fut la renationalisation, en 2008, des fonds de retraite qui avaient été partiellement privatisés au cours de la présidence de Menem. Cela a réunifié le système solidaire et l'a remis sous contrôle de l'État, en éliminant le volet

de retraites par capitalisation géré par les AFJP privés (*Administradoras de Fondos de Jubilaciones y Pensiones*) (CEPAL, 2010 : 8-9). Cette mesure était seulement en partie une réponse à la crise économique globale, puisqu'elle avait été précédée par une réforme en 2005 qui permettait la retraite anticipée (avec des bénéficiaires réduits) pour les chômeurs qui avaient réussi à couvrir 30 ans de service. En 2007, une nouvelle réforme a permis à tous les travailleurs en âge de la retraite d'avoir des bénéficiaires même s'ils n'avaient pas couvert les 35 ans de cotisation requises. Avec ces deux réformes la couverture de la population des personnes âgées qui avait décliné autour de 10 % dans la décennie antérieure est revenu au 77 % en 2007 (Huber y Stephens, 2012 : 187).

Quelques hypothèses sur les causes des bifurcations des trajectoires

Cet article part de l'idée que les institutions sociales, tels le SNPS, sont la concrétion du conflit social et de ses accords temporaires. De telle manière que les caractéristiques de chaque SNPS s'expliquent par une conformation particulière entre des acteurs sociaux. La conformation du SNPS et du système de relations professionnelles est le résultat de la manière dont le conflit social s'est développé dans différentes sociétés. En fait, tant l'action économique que sociale de l'État ne dépend pas de sa seule volonté ou à des situations concrètes, mais répond à un engagement institutionnalisé (Lordon, 1995, 200). Le SNPS est la dette due par l'État aux citoyens, de leur point de vue elle est la forme concrète prise par la vie sociale; elle correspond à un minimum dans les régimes libéraux, et au maximum dans la plupart des régimes sociaux-démocrates. Tout comme la création du SNPS, sa transformation dépend de l'issue du conflit entre les différents acteurs sociaux (Théret, 2011, 194).

La première différence majeure entre les deux paires de pays décrits est liée au caractère du régime politique qui a mis en œuvre les réformes du modèle économique et des SNPS et de la capacité de la société civile et/ou politique pour modifier le sens des réformes. Tant au Chili qu'au Mexique, les réformes ont été mises en œuvre par des régimes autoritaires, ce qui non seulement a eu pour conséquence l'imposition d'un modèle économique libéral orthodoxe et une réduction considérable de la protection sociale, mais aussi à affaiblir durablement les acteurs sociaux, en particulier le syndicalisme. En fait, tant au Chili qu'au Mexique, les réformes ont été plus radicales parce que la libéralisation économique a précédé la

démocratisation. Inversement, dans la mesure où, en Argentine et au Brésil, la démocratisation a précédé les réformes économiques et ceux-ci ont été mis en œuvre dans le cadre d'un régime démocratique, la société civile a pu réduire l'impact des réformes du système de protection sociale et les acteurs sociaux eux-mêmes se sont renforcés. En Argentine, après la période libérale de Menem, la profonde crise économique et politique de l'année 2001 a mené à une augmentation sans précédent des mouvements sociaux (des chômeurs ou *piqueteros*, des mouvements de quartier des classes moyennes, des occupations d'usines, etc.) ainsi que la renaissance du mouvement ouvrier péroniste qui avait été trop condescendant avec ce gouvernement. Pour sortir de la crise économique et politique, le gouvernement Kirchner a dû trouver un soutien politique des différents groupes sociaux, ce qui l'a contraint à un virage de politique économique et sociale afin de contrer les conditions si défavorables dans lesquelles se trouvaient les bases de ces mouvements.

Cet article se situe, d'autre part, dans le contexte de la littérature qui propose différents types de capitalisme et pas un seul modèle idéal ou canonique, généralement identifié avec le capitalisme américain, où l'économie est coordonnée par le marché et l'intervention de l'État est réduite au minimum. Même si en effet, certains capitalismes sont basés primordialement sur le marché (États-Unis, Grande-Bretagne), dans d'autres, le marché est coordonné par les partenaires sociaux (Allemagne, Europe du Nord) (Hall et Soskice, 2001), dans d'autres encore, l'État exerce un rôle central de coordination (France), et dans d'autres se sont les grands conglomerats, composés des banques et industries intégrées verticalement, qui jouent le rôle principal de coordination (Japon et Corée) (Amable, 2005 ; Boyer, 2005). Les systèmes nationaux de protection sociale (SNPP) ainsi que celles des relations industrielles sont au cœur de l'existence de ces différents types de capitalisme, toutes deux incluses dans le concept de rapport salarial de l'école de la régulation; un concept qui dépasse le simple salaire, en tant qu'il inclut l'ensemble des règles qui définissent le travail salarié: en plus du salaire lui-même, l'organisation et la durée du travail, les perspectives d'emploi et d'autres éléments indirects, comme les prestations salariales et sociales (Boyer, 2004 , 23). Cela implique qu'il faut analyser les SNPS en termes d'une relation de complémentarité avec le mode économique suivi par chaque pays.

Paradoxalement, Haggard et Kauffman parlent de la complémentarité entre le système de protection sociale et le mode de développement pour la période de substitution des importations (années 1960-1970), mais quand les capitalismes latino-américains commencent à diverger à partir du milieu des années 90, ils abandonnent cette hypothèse. Cela suppose l'imposition d'un mode économique unique sur le continent à partir du tournant libéral des années quatre-vingt. Nous postulons, au contraire, que les systèmes de protection sociale au Brésil et en Argentine sont complémentaires à un mode économique dans lequel l'axe est le marché intérieur (malgré l'énorme augmentation des exportations de biens, qui ont été stimulées comme un moyen d'échapper les contraintes externes au développement qui ont caractérisé l'Amérique latine dans le passé), à la différence du modèle du Chili et du Mexique, où l'épine dorsale de l'économie est le marché externe. Dans ce modèle, la politique sociale assistancielle et celle du marché du travail (basé sur la flexibilité et le contrôle des salaires) visent à assurer la compétitivité internationale et l'attrait des capitaux étrangers.

Comme l'ont discuté plusieurs auteurs (Marques-Pereira et Théret, 2004; Bizberg 2004; Haggard et Kaufmann, 2011; Bensusán, 2014; Aziz, 2014), le régime politique, les relations industrielles et les politiques sociales pendant la période de substitution d'importations étaient complémentaires au modèle économique (dans un modèle semi-fordiste ou de fordisme segmenté): l'augmentation de la productivité des secteurs modernes de l'économie était (partiellement) traduite en augmentation de salaires et mesures de protection sociale qui renforcèrent un marché intérieur protégé.

Après l'ouverture de l'économie et la transformation du monde économique, la complémentarité des SNPS avec le système de relations industrielles et de l'orientation économique ont radicalement changé. Au Chili et au Mexique, le SNPS libéral et d'assistance est complémentaire d'un capitalisme reposant presque exclusivement sur la compétitivité internationale. Dans les deux pays le système de protection sociale a une logique de marché, et le système public de protection a une orientation purement résiduelle; c'est au Chili que la logique est poussée à l'extrême avec un système qui subventionne un système de protection sociale privatisée. À l'opposé, les SNPS du Brésil et d'Argentine (à partir de 2003) sont complémentaires à un type de capitalisme orienté vers l'intérieur, où l'intervention

de l'État est significative et où la protection sociale et les politiques du marché de travail et salariales s'orientent à faire croître le marché interne¹⁷. Comme on l'a décrit, dans la dernière décennie, le Brésil a fait des progrès importants pour imposer une protection sociale universelle. En Argentine, un changement radical après la crise de 2001 et l'arrivée de Nestor Kirchner à la présidence en 2003, a produit un virage de la politique sociale et salariale dans le sens brésilien. Dans ces deux pays, le SNPS n'est pas principalement destiné à compenser les défaillances du marché, mais au contraire, à intégrer les individus au marché du travail.

Bibliographie

ALONSO, G. y Valeria DI COSTA, "Cambios y continuidades en la política social argentina, 2003-2010", en Mónica Uribe Gómez (coord.), *Los vaivenes de las políticas sociales en Argentina, Colombia, Chile, México y Uruguay*, México, Miguel Ángel Porrúa, pp. 1-32, 2011.

AMABLE, Bruno, *Les cinq capitalismes*, Paris: Éditions du Seuil, 2005, 376 p.

AZIZ NASSIF, Alberto, "¿Democracias diferentes? México, Brasil y Argentina?", en Bizberg, Ilán (coord.), *Variedades de Capitalismo en América Latina: los casos de México, Brasil, Argentina y Chile*, México, El Colegio de México, 2014.

BECERRIL-MONTEKIO, Victor, "Sistema de salud de Brasil", en *Salud Pública de México*, vol. 53, suplemento 2, 2011, pp. 120-131.

BENSUSÁN, Graciela, (2010b), "Las reformas laborales y el corporativismo mexicano: alternativas en Europa y América Latina" en Bizberg, Ilán (ed.), *México en el espejo latinoamericano. ¿Democracia o crisis?*, México: El Colegio de México, Centro de Estudios Internacionales, pp. 297-358.

BENSUSÁN, Graciela, "Los sistemas de relaciones laborales y las políticas públicas en cuatro países de América Latina: rupturas, continuidades y contradicciones", in Bizberg, Ilán (coord.), *Variedades de Capitalismo en América Latina: los casos de México*,

¹⁷ Une des caractéristiques du Brésil et de l'Argentine est que dans ces deux pays le salaire minimum a augmenté très considérablement ces dix dernières années: au Chili il y a eu une croissance modérée et au Mexique, il a diminué considérablement pendant les crises économiques et n'as pas été compensé lors des périodes de croissance économique (il est 30 % de ce qu'il était en 1980). Il est très clair que le salaire minimum est un des mécanismes clé de la politique économique et plus encore de la politique sociale dans la mesure où la plupart des montants de ce système ont pour référence le salaire minimum.

- Brasil, Argetntna y Chile*, México, El Colegio de México, 2014.
- BIZBERG, Ilan, “Trayectorias políticas e institucionales de México y Brasil: el caso de las relaciones entre el Estado y el sindicalismo”, en C. Carlos Alba e I. Bizberg (coord.), *Democracia y globalización en Mexico y Brasil*, Mexico, El Colegio de Mexico, 2004, pp. 143-193.
- BIZBERG, Ilán (coord.), *Varietades de Capitalismo en América Latina: los casos de México, Brasil, Argetntna y Chile*, México, El Colegio de México, 2014
- BOYER, Robert, *Théorie de La régulation*, 1. Les fondamentaux, Paris, La Découverte, 2004.
- BOYER, Robert, “How and why capitalism differ” en *Economy and society*, vol. 34, n° 4, 2005, pp. 509-557.
- CEPAL (2010), *La reacción de los gobiernos de las Américas frente a la crisis internacional: una presentación sintética de las medidas de política anunciadas hasta el 31 de diciembre de 2009*, Santiago: Naciones Unidas.
- COLLIER, Ruth Berins, (1999), *Paths toward democracy: the working class and elites in Western Europe and South America*, New York, Cambridge University Press.
- DE MELO, Marcus André B.C., “As reformas constitucionais e a previdência social 1993-1996” en Eli Diniz y Sérgio de Azevedo *Reforma do Estado e Democracia no Brasil*, Brasília, Universidade de Brasília/Escola Nacional de Administração Pública, 1997, 295-296.
- DOWBOR, Ladislau, “La crisis no es sólo económica. Reflexiones globales y algunos apuntes sobre Brasil”, en *Nueva Sociedad*, 2009, pp.194
- DRAIBE, Sônia Miriam, “A política social na América Latina: o que ensinam as experiências recentes de reformas?”, en Eli Diniz y Sdérjio de Azevedo (eds.), *Reforma do Estado e Democracia no Brasil*, Brasilia, UnB-ENAP, 1997, pp. 224-234.
- FRANCESCHELLI, Ignacio y Ronconi, Lucas, [en línea], “Clientelism, workfare and the emergence of the *piqueteros* in Argentina”, LACEA, 2005: 15 http://wwwtest.aup.edu/lacea2005/system/step2_php/papers/ronconi_ronc_000.pdf
- GUTIÉRREZ ARRIOLA, Angelina, *México dentro de las reformas a los sistemas de salud y de seguridad social de América Latina*, México, Siglo XXI, 2002.
- HAGGARD, Stephan y Robert R. KAUFMAN (2008), *Development, democracy, and welfare states: Latin America, East Asia, and Eastern Europe*, Princeton, Princeton University Press, 2008.
- HALL, P. A. y Soskice, D., (eds.), (2001), *Varieties of capitalism: The institutional foundations of comparative advantage*, Oxford: Oxford University Press.
- HUBER, Evelyne y John D. STEPHENS, *Democracy and the left*, Chicago y Londres, The University of Chicago Press, 2012.
- KOSTZER, Daniel, Argentina: A Case Study on the Plan Jefes y Jefas de Hogar Desocupados, or the Employment Road to Economic Recovery, *Working Paper* No. 534, The Levy Economics Institute, Argentina, 2008.
- LAUTIER, Bruno, “Las políticas sociales en México y Brasil: seguridad social, asistencia, ausencia”, en Alba, C. e Ilan Bizberg, (eds.), *Democracia y Globalización en México y Brasil*, México, Colegio de México, 2004.
- LAUTIER, Bruno, “Gouvernement moral des pauvres et dépolitisation des politiques publiques en Amérique Latine”, en N. Borgeaud-Garciandia, B. Lautier, R. Peñafiel y A. Tizziani (eds.), *Penser le politique en Amérique Latine*, Paris, Karthala, pp. 19-36, 2007, 53-65.
- LORDON, Frédéric, « Théorie de la Régulation et Politique Économique », en Robert Boyer e Yves Saillard, *Théorie de la régulation. L'État des savoirs*, Paris, La Découverte, 1995.
- MACEIRA, Daniel. “Inequidad en el acceso a la salud en la Argentina”, en Cuadernos del CLAEH, vol. 32, núm. 99, 2ª serie, 2009/2.
- MARQUES PEREIRA, Jaime y Bruno Thérét, “Mediaciones institucionales de regulación social y dinámicas macroeconómicas: Los casos de Brasil y Mexico”, en Carlos Alba e I. -Bizberg (coord.), *Democracia y globalización en Mexico y Brasil*, Mexico, El Colegio de Mexico, 2004, pp. 40-102.
- MESA-LAGO, Carmelo, *Changing Social Security in Latin America. Towards alleviating the Social Costs of Economic Reform*, Boulder and London: Lynne Rienner Publishers, 1994, 210 p.
- MESA-LAGO, Carmelo, (2009), “Efectos de la crisis global sobre la seguridad social de salud y pensiones en América Latina y el Caribe y recomendaciones de políticas”, en *Serie Políticas Sociales*, Santiago de Chile: CEPAL. Ministère de la Santé Chili, 2010 : 172.
- MUNCK, Ronaldo, (2004), “Introduction”, en *Latin American Perspectives*, vol. 31, no. 4, California: Sage, pp. 3-20.

PALOMINO, Héctor y David Trajtemberg (2006), “Una nueva dinámica de las relaciones laborales y la negociación colectiva en la Argentina”, *Revista de Trabajo*, 2(3): 47-68.

PAPADOUPULOS, Jorge, “Igualdad, democracia y políticas sociales”, en Schteingart, Martha, *Políticas sociales para los pobres en América Latina*, México, Miguel Ángel Porrúa, 1999, 356 p. Reforma, 28/08/12: 2.

RIESCO, M., (2009), “El modelo social chileno comienza a cambiar”, en *Revista Internacional del Trabajo*, vol. 128, no. 3, pp. 311-330.

STEPAN, Alfred, “State power in the Southern Cone of Latin America”, en P. Evans, Rueschemeyer y Skockpol, (eds.), *Bringing the State back in*, Cambridge, Cambridge University Press, 1985, pp. 317-343.

THÉRET, Bruno, (2011), “The place of national systems of social protection and political representation in socio-economic regulation: A morphogenetic structuralist view on institutional change in comparative perspective with special references to Japan and France” en *Evol. Inst. Econ. Review*, numb. 7 (2): 177-208.

VALENCIA Lomelí, E., “Las transferencias monetarias condicionadas como política social en América latina. Un balance: aportes, límites y debates”, en *Annual review of Sociology*, vol. 34, 2008.

VALLADARES, L. “Programas sociales para los pobres en Brasil. Los casos de Río de Janeiro y Belo Horizonte”, en Schteingart, Martha, *Políticas sociales para los pobres en América Latina*, México, Miguel Ángel Porrúa, 1999.

WERNECK Vianna, Maria Lúcia TEIXEIRA, “Benefícios privados, vícios públicos: dilemas atuais da proteção social no Brasil”, en Eli Diniz y Sérgio de Azevedo (editores), *Reforma do Estado e Democracia no Brasil*, Brasilia, Unb-Enap, 1997, pp. 295-348.

Cameroun : La réforme des pensions de retraites : vers une prise en compte des travailleurs informels

Par M. Fousséno Sissoko

Expert en Communication Stratégique/Santé et Questions Sociales
Assistant Programme, Centrale Syndicale du Secteur Public - Cameroun

Le 14 août 2014, le Premier Ministre du Cameroun, Yang Philemon a signé le décret 2014/2377/PM qui consacre l'entrée des travailleurs informels dans le régime général des assureurs sociaux. Le décret signé les désigne « Assureurs volontaires ». Dans l'esprit et la lettre du décret, toute personne en activité peut désormais se faire immatriculer à la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale (CNPS) et devient ainsi un « Assuré volontaire ». Les assurés volontaires recevront des pensions d'invalidité, de vieillesse et de décès. Avec ce décret le Cameroun engage de manière formelle sa réforme de la sécurité sociale; une réforme conforme aux orientations du Document de Stratégie, de Croissance et d'Emploi (DSCE) dont le pays s'est doté. C'est de l'état des lieux de la Sécurité sociale au Cameroun et de la réforme de la Sécurité sociale qu'il est question dans cet article.

État des lieux et analyse situationnelle

Au Cameroun⁽¹⁸⁾, moins de 10 % des 13 millions d'actifs que compte le pays sont couverts par le système de Sécurité sociale en vigueur (en Afrique, selon l'Organisation Internationale du Travail ce pourcentage oscille entre 5 et 10). Cette couverture est insatisfaisante, malgré l'amélioration de la qualité de certains services et prestations de la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale (CNPS) grâce à un appui technique de l'Agence française pour le Développement et la Coordination des Relations Internationales (ADECRI). L'ADECRI, dans le cadre de ses missions d'assistance technique à la réforme et au développement des systèmes de protection sociale dans les pays, a bénéficié au début de la décennie 2000 de deux financements de la Banque Mondiale pour des projets

de modernisation et de l'amélioration de la qualité des services de la CNPS.

- Aux termes du premier projet intitulé « Étude sur le financement des caisses de Sécurité sociale », l'ADECRI en partenariat avec la société française « THALES » a élaboré les différents mécanismes institutionnels, juridiques et financiers de la CNPS. Ces structures institutionnelles ont permis à la CNPS de résorber partiellement ses problèmes de trésorerie.
- Aux termes du deuxième projet intitulé « Étude de l'architecture juridique et institutionnelle à mettre en place pour assurer la gestion séparée des branches de la CNPS à moindres coûts », l'ADECRI après avoir évalué les coûts de fonctionnement des branches, a élaboré et mis à la disposition de la CNPS, des outils et une architecture juridique qui lui ont permis à ce jour d'améliorer avec efficacité sa gestion.

Cette amélioration dans la gestion de la CNPS ne saurait occulter les multiples problèmes inhérents au système de Sécurité sociale camerounais. Parmi les problèmes :

1. Le régime camerounais de Sécurité sociale ne couvre pas les travailleurs indépendants et les travailleurs du secteur informel, qui représentent selon les statistiques officielles plus de 70 % de la population active, malgré le fait que la loi autorise tous les travailleurs du secteur informel à s'affilier à la CNPS, sans passer par un employeur. Il s'agit de la loi 84/7 du 4 juillet 1984, modifiant la loi 69/LF/18 du 10 novembre 1969, instituant un régime d'assurance pension vieillesse et indemnité décès (PV id), en son article 3 qui stipule que « *la faculté de s'associer volontairement est accordée aux personnes qui ne sont pas travailleurs au sens du Code du travail. Dans ce cas, la cotisation est entièrement à leur charge* ». L'alinéa 2 du même article précise qu'un décret fixe les conditions et les modalités de prise en charge des assurés volontaires.

¹⁸ Le Cameroun est un pays d'Afrique centrale situé entre le Nigeria et l'océan Atlantique à l'ouest, la Guinée équatoriale, le Gabon et la République du Congo au sud, la République Centrafricaine et le Tchad à l'est et le lac Tchad au nord. Très étendu en latitude (1 200 km du nord au sud), le pays a schématiquement la forme d'un triangle dont la base longe le 2^e degré de latitude Nord, tandis que le sommet, riverain du lac Tchad, atteint le 13^e parallèle. Le pays se situe entre la bordure méridionale du Sahara et la limite septentrionale de la forêt équatoriale du bassin du Congo au Sud. La population est de 20 millions d'habitants.

Et plus tard, le décret 74/733 du 19 août 1974 fixant les modalités de la loi 69/LF/18 du 10 novembre 1969, en son article 4, stipule que « toute personne qui désire bénéficier de la faculté d'affiliation volontaire prévue à l'article sus cité doit présenter une demande dans ce sens à la CNPS. ». Force est de reconnaître qu'en la matière le Cameroun ne constitue point une exception dans le concert africain de la pratique de la couverture des régimes de Sécurité sociale; et, pour reprendre Assane Diop, journaliste à Radio France Internationale (RFI) dans un article publié dans le journal français, le « Monde diplomatique » de mai 2006: « dans la majorité des pays africains l'économie repose sur un secteur informel hypertrophié, incluant combine et travail au noir, qui entrave la mise en œuvre d'un système général de protection sociale. Seuls les salariés et les fonctionnaires qui représentent à peine 10 % de la population active en moyenne selon les pays en bénéficient ».

2. Autre insuffisance camerounaise, la non prise en compte dans le cadre des services de la CNPS des neuf prestations reconnues par l'Organisation Internationale du Travail (OIT), et regroupées dans les trois branches: les prestations familiales; les pensions de vieillesse, d'invalidité et de décès; et les accidents de travail et les maladies professionnelles. Pour le Président de la Confédération Syndicale des Travailleurs du Cameroun (CSTC), M. Zambo Amougou, sur « les produits offerts, le Cameroun satisfait à six branches sur neuf de la sécurité sociale. Il nous manque, dit-il, le traitement maladie, l'indemnisation et l'assurance chômage. Cette dernière branche ne saurait, pour le moment, être appliquée au Cameroun au vu de notre niveau de développement et nos ressources », a-t-il conclu. S'agissant de la Sécurité sociale, la Convention n° 102 de l'OIT (Organisation Internationale du Travail) définit les neuf domaines dans lesquels doit intervenir la Sécurité sociale: l'accès aux soins de santé, l'assurance maladie, le chômage, la retraite, les accidents du travail, les allocations familiales, l'assurance maternité, l'assurance invalidité et les pensions de survivants.

3. L'effectif total des assurés sociaux immatriculés à la CNPS pour la période 2006-2010 montre une progression de 747 393 assureurs sociaux immatriculés en 2006 à 846 653 en 2010, répartis entre 35 612 employeurs actifs. Malheureusement cette progression en « trompe œil » cache bien des réalités. La première de ces réalités, c'est que de nombreux employeurs déclarent ne pas voir la nécessité d'une couverture sociale pour leurs travailleurs. La deuxième réalité, c'est qu'il existe ce que l'on appelle les entreprises insolubles de

la Sécurité sociale, c'est-à-dire des entreprises qui, en raison d'énormes difficultés de trésorerie, n'arrivent plus à honorer leur engagement vis-à-vis de la CNPS.

4. Les cotisations de ces 846 653 travailleurs sont à la charge de leurs employeurs et payées sur leurs salaires, comme en témoigne la grille de répartition ci-dessous.

Risques	À la charge de l'employeur	À la charge du salarié
Prestations familiales	7 % pour les travailleurs relevant du régime général, y compris les domestiques et les gens de maison.	
	5,65 % pour les travailleurs relevant du régime agricole et assimilés.	
	3,70 % pour le personnel de l'enseignement privé.	
Assurance Pension	4,20 %	2,8 %
Accidents du travail et Maladies professionnelles	de 1,75 %, 2,5 %, 5 % suivant les risques encourus dans l'entreprise	

5. Dettes des entreprises envers la CNPS

Le faible niveau de disponibilité des fonds dans les comptes de la CNPS est imputable surtout à la dette sociale des entreprises publiques et privées camerounaises, estimée à la fin de l'année 2013 à près de 60 milliards de francs Cfa dont 70 % dus par les entreprises publiques, soit 42 milliards de francs Cfa. Ainsi, la Cameroon Télécommunications (Camtel), l'entreprise publique de téléphonie, cumule des arriérés de cotisations sociales pour un montant de 7 milliards de francs Cfa. Arrive ensuite la CRTV, l'office national de radio télévision public du Cameroun avec 1,8 milliard d'arriérés; la Société nationale des hydrocarbures (SNH), débiteur de 1,5 milliard de francs CFA. On retrouve dans l'ordre: la Cotonnière industrielle du Cameroun (Cicam), avec 1,4 milliard de francs Cfa d'arriérés de cotisations sociales; le Complexe chimique camerounais, avec un milliard de francs Cfa d'arriérés; la Pamol, un agro-industriel qui envisage d'étendre ses palmeraies dans la presqu'île de Bakassi avec 1,2 milliard de Fcfa; le Chantier naval et industriel du Cameroun avec 927 millions de FCFA d'arriérés, etc.

Les problèmes ci-dessus répertoriés cachent beaucoup d'autres plus complexes:

- En 2008, une étude réalisée par Alex Okolouma, doctorant de l'Université de Yaoundé, capitale du

Cameroun, sur la Sécurité sociale au Cameroun, conclu que la Sécurité sociale au Cameroun fonctionne mal à cause de trois facteurs principaux : la crise financière, une inefficacité systémique et une absence de légitimité ; auxquels s'ajoutent les autres facteurs de dysfonctionnement qui sont démographiques et macro-économiques.

- En novembre 2011 M. Alain Mekulu Mvondo, Directeur général de la CNPS devant le GICAM (Groupement Inter Patronal du Cameroun), prédisait que « *le moment est venu de changer les paramètres pour assurer la viabilité du financement du système à moyen et long terme* ». Avant de conclure qu'il est impératif :
 - de relever les taux de cotisation qui devraient passer à 13 %
 - de relever le plafond qui est de 300 000 FCA à 750 000 FCFA
 - de changer la durée de cotisation en passant à 20 ans tout en modifiant l'âge de la retraite.

En somme, pour le Directeur général de la CNPS, il s'agit de relever les cotisations pour éviter l'effondrement du système. Comme on le voit, le constat est triste, le système de Sécurité sociale camerounais est à bout de souffle. Déjà, en 2009, une étude actuarielle de la CNPS a conclu que si des efforts d'ajustement et de réforme n'étaient pas consentis, on s'acheminerait vers une cessation de paiement des différentes prestations vers 2018. Ces différentes observations et révélations ont conforté le gouvernement qui a opté pour une réforme de l'ensemble du système de Sécurité sociale ; une réforme que nous analysons à la fois dans sa conception, sa mise en œuvre et son financement.

I. Analyse de la réforme et des motivations gouvernementales

a) Rappel

Par la réforme du système de Sécurité sociale, le gouvernement s'est engagé à accroître de manière exponentielle à au moins 20-25 % le taux de couverture, à l'horizon 2018-2020. L'engagement gouvernemental à reformer la Sécurité sociale qui a bénéficié du soutien de la Banque Mondiale remonte au mois d'Avril 1997, lorsque les effets des Plans d'ajustement Structurel influaient négativement sur le revenu des travailleurs. Le processus a pris forme en novembre 2008, avec la création du comité technique de réflexion sur la modernisation de la sécurité sociale ; comité qui a proposé aux termes de ses réflexions les stratégies et mécanismes à mettre en place pour amener à 100 % vers les années 2020 le taux de couverture sociale pour tous les travailleurs, salariés et non salariés et pour rendre plus

performantes et dynamiques les activités de la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale (CNPS)¹⁹, par la privatisation de sa gestion.

Le taux de couverture sociale à 100 % vers les années 2020 et au bénéfice de tous les travailleurs, salariés et non salariés du secteur informel, des salariés des PME, des souscripteurs individuels et volontaires. L'un des objectifs prioritaires de la réforme, est la prise en compte progressive des neuf domaines prescrits par la Convention n° 102 de l'OIT, à savoir : l'accès aux soins de santé, l'assurance maladie, le chômage, la retraite, les accidents du travail, les allocations familiales, l'assurance maternité, l'assurance invalidité et les pensions de survivants. C'est possible, disent les spécialistes, cela, grâce aux nouvelles structures mises en place dans le cadre de la réforme. Pour le gouvernement camerounais par la voix de son Ministre du Travail et des Affaires Sociales M. Grégoire Owona, les nouvelles structures permettront dès 2015, la couverture sociale des travailleurs camerounais à 20 %, contre 10 % dans les années 2013-2014. Le ministre camerounais a fait cette révélation en avril 2013 devant les participants à la session de travail de la commission de travail et des Affaires sociales de l'Union Africaine. Dans sa conception, la réforme concerne les fonctionnaires, les salariés des entreprises, les salariés des PME, les travailleurs informels, les souscripteurs individuels et volontaires, la gestion privée de la CNPS, la création d'une caisse de fonctionnaires, la révision des paramètres des cotisations et des prestations.

b) Innovation

En termes d'innovation majeure, comme nous l'avons déjà écrit, la réforme prend en compte des neuf produits majeurs relatifs à la sécurité sociale contenus dans la Convention n° 102 de l'OIT (Organisation Internationale du Travail), à savoir : l'accès aux soins de santé, l'assurance maladie, le chômage, la retraite, les accidents du travail, les allocations familiales, l'assurance maternité, l'assurance invalidité et les pensions de survivants. Ce cadre innovateur est complété

¹⁹ La caisse nationale de prévoyance sociale est chargée d'assurer dans le cadre de la politique de protection sociale du gouvernement camerounais, le service des prestations aux travailleurs assurés et à leurs ayants droit. À ce titre, elle gère différentes branches de prestations réparties ainsi qu'il suit : les prestations familiales : allocations familiales, prise en charge du congé de maternité, frais médicaux liés à la grossesse. Les prestations de vieillesse, d'invalidité et de décès : pension ou allocation de vieillesse, pension ou allocation de survivant, frais funéraires... Les prestations d'accident de travail et de maladies professionnelles : prise en charge des frais médicaux (après le secours d'urgence), et des frais de prothèse. Les prestations d'action sanitaire et sociale : écoles hôpitaux, centres sociaux.

par une prise en charge du risque hospitalier auxquels les populations ne peuvent faire face avec leurs seules ressources et dont l'échelle de gestion dépasse l'horizon des solidarités locales.

c) Les paliers de la réforme

Premier Palier

L'immatriculation des travailleurs indépendants et des travailleurs du secteur informel à la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS). Héritière de l'actuelle Caisse Nationale de Prévoyance Sociale (CNPS), la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS) va hériter en totalité des missions de l'actuelle CNPS; mieux, elle prendra en compte dans le cadre de l'élargissement de ces missions les assurés volontaires, tels que les travailleurs indépendants, les corporations professionnelles libérales (artisans, commerçants, exploitants agricoles et pastoraux). Pour ce qui concerne la couverture des travailleurs du secteur informel, il sera procédé à une cartographie nationale des populations de travailleurs, les caractéristiques des populations de travailleurs, la nature du régime et de la nature des prestations. En plus des travailleurs du secteur informel, sont concernés par la réforme l'ensemble des travailleurs du secteur public formel, des salariés des PME, soit, un total de 386 263 personnes (selon les données 2009 de l'INS).

Deuxième palier

La Caisse Nationale des Personnels de l'État (CNPE) prend en charge la gestion des prestations des fonctionnaires et assimilés relevant tant du statut général de la fonction publique que des statuts particuliers, les agents de l'État relevant du code du travail (140 406 fonctionnaires et 17 367 temporaires), les personnels recrutés et gérés par le parlement ainsi que ceux des collectivités territoriales décentralisées.

Troisième palier

La Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) servira ses prestations à l'ensemble des personnes résidant au Cameroun, dans le cadre d'un régime obligatoire, l'indemnité de maladie et les prestations de soins médicaux. Les spécialistes disent qu'un effort d'assainissement du secteur des assurances est nécessaire, un assainissement tant au plan du cadre juridique d'exercice de la profession, que des mesures incitatives pour ouvrir les services d'assurances aux diverses branches de l'activité économique, l'amélioration du processus de paiement des sinistres ou les engagements dus. Ce à quoi va s'atteler la CNAM. L'Assurance Maladie

Obligatoire (AMO)⁽²⁰⁾, un pan significatif de la réforme camerounaise, à gérer par la CNAM et pour toute personne exerçant une activité professionnelle, y compris les salariés et les pensionnés du secteur privé. Ce régime AMO concerne toutes les entreprises (elles sont très nombreuses) assujetties au régime de Sécurité sociale et qui ne disposent d'aucun système de couverture médicale. Mathématiquement seront concernés les 386 263 salariés du secteur privé et des Petites et Moyennes Entreprises, les 140 406 fonctionnaires du secteur public, les 17 367 temporaires de la fonction publique ainsi que les travailleurs des secteurs informels recensés et immatriculés, c'est-à-dire ceux qui seront soumis au régime social des indépendants et des travailleurs agricoles.

II. Réflexions et commentaires sur le financement de la réforme

Pour une meilleure compréhension des approches et du choix de financement de la réforme camerounaise, il est important en guise de rappel de définir le mandat de chacun des partenaires internationaux de la réforme (OIT, Banque Mondiale, FMI). L'OIT, la Banque Mondiale, le FMI, font valoir chacun leurs opinions du point de vue de leur mandat. L'OIT est très liée au marché du travail dans le secteur formel, tandis que la Banque Mondiale a essentiellement une mission de réduction de la pauvreté et le Fonds Monétaire se préoccupe de la stabilité macro-économique. Par conséquent, il est évident que les approches en matière de financement de la sécurité sociale soient aussi différentes, comme c'est le cas avec le Cameroun.

Au Cameroun, les concepteurs de la réforme ont opté pour une approche de financement innovant⁽²¹⁾ et proposent le schéma ci-dessous :

²⁰ AMO : Assurance Maladie Obligatoire. Il existe trois principaux régimes d'assurance maladie obligatoire : le régime général, le régime agricole et le régime social des indépendants.

²¹ Le Gouvernement français a rendu public un rapport sur l'évolution présente et à venir des prélèvements obligatoires. Prévu par la loi organique du 1er août 2001 sur les lois de financement (LOLF), ce document retrace notamment l'évolution des modes de financement de la sécurité sociale depuis 25 ans. La sécurité sociale était à l'origine financée par des cotisations assises sur les seuls salaires, mais l'extension progressive des prestations sociales à des ayants droit non cotisants (conjoints d'assurés, retraités, chômeurs) a conduit à la mise en place, à partir des années 1980, à de nouveaux instruments, reposant sur l'ensemble des revenus des ménages (CSG, impôts ou taxes affectées). La structure de financement de la sécurité sociale s'est ainsi profondément modifiée : entre 1978 et 2006, la part des cotisations a diminué (de 97 % à 72 %) tandis que celle des impôts et taxes affectées a augmenté (de 3 % à 28 %). Face à l'apparition de nouveaux défis (mondialisation, vieillissement de la population) différentes mesures sont envisagées, comme la création d'une franchise sur les dépenses de santé dédiée au financement de la recherche sur le cancer, les soins palliatifs et un nouveau plan Alzheimer, ainsi que la création d'une TVA sociale.

a. Pour l'Assurance maladie, outre les contributions salariales et patronales, il convient de recourir à la fiscalité et à des financements dits innovants tels que les taxes sur le téléphone, le tabac, les jeux, l'alcool, les transactions financières.

b. Une augmentation de la TVA (Taxe sur la Valeur Ajoutée).

Pour beaucoup d'experts et spécialistes des questions de Sécurité sociale, ce schéma camerounais est inspiré de l'exemple de la France. En effet, en France, la sécurité sociale perçoit d'autres impôts et taxes de toutes natures ; notamment :

- de la TVA brute sur les tabacs, les produits pharmaceutiques, les alcools, les produits de santé ;
- des taxes perçues sur l'industrie pharmaceutique (médicaments et dispositifs médicaux) ;
- des prélèvements opérés sur les jeux, concours et paris (y compris en ligne).

Autant dire qu'avec la réforme, c'est toute la logique du financement de la Sécurité sociale qui serait bouleversée. Pendant longtemps, la Sécurité sociale était financée exclusivement au moyen des cotisations sociales versées par les partenaires sociaux (entreprises et salariés). Ce ne serait plus le cas, et l'on doute fort dans les milieux avisés d'un probable débat ou d'une opposition entre « cotisationnistes » et « fiscalistes », qu'il faudra réconcilier. La meilleure solution, disent les fiscalistes rencontrés, serait d'anticiper les éventuels problèmes en adoptant une loi sur le financement de la Sécurité sociale. La loi de financement de la Sécurité sociale, rappelle-t-on, est un type de législation d'origine française visant à autoriser le budget de la Sécurité sociale, sur le modèle de la loi de finances. À cette approche de financement d'inspiration française selon les spécialistes, s'ajoute celle de la Banque mondiale à travers l'octroi de financement pour des programmes de filets de Sécurité sociale.

Depuis 2001, la Banque mondiale élève la protection sociale au rang des instruments de stratégies de réduction de la pauvreté à l'échelon des pays ; en même temps, elle utilise le terme « filets de sécurité sociale » pour définir le concept de protection sociale. Passer de la Sécurité sociale sans pour autant le renier aux programmes de filets de sécurité sociale, ce à quoi nous assistons au niveau de la Banque mondiale : pour la Banque mondiale, les programmes de filets de sécurité sociale doivent essentiellement servir les personnes contre deux adversités économiques : l'incapacité chronique à travailler et à obtenir un revenu ;

la réduction de cette capacité dans les périodes de chocs économiques, politiques ou environnementaux. Selon de nombreux experts africains des questions de Sécurité sociale et sympathisants de cette doctrine, la Banque défend cette conception de la protection sociale au nom du réalisme fiscal et institutionnel. C'est d'ailleurs cette conception qui sous-tend la stratégie de protection sociale de la Banque mondiale en Afrique pour la période 2012-2022. Joignant l'acte au concept, la Banque mondiale a accordé au Cameroun en mars 2013 un crédit de 50 millions de dollars, pour appuyer la conception et la mise en place d'un système national de filets sociaux qui bénéficiera directement à 420 000 personnes vulnérables. À terme, le financement de la Banque mondiale servira à mettre en place des filets sociaux pérennes qui soutiennent les familles camerounaises les plus démunies tandis que le gouvernement sera en mesure de répondre aux crises socio-économiques avec des instruments flexibles et efficaces. Robert Holzman, Conseiller principal, Réseau du développement humain à la Banque mondiale, résume l'idée sous-jacente aux interventions de son institution : « *Pour la Banque mondiale, dit-il, un emploi décent est finalement le meilleur système de sécurité sociale. Si les gens ont la possibilité de trouver du travail, cela les aidera, et le reste de l'économie fonctionnera bien. La création d'emploi est finalement le système de sécurité sociale le meilleur* » a-t-il conclu.

Le Cameroun pour les deux approches de financement

Les deux approches de financement seront effectives au Cameroun, parce qu'elles sont complémentaires et conformes aux objectifs et orientations stratégiques du Document de Stratégie de Croissance et d'Emploi (DSCE)⁽²²⁾ dont le Cameroun s'est doté en 2010 pour la période 2010-2035 et dont le volet Protection Sociale est ainsi libellé : « *dans le but de consolider les acquis et d'élargir le champ de la sécurité sociale, le Gouvernement entend réformer le dispositif central de protection sociale au Cameroun. À cet effet, une loi-cadre sera adoptée, laquelle loi va redéfinir, les principes et les mécanismes de couverture et de financement de la couverture sociale au Cameroun* ».

²² DSCE: Document de Stratégie Pour la Croissance et l'Emploi. Le Document de Stratégie pour la Croissance et l'Emploi (DSCE) réaffirme aussi la volonté du Gouvernement de poursuivre la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) dans leur ensemble. Il fait partie de la classe des DSRP de deuxième génération, et comme tel, il a été élaboré par le Gouvernement, dans le cadre d'un processus dynamique et ouvert, mettant à contribution la pleine participation des populations à la base, de la société civile, du secteur privé et des partenaires au développement.

Des “innovations” du Sud réappropriées : La Banque mondiale et les *Conditionnal Cash Transfers* aux Philippines⁽²³⁾

Par M. Pablo Diaz, doctorant, Université de Lausanne
(Institut des Sciences Sociales)/ Université de Genève (Global Studies Institute)

Introduction

Au tournant du millénaire, dans un contexte marqué par l'échec des plans d'ajustement structurel (PAS) dans les pays du Sud, la Banque mondiale voit son statut d'acteur légitime du développement fortement remis en cause. Soucieuse de préserver sa place d'organisation incontournable dans le domaine et pliant sous les injonctions au changement émanant de son environnement international (Vetterlein 2005), cette dernière entreprend une importante réorientation de ses stratégies, et ce à deux niveaux. Premièrement, en vue de répondre aux critiques concernant sa vision jugée trop économique-centrée, l'institution se tourne vers des approches prenant davantage en compte les aspects « sociaux » du développement, faisant de la *lutte contre la pauvreté* l'un de ses objectifs majeurs et de la protection sociale l'un des instruments privilégiés pour l'atteindre (Merrien 2013). Deuxièmement, désireuse de paraître moins « coercitive », la Banque abandonne partiellement le recours à la « conditionnalité » comme vecteur de changement, favorisant des modes d'intervention axés autour des notions d'« apprentissage », de « partage des connaissances » et d'« appropriation » (Debonneville et Diaz 2013; Bergamaschi 2011; Stone et Wright 2007)⁽²⁴⁾. La vaste opération de promotion des programmes de *Conditionnal Cash Transfers* (CCT) dans laquelle l'institution s'engage dans les années 2000 illustre parfaitement ce double « revirement ».

Nés en Amérique Latine dans les années 1990, les CCT consistent en une aide financière ciblée, destinée aux familles les plus pauvres, sous réserve d'engage-

ments (contreparties) dans les domaines de la santé, de l'éducation et de l'alimentation. Légitimés et popularisés par les évaluations très positives dont ont fait l'objet les expériences brésiliennes et mexicaines (Lomeli, 2008), les CCT comptent aujourd'hui parmi les « politiques modèles » privilégiées de la Banque mondiale (Merrien, 2013; Ceballos et Lautier 2013). L'écho favorable reçu par ces programmes au sein de cette dernière revêt un intérêt particulier, non seulement parce qu'il illustre la centralité de la « protection sociale » dans sa nouvelle conception du développement, mais également parce qu'il révèle un aspect encore peu discuté de ses nouvelles modalités d'action : l'institution tend de plus en plus à se faire la promotrice *dans le Sud*, de programmes « novateurs » conçus *par le Sud*. Considérés non plus comme des « victimes passives » mais comme des « sujets actifs », les pays en développement (PED) sont présentés comme de véritables « laboratoires d'innovation » au sein desquels s'élaborent les politiques sociales de demain.⁽²⁵⁾

L'image d'un Sud « innovateur » dont la Banque mondiale ne serait que le « relais », est cependant à nuancer. En effet, bien qu'il soit systématiquement présenté comme une invention « périphérique », le modèle de CCT promu par la Banque mondiale ne consiste qu'en une solution « générique » (Ancelovici et Jensen 2013), largement décontextualisée et idéologiquement orientée. Jouissant d'importantes ressources cognitives ainsi que d'une expertise certaine acquise à travers son association aux premières expériences de CCT latino-américaines⁽²⁶⁾, la Banque a, en effet,

²³ Cette contribution s'inscrit dans une recherche plus large menée par la *Swiss Network for International Studies* (SNIS). Elle repose sur un socle empirique constitué de documents officiels ainsi que d'une trentaine d'entretiens semi-directifs effectués auprès de hauts fonctionnaires nationaux et internationaux aux Philippines lors de visite de terrains effectués en 2011 et 2014.

²⁴ Il est tout de même important de préciser que les prêts conditionnels demeurent l'un des instruments privilégiés de la Banque.

²⁵ Ceci se traduit par le recours soutenu à la rhétorique de la « coopération Sud - Sud ». Voir notamment <http://www.google.ch/url?sa=t&crct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CCcQFjAB&curl=http%3A%2F%2Fwb.worldbank.org%2Ffsske%2F&ei=oqQEVm3YHLCI7Aa4goDgDA&usg=AFQjCNHmO6BuP7rjVgLh-UYhHL9pscZ7Aw&bvm=bv.74115972.d.ZWU>

²⁶ Bien qu'il s'agisse d'une expérience purement nationale, la Banque mondiale a notamment fourni une assistance technique au Brésil pour la mise en place de son programme de CCT.

grandement contribué à la refonte de ces programmes dans un « cadre théorique cohérent » (Lomeli 2008 : 477) faisant largement écho à sa vision libérale du développement. En d'autres termes, sous couvert de promouvoir une « innovation du Sud », l'institution ne diffuse en réalité que sa propre interprétation de cette dernière synthétisée dans un « modèle » soigneusement aligné sur ses approches dominantes. Répondant davantage à une logique d'« appropriation-imposition » qu'à celle d'une « diffusion (...) due aux seules vertus de l'exemplarité » (Ceballos et Lautier 2013 : 239), la promotion des programmes de CCT semble donc n'être qu'un moyen pour la Banque de poursuivre, par des voies plus « douces », la dissémination de solutions « universelles » dans les PED. C'est précisément ce point que nous souhaiterions aborder dans cette contribution à travers l'étude de la mise à l'agenda d'un programme de CCT aux Philippines, le *Pantawid Pamilyang Pilipino Program* (4Ps).

Quelques éléments de contexte

D'inspiration « bismarkienne », le système de protection sociale philippin repose essentiellement sur des prestations de type « assurantiel » à l'intention des salariés du secteur formel. Présentant un taux de couverture d'environ 34 % (Lautier, 2006), ce qui est relativement élevé, ce dernier est néanmoins largement déficient, le risque pour la population « couverte » de tomber dans la pauvreté étant important. En effet, « si la part des personnes “protégées” est constamment croissante depuis la fin des années 1980, c'est au prix d'une dégradation continue de cette protection, non pas en termes de droits formels, mais en termes de niveau de ressources offertes par la protection » (*ibid.*). À titre d'exemple, il est possible d'évoquer le cas des retraites qui placent les familles sous le seuil de pauvreté dès lors qu'elles font vivre deux personnes ou plus. La population n'est donc pas divisée « entre 1/3 de “protégés” qui échapperaient à la pauvreté, et 2/3 qui encourraient le risque d'y tomber, puisqu'une bonne partie des “protégés” est déjà menacée par la pauvreté » (*ibid.*). En ce qui concerne le secteur informel, celui-ci est confié à une myriade de programmes d'assistance ciblés et peu coordonnés, souffrant de nombreux dysfonctionnements : mauvaise gestion, corruption, manque de budget, manque de coordination, décentralisation et, surtout, problèmes de ciblage, beaucoup de personnes « pauvres » n'étant pas couvertes et beaucoup de « non-pauvres » l'étant (Gonzalez et Manasan, 2002 : 183). L'existence d'une pauvreté « réelle » et « potentielle » croissante, l'inefficacité notable des institutions et des programmes

nationaux ainsi que la forte inquiétude exprimée par la « communauté internationale » que ces dernières n'entravent la croissance économique⁽²⁷⁾, mettent le gouvernement philippin face à une « obligation morale de réduire la pauvreté » (Lopes-Wohnlich et al 2011 : 12). Afin d'y répondre, ce dernier décide en 2006 de mettre sur pied un agenda de réformes visant à améliorer ses prestations en matière de protection sociale, le *National Sector Support for Social Welfare and Development Reform Project* ou NSS-SWDRP (DSWD et SC-SP, 2012), dont la responsabilité est confiée au *Department of Social Welfare and Development* (DSWD).

Un processus transnational

Le NSS-SWDRP se caractérise par son caractère hautement « transnational ». En effet, le projet obtient dès le départ le soutien « technique » de la Banque mondiale, qui se traduit par le détachement permanent de consultants au sein de l'administration philippine. C'est d'ailleurs à l'occasion d'une réunion conjointe entre fonctionnaires nationaux et internationaux que la Banque propose de mettre en œuvre d'un programme de CCT. En effet, l'un des objectifs principaux du NSS-SWDRP est d'améliorer la qualité des prestations en matière de protection sociale, notamment à travers le recours à de « meilleurs » programmes. Or, n'ayant pas les ressources nécessaires à l'élaboration de nouvelles solutions d'action publique, le gouvernement philippin se trouve dans une situation de dépendance certaine vis-à-vis du « savoir-faire » des experts de la Banque. Les chapitres suivants auront pour but de présenter les différents moyens déployés par ces derniers pour mettre à l'agenda puis contrôler la conception d'un programme de CCT aux Philippines.

La mise à l'agenda

Si de nombreuses discussions informelles sur les bienfaits des CCT ont rapidement lieu entre les consultants de Banque et les fonctionnaires de l'administration philippine, cette dernière n'est cependant pas immédiatement convaincue. Désirant se montrer davantage persuasive, la Banque mondiale invite alors une délégation nationale⁽²⁸⁾ à la *3rd International Conference on Conditional Cash Transfer*, tenue du 26 au 30 juin 2006 à Istanbul, événement dont elle assure la co-organisation. Réunissant près de 350 participants, dont

²⁷ Voir par exemple ADB (2006) : *Poverty in the Philippines: Income, Access and Access*

²⁸ DSWD, département des finances et département du budget

une quarantaine de délégations gouvernementales, des experts internationaux et des académiques, celle-ci s'articule autour de séances plénières, faisant état des débats actuels en matière de CCT, de présentations d'études de cas, de visites de terrain, ainsi que d'ateliers pratiques⁽²⁹⁾. Présentée comme une plate-forme destinée à permettre « l'échange d'expériences et de connaissances entre les pays ayant une certaine expérience en matière de CCT et les nouveaux venus, sur ce qui fonctionne et ne fonctionne pas tant du point de vue politique qu'opérationnel »⁽³⁰⁾, cette conférence illustre de manière intéressante les nouvelles modalités d'action de la Banque, axées entre autres autour de la notion d'« apprentissage ». En effet, l'institution a aujourd'hui tendance à se profiler davantage en « médiateur » entre de possibles « exportateurs » et « importateurs » de CCT qu'en fournisseur de « modèles » prêts à l'emploi, comme cela a pu être le cas dans les années 1980. Dans le cas Philippin, cette stratégie s'est révélée particulièrement payante.

À son retour d'Istanbul la délégation philippine s'empresse d'organiser une conférence interdépartementale dans le but de communiquer son « enthousiasme » concernant les programmes CCT au reste du gouvernement. Dans ce cadre, de nombreuses présentations sont faites, notamment sur les « succès » des expériences « pionnières ». Voyant d'un bon œil le fait qu'il s'agisse d'une « invention latino-américaine », de nombreux fonctionnaires de l'administration y voient l'occasion d'importer une politique ayant déjà fait ses preuves, « ne sortant, pour une fois, pas tout droit des bureaux de la Banque mondiale »⁽³¹⁾. Obtenant le soutien de l'ensemble des ministères, un premier projet pilote est mis en œuvre, ciblant 6 000 ménages au sein de deux provinces et deux villes du pays.⁽³²⁾ Après avoir fait l'objet d'évaluations jugées « concluantes », le programme est adopté au niveau national en 2009, recevant un prêt de 405 millions de dollars de la Banque mondiale.

²⁹ <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/WBI/WBIPROGRAMS/SPLP/0,content-MDK:20892674-pagePK:64156158-piPK:64152884-theSitePK:461654,00.html>

³⁰ <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/WBI/WBIPROGRAMS/SPLP/0,content-MDK:20892674-pagePK:64156158-piPK:64152884-theSitePK:461654,00.html>, traduction de l'auteur.

³¹ Entretien mené en janvier 2014 à Manille

³² <http://siteresources.worldbank.org/INTPHILIPPINES/Resources/4PsDSWD.pdf>,

Le Pantawid Pamilyang Pilipino Program (4Ps)⁽³³⁾ :

Le 4Ps est présenté par le gouvernement philippin comme un programme de « développement humain » ayant pour but d'investir dans la santé et l'éducation des foyers les plus pauvres et, plus particulièrement des enfants âgés de 0-18 ans. Il consiste en une subvention en espèce soumise à cinq conditions :

1. Les femmes enceintes doivent faire l'objet de soins pré- et post-natals et être encadrées par un professionnel de la santé au moment de l'accouchement.
2. Les parents doivent assister à des séminaires de « développement familial ».
3. Les enfants entre 0-5 ans doivent recevoir des soins préventifs et être vaccinés.
4. Les enfants de 6-14 ans doivent se soumettre deux fois par année à un traitement contre la vermine.
5. Tous les enfants bénéficiaires (0-18 ans) doivent aller à l'école et maintenir leur taux de présence à au moins 85 % par mois.

Globalement, le 4Ps répond à deux objectifs. Premièrement il cherche à fournir de l'assistance sociale aux plus pauvres en leur permettant de subvenir à leurs besoins immédiats. Deuxièmement, il vise à favoriser le développement social en brisant le cercle générationnel de la pauvreté à travers l'investissement dans le « capital humain ». À l'heure actuelle le programme est actif dans 70 provinces, couvrant 1484 municipalités et 143 villes dans les 17 régions des Philippines. Au 25 juin 2014, il compte 4'090'667 foyers bénéficiaires.

Si à première vue l'adoption d'un programme de CCT aux Philippines semble répondre à un cas relativement « classique » de transfert de politique publique (Delpeuch 2008), une lecture plus attentive de celui-ci nous mène à dépeindre un tableau nettement plus nuancé. En effet, loin de se limiter à un simple travail de promotion des « innovations du Sud », la Banque exerce un contrôle serré sur l'ensemble du processus, se livrant, à travers le détachement d'un consultant international au sein de l'administration philippine, à un important travail de « cadrage ».

L'importance de l'expert

Comme nous l'avons évoqué plus haut, la 3rd *International Conference on Conditional Cash Transfer* était conçue comme un *forum* au sein duquel les pays néophytes en matière de CCT pouvaient échanger avec les pays plus expérimentés. Or, en ce qui nous concerne, cette dernière a d'avantage servi de lieu de socialisation entre experts de la Banque et fonctionnaires philippins. En effet, durant son séjour, la délégation philippine n'a tissé que peu de liens avec les autres représentants nationaux. Elle y a en revanche fait la connaissance de T.C., l'un des consultants auxquels la Banque a l'habitude de

³³ <http://pantawid.dswd.gov.ph/index.php/about-us>

recourir en matière de CCT. Détenteur depuis 1979 d'un doctorat en économie de l'université de Chicago sur les questions de développement économique et de capital humain, T.C. est un ancien fonctionnaire de la Banque mondiale, ayant officié en son sein de 1985 à 1995, durant la période des PAS. Travaillant depuis comme consultant indépendant, ce dernier a notamment participé à la conception des programmes de CCT du Mexique, du Honduras, du Brésil, de la Colombie et de l'Indonésie. Bien que n'étant plus formellement affilié à la Banque, T.C. travaille régulièrement pour cette dernière dans le cadre de mandats ponctuels. Largement acquis aux approches dominantes de l'institution en matière de politiques sociales, il fait partie intégrante de son vaste réseau de collaborateurs externes chargés de promouvoir ses « *best practices* » au niveau international (Stone et Wright 2007 ; St. Clair 2006).

Au retour d'Istanbul, la délégation philippine fait connaître à la Banque mondiale son désir de mettre en place un programme de CCT. Cette dernière propose alors de financer un consultant dont la mission serait de mettre sur pied un premier projet. Après de longues discussions, et à la demande de l'administration philippine, c'est T.C. qui est choisi. Ce dernier deviendra alors le principal acteur dans la conception et la mise en œuvre du 4Ps. En effet, c'est lui qui sera chargé de concevoir le cadre général du programme ainsi que de superviser la formation des fonctionnaires philippins, notamment en matière de ciblage des bénéficiaires. Dans les chapitres suivants, nous montrerons comment ce consultant a, tout d'abord, contribué à la mise en place d'un programme « standardisé », puis procédé à un important travail de « cadrage » ayant pour effet de ne laisser à l'administration philippine que peu de possibilités d'« innovation ».

Stratégies de cadrage

Lors des premières présentations faites au sein de l'administration philippine, le 4Ps est largement présenté comme une « adaptation » des expériences latino-américaines. Cela dit, les contacts entre les pays « modèles » et les Philippines ne sont que brefs et extrêmement cadrés. En effet, si T.C. organise rapidement le déplacement de plusieurs délégations nationales en Colombie et au Mexique, ces voyages ne durent que quelques jours et sont organisés de manière à ce que les fonctionnaires philippins ne voient que ce que l'expert juge « nécessaire ». Ces derniers ne prennent donc connaissance que de certains aspects des programmes « visités », de nature générale et technique (ciblage,

contrôle des conditionnalités, etc.), le contexte institutionnel et politique étant largement passés sous silence. Ce point est intéressant dans le sens où des pays qui étaient au départ présentés comme des « pionniers » ne deviennent finalement que des exemples d'une « bonne » application du « modèle ». Les membres du gouvernement philippin n'ayant pas noué de liens particuliers avec leurs homologues latino-américains, il est d'ailleurs difficile de parler de « transfert » ou d'« apprentissage » à proprement parler. Tout se fait en effet à travers un intermédiaire « éclairé », seul à détenir la « recette universelle » et jouissant d'un important pouvoir de sélection des informations « pertinentes ».

Dans ses discours, T.C. se présente comme un « professeur » en matière CCT. Avançant que « tous les programmes sont différents »⁽³⁴⁾, ce dernier met largement en avant la nécessité de prendre en compte les spécificités axiologiques, culturelles, géographiques et politiques du pays lors de la mise en œuvre d'un programme. Ceci dit, malgré son recours soutenu à la rhétorique de « l'appropriation », par ailleurs largement dominante dans le champ du développement depuis la déclaration de Paris (2005), ce dernier n'offre aux Philippines que peu d'incitations à adapter le « modèle » qu'il leur propose au contexte national. En effet, dès le départ, de nombreux acteurs politiques (principalement des représentants locaux) manifestent leur volonté de rendre le 4Ps davantage en phase avec la « culture » philippine, notamment à travers l'ajout de nouvelles conditionnalités (plantation d'arbres, nettoyage des rues, participation à la vie associative des quartiers, etc.). Or ces demandes sont rapidement écartées par la Banque au nom du « respect des lignes structurantes du modèle » essentiellement axées sur l'éducation et la santé. Il serait néanmoins exagéré de ne voir dans ce refus qu'une simple imposition du « haut ». Le DSWD avait, en effet, un intérêt certain à ne pas prendre en compte les demandes émanant des représentants politiques, celui-ci ayant pour objectif affiché de se profiler en *leader* en matière de protection sociale. Cela dit, lorsque l'administration elle-même formule le souhait d'apporter une conditionnalité supplémentaire, celle-ci se heurte également à de vives résistances de la part de la Banque. En effet, si le DSWD exprime très rapidement le souhait d'ajouter aux contreparties « classiques » du programme, l'introduction de l'obligation pour les parents d'assister régulièrement à des ateliers-séminaires sur la responsabilité

³⁴ Entretien mené en janvier 2011 à Manille

parentale, appelés séminaires de développement familial, la Banque refuse catégoriquement de les financer, sous prétexte que ces derniers « compliqueraient trop le dispositif »⁽³⁵⁾. Ce point est intéressant pour deux raisons majeures. Premièrement, il montre à quel point la Banque souhaite rester à un niveau d'abstraction élevé, écartant tout ce qui peut porter atteinte à ses modèles « standardisés ». Deuxièmement, contrastant fortement avec ses discours axés autour de l'« appropriation », l'attitude de la Banque dénote une forte tendance à ne pas prendre suffisamment en compte en compte le contexte politique et institutionnel dans lequel s'insèrent ses programmes. En effet, en refusant l'ajout d'une nouvelle condition, la Banque ferme les yeux sur le climat de tension auquel le DSWD doit faire face, les pressions de la part des autres agences gouvernementales, notamment des finances, étant fortes, celles-ci craignant qu'en l'état le programme n'encourage à la « paresse ». De plus, ces séminaires, qui existent de longue date au DSWD, constituent l'une de ses mesures phares en matière d'éducation. Les intégrer au 4Ps est donc pour le département une manière d'insérer une composante « historique » dans le programme, le rendant ainsi moins « exogène ».

Le refus de la Banque mondiale de financer les séminaires de développement familial ne débouche cependant pas sur leur éviction, bien au contraire. En effet, décidée à les intégrer au 4Ps, l'administration Philippine décide finalement d'en assurer elle-même le financement. Ce pari s'est révélé relativement payant, les séminaires étant aujourd'hui considérés par la Banque elle-même comme l'une des composantes essentielles du programme. Ce « revirement » a le mérite de révéler un aspect important des modalités d'action de la Banque mondiale.⁽³⁶⁾ En effet, si cette dernière ne semble pas favoriser activement l'innovation dans le PED, elle témoigne d'une forte tendance à se réapproprier les expériences « réussies ». Le cas des philippines est à ce titre intéressant, la Banque promouvant aujourd'hui le 4Ps comme étant l'une des variantes des CCT les plus porteuses en matière de protection sociale, alors même que ce qui en fait la spécificité n'a pas obtenu son soutien lors de sa conception.

Conclusion

L'étude de la mise en œuvre d'un programme de CCT aux Philippines nous a permis de mettre en lumière un certain nombre d'aspects intéressants concernant les nouvelles modalités d'action de la Banque mondiale. En effet, profilée comme une « promotrice » de nouveaux « modèles » d'action publique conçus dans le Sud, celle-ci donne l'apparence d'une instance de médiation entre des PED désirant profiter de leurs expériences respectives. Or, dans la pratique le contrôle cognitif exercé par l'institution témoigne d'une véritable volonté d'instrumentaliser les « innovations » faites par ces derniers dans le but de continuer à exister tant que pourvoyeuse de solutions « universelles ». La Banque mondiale semble donc déterminée à poursuivre l'exercice de son « pouvoir » sur les pays du Sud, à travers des moyens cela dit plus « subtils », ne relevant plus de la « coercition » pure. Le recours à des programmes étiquetés comme « inventés par le Sud » relève ainsi davantage de la création d'un « mythe » autour de ces derniers, destiné à euphémiser l'exercice du pouvoir dont fait preuve la Banque à travers la promotion de ses programmes « génériques ».

La question qui se pose alors est la suivante : si les grandes institutions financières internationales se réapproprient les expériences jugées « réussies » dans les PED en les « standardisant » et en les alignant sur leurs propres cadres conceptuels, quelle place le Sud peut-il dès lors revendiquer dans le processus d'innovation et de diffusion de ses solutions d'action publique ? Il est désormais clair que si les PED veulent se profiler sur la scène internationale comme étant les « laboratoires d'innovation » dans lesquels s'élaborent les « politiques de demain », cela ne pourra vraisemblablement se faire que par la voie bilatérale. Le Brésil s'est d'ailleurs déjà engagé dans celle-ci, exprimant un certain désaccord par rapport à l'image que renvoie la Banque mondiale de ses programmes à l'extérieur. Si les organisations internationales se présentent aujourd'hui comme les « partenaires » privilégiés des PED en matière de politiques sociales, il ne faut cependant pas oublier qu'il s'agit d'une relation ambiguë, sous-tendue par des intérêts mutuels. Il semble donc qu'il appartienne désormais au Sud de trouver ses propres stratégies de diffusion de ses « innovations », s'il entend profiter du statut d'« exemple » qui lui est aujourd'hui conféré sur la scène internationale, ce qui passe par une prise en compte accrue de la question sur le plan de sa politique extérieure.

³⁵ Entretien mené en janvier 2014 à Manille

³⁶ <http://siteresources.worldbank.org/INTPHILIPPINES/Resources/4PsDSWD.pdf>

Bibliographie :

- ANCELOVICI M., JENSON J. (2012), « La standardisation et les mécanismes du transfert transnational », *Gouvernement et Action Publique*, 1, no 1, pp. 37-58
- BERGAMASCHI, I. (2011), « "Appropriation" et "lutte contre la pauvreté". Interprétations, pratiques et discours concurrents », *Tiers-Monde*, 1, no 205, pp. 135-150
- CEBALLOS, M., LAUTIER, B. (2013), « Les CCTP en Amérique latine. Entre modélisation internationale et conjonctures politiques nationales », *Revue Tiers-Monde*, 2, no 214, pp. 219-245
- DEBONNEVILLE J., DIAZ P. (2013), « Les processus de transfert de politiques publiques et les nouvelles techniques de gouvernance. Le rôle de la Banque mondiale dans l'adoption des programmes de conditional cash transfers aux Philippines », *Revue Tiers-Monde*, 4, no 216, pp. 161-178
- DELPEUCH, T. (2008), « L'analyse des transferts internationaux de politiques publiques : un état de l'art », *Questions de recherche*, no 27, décembre
- DSWD, SC-SP (2012), *Social Protection Operational Framework and Strategy of the Philippines*, Manila, Department of Social Welfare and Development and NEDA-SDC-Subcommittee on Social Protection
- GONZALEZ E.T., MANASAN R.G. (2002), « Social Protection in the Philippines », in Adam E., von Hauff M., John M. (eds), *Social Protection in Southeast and East Asia*, Singapore, Friedrich Stiftung
- LAUTIER B. (2006), « Protection sociale et système de santé aux Philippines », Monographie réalisée dans le cadre de l'étude *Analyse et comparaison des systèmes de protection sociale du monde en développement*, IMPACT
- LOMELI E. V. (2008), « Conditional Cash Transfers as Social Policy in Latin America: An Assessment of their Contributions and Limitation », *Annual Review of Sociology*, volume 34, Août, pp. 475-499
- LOPES-WOHNLICH D., MERRIEN F. X., DEBONNEVILLE J. (2011), « De Brasilia à Manille : la mise en œuvre de politiques sociales axées sur la dimension genre au Brésil et aux Philippines : le cas de la Bolsa Familia et du Pantawid Pamilyang Pilipino Program », papier soumis à l'EADI International Congress, York, 19-22 septembre
- MERRIEN F. X. (2013), « La protection sociale comme politique de développement : un nouveau programme d'action international », *Revue Internationale de Politique de Développement*, 5.1, pp. 69-88
- ST. CLAIR A. L. (2006), « The World Bank as a Transnational Expertised Institution », *Global Governance*, vol. 12, no 1, pp. 77-95
- STONE, D., WRIGHT, C. (2007), « Introduction. The Currency of change, World Bank Lending and Learning in the Wolfensohn Era » in Stone D., Wright C. (dir.), *The World Bank and Governance. A Decade of Reform and Reaction*, New York, Routledge, pp. 1-25
- VETTERLEIN, A. (2005), « Change in International Organizations: Innovation or Adaptation? The World Bank and the International Monetary Fund: A comparison of Organisational Cultures », Papier présenté au Workshop *Research Bank on the World Bank*, Budapest, Avril

Évolution de la prise en charge médicale des plus démunis au Maroc : du certificat d'indigence au Régime d'Assistance Médicale

Par Fatiha Kherbach⁽³⁷⁾, L. Asma el Alami el Fellousse⁽³⁸⁾ & My Driss Zine Eddine el Idrissi⁽³⁹⁾

Introduction

Le Maroc a toujours disposé d'un système de prise en charge gratuite des soins des indigents. Avant les années 60, les indigents étaient pris en charge dans les hôpitaux⁽⁴⁰⁾ par le budget de la municipalité sur présentation d'un certificat d'indigence⁽⁴¹⁾. Par la suite, la circulaire n° 4702 AG de 1923, mise à jour en 1950, a réglementé l'assistance médicale gratuite (AMG) en définissant les règles de prise en charge des dépenses par les municipalités et par l'État. Ce système a continué à fonctionner après 1960 et le principe de la participation des municipalités aux frais de soins a été consacré par le Dahir du 23 juin 1960 relatif à l'organisation communale. En 1976, la charte communale a confirmé ce système, mais supprima les dépenses obligatoires des municipalités au titre de l'AMG.

Suite aux événements socio-économiques⁽⁴²⁾ qu'a connus le Maroc au cours des années 80 du siècle passé, le Ministère de la Santé (MS) a défini dans son plan d'action 1988-92 une politique de financement du secteur de la santé où s'inscrivait la réforme de la couverture médicale.

Le véritable problème n'était donc pas l'absence de dispositif de prise en charge médicale des personnes démunies, mais les multiples dysfonctionnements qu'il comportait, à savoir :

- Des critères d'éligibilité non standardisés et subjectifs.
- Non-paiement des frais d'hospitalisation par les ménages à revenu élevé contrairement à ceux ayant un revenu faible.
- Une lourde bureaucratie empêchant les pauvres d'avoir rapidement le certificat d'indigence.

- Un accès difficile aux soins (longues listes d'attente, ...).
- Non-séparation entre le budget des hôpitaux et l'enveloppe consacrée à la prise en charge des indigents.
- Administration délivrant les certificats (Ministère de l'Intérieur – MI) non responsable du financement des soins.

Ainsi, l'institutionnalisation du Régime d'Assistance Médicale (RAMED) devait-elle, en principe, permettre de pallier ces dysfonctionnements. Promulguée en octobre 2002 par la loi 65-00, le RAMED qui, en plus de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) constitue la seconde composante du système de Couverture Médicale de Base (CMB), est fondé sur les principes de l'assistance sociale et de la solidarité nationale. Il a pour objet de prévenir l'exclusion de l'accès aux soins d'une partie de la population et de renforcer la protection sociale au Maroc à travers une :

- Augmentation de la protection de la population contre le risque maladie.
- Amélioration du financement de la santé.
- Plus grande solidarité et équité.
- Amélioration des conditions d'accès aux soins.
- Réduction de la contribution directe des ménages aux dépenses de la santé.

À la fois objectif et moyen, le RAMED (et l'AMO) est ainsi au centre d'un ensemble d'actions et de mesures visant à réformer le système de santé à travers sa réorganisation, son financement, la modernisation de certaines de ses composantes, l'adaptation de l'offre à la demande et la réduction des décalages entre les deux. Ce statut ambivalent est sans nul doute l'une des raisons du débat très vif que suscitait ce dossier depuis de nombreuses années. Son historique, ses nombreuses péripéties et son cheminement laborieux peuvent renseigner sur les véritables enjeux et les rapports de force entre les parties concernées⁽⁴³⁾.

³⁷ Retraité du Ministère de l'Économie et des Finances, Maroc

³⁸ Économiste au Ministère de la Santé, Maroc

³⁹ Économiste de la Santé Principal, Banque Mondiale

⁴⁰ Les soins de santé primaires étaient (et sont toujours) gratuits pour toute la population.

⁴¹ Dahir du 19 avril 1913 qui réglemente et organise l'activité sanitaire.

⁴² Énorme déficit dans la protection sociale et les services de santé et aggravation du problème du financement du système de la santé.

⁴³ Zine-Eddine El-Idrissi, M. Kaddar and B. Sabri (2008): "Constraints and obstacles to social health protection in the Maghreb: the cases of Algeria and Morocco", Bulletin de l'OMS, volume 86, No 11, Novembre, 902-904, Genève.

I. Les différentes étapes précédant la mise en œuvre

De 1990 à 1995, plusieurs avant-projets de loi relatifs à la CMB (AMO et prise en charge des indigents via un projet de fonds national d'assistance médicale - FNAM) ont été élaborés. En juillet 1995, le Gouvernement approuva le projet instaurant l'AMO. Celui du FNAM fut différé en raison des incertitudes liées à l'identification des indigents et à leur prise en charge. Pourtant, le dossier d'identification des indigents (le questionnaire), préparé en 1994, a été retenu. Ce questionnaire, testé en 1995 dans trois provinces, s'est révélé assez probant.

En 1996-97, le projet AMO approuvé, fut renvoyé devant la commission de la couverture médicale issue du dialogue social qui ne l'a pas validé. Cette dernière, en plus des limites intrinsèques relatives aux dispositions de l'AMO, s'est interrogée sur le sort des indigents, estimant que la mise en place de l'AMO sans institutionnalisation de la prise en charge médicale des indigents pouvait aggraver les iniquités, inhiber la portée des actions incluses dans la réforme hospitalière et menacer l'équilibre et la pérennité de l'AMO.

Dans sa déclaration d'Avril 1998, le Gouvernement, nouvellement constitué, a annoncé son intention de mettre en place les deux projets. Ainsi, un groupe de travail du MS a complété l'étude de faisabilité du projet effectuée en 1994 et a préparé un document⁽⁴⁴⁾ résumant la problématique et étayant des scénarios portant sur l'identification de la population éligible, le financement de sa prise en charge et le mode de gestion. En dépit de certaines insuffisances (scénarios limités, étude financière non suffisamment développée, projections à moyen terme inexistantes,...), ce document était à la base du projet de loi relatif au Régime d'assistance médicale aux économiquement faibles (RAMEF)⁽⁴⁵⁾. D'octobre 1999 à février 2000, les nouveaux critères et la procédure d'identification furent testés au niveau national ce qui a permis d'alléger le dossier d'éligibilité au régime. En 2000, un groupe d'experts indépendants a été désigné par le 1^{er} Ministre. Une Commission interministérielle a été aussi constituée afin de capitaliser les travaux réalisés par tous les départements et accélérer le rythme d'avancement des projets AMO et RAMEF. Les travaux de cette Commission ont abouti à l'élaboration de

2 projets de textes AMO et RAMEF qui furent adoptés par la Commission interministérielle élargie lors de sa dernière réunion d'octobre 2000. Suite au rapport du groupe d'experts, un seul projet (AMO et RAMED⁽⁴⁶⁾) fut finalisé en octobre 2001 avant d'être approuvé par le Conseil de Gouvernement en décembre 2001. La loi 65-00 portant code de la CMB, adoptée par le Parlement, fut promulguée en octobre 2002. Dans le cadre de la préparation à la mise en œuvre de la CMB, 8 commissions techniques ont été instituées dont une seule concernait le RAMED. Une étude actuarielle relative au RAMED, lancée en octobre 2001, consistant à effectuer une évaluation démographique et financière de la population cible et un examen des modalités de sa gestion et de son financement a été achevée en décembre 2003. Elle a constitué un outil important d'aide à la prise de décision quant à la configuration du RAMED et à sa mise en œuvre. En août 2005, des textes d'application de la loi 65-00 ont été publiés. Ils concernaient exclusivement l'AMO. À partir de 2006, 6 commissions présidées par la primature ont été instituées pour mettre en œuvre le RAMED et une étude relative à l'actualisation de l'étude actuarielle a été lancée. Sur la base de ses résultats et suite aux travaux des commissions, les textes d'application furent publiés et le RAMED fut lancé officiellement dans le cadre d'une expérience pilote dans la région de Tadla-Azilal en novembre 2008 avant d'être généralisé à toutes les régions en mars 2012.

II. Le dispositif mis en place

Les bénéficiaires: Le RAMED bénéficie aux personnes non assujetties à aucun régime d'assurance maladie obligatoire de base et ne disposant pas de ressources suffisantes pour faire face aux dépenses inhérentes aux prestations médicales. À cette population, s'ajoutent les personnes éligibles de droit: les pensionnaires des établissements de bienfaisance, orphelinats, hospices, ou des établissements de rééducation et de tout établissement public ou privé à but non lucratif hébergeant des enfants abandonnés ou adultes sans famille; les pensionnaires des établissements pénitentiaires et les personnes sans domicile fixe.

Les critères d'éligibilité: La population éligible au RAMED a été classée, en fonction du revenu ou du patrimoine en deux catégories: Les personnes pauvres et les personnes vulnérables. L'éligibilité, déterminée

⁴⁴ MS (1998), Projet RAMEF: Le financement de la prise en charge des économiquement faibles à l'hôpital public, juillet.

⁴⁵ S'agissant de mettre en place un régime, le Gouvernement a changé l'appellation « FNAM » par RAMEF.

⁴⁶ L'AMO ne faisant pas référence aux assurés, il a été décidé de changer le RAMEF par le RAMED (Régime d'Assistance Médicale).

aussi selon le milieu de résidence (urbain et rural), est conditionnée par le respect des critères suivant :

- Un score patrimonial calculé sur la base de l'ensemble des éléments constituant le patrimoine du postulant (Terrains agricoles exploités, Cheptel, Matériel agricole et de transport,...)
- Un score des conditions socio-économiques calculé sur la base de variables liées aux conditions de vie du ménage (Nombre de personnes par pièce, Points d'eau, Électricité, Moyens de transport personnel,...)

La procédure et les modalités d'identification :

La procédure d'identification de la population éligible au RAMED débute par le dépôt par le postulant d'un dossier (formulaire accompagné des documents justificatifs) auprès de l'autorité administrative locale (AAL) d'attachement du lieu de sa résidence qui, après leur vérification, délivre au postulant un récépissé dont la durée de validité ne peut excéder 3 mois. Ce récépissé permet à son détenteur l'accès aux soins d'urgence en attendant la décision de la Commission Permanente locale (CPL) qui est multisectorielle. Les cartes, dont la durée de validité est de 3 ans, sont par la suite remises aux personnes reconnues éligibles au RAMED. Cette procédure ne s'applique pas aux personnes éligibles de droit dont la prise en charge est effectuée sur la base de demandes de soins présentées par les directeurs de l'établissement qui les hébergent. Pour les personnes sans domicile fixe, la liste est établie par l'AAL dans laquelle se trouve la personne concernée.

Les prestations offertes: Le panier de soins RAMED comprend tous les actes, prestations et soins disponibles dans les hôpitaux publics, établissements publics de santé et services sanitaires relevant de l'État ainsi que les évacuations sanitaires inter-hospitalières. Les interventions de chirurgie esthétique sont exclues de ce panier sauf quand il s'agit de chirurgie réparatrice et d'orthopédie maxillo-faciale médicalement requise. Ce panier est accessible gratuitement aux bénéficiaires du RAMED qui respectent la filière de soins qui débute par le centre de santé de rattachement et prend fin, éventuellement, dans le centre hospitalier universitaire (CHU).

Le montage financier et la gestion financière:

Le financement du RAMED fait fondamentalement appel à la fiscalité et accessoirement à d'autres sources comme les bénéficiaires du régime sous forme de participation forfaitaire annuelle des vulnérables de l'ordre de 120 DH par personne, plafonnée à 600 DH par

ménage. Le financement par les CL est sous forme de contribution forfaitaire annuelle au titre des personnes pauvres à hauteur de 40 Dirhams (DH) par personne. Le montage financier du RAMED conçu en 2007 devait provenir essentiellement de l'État (75 %), des personnes vulnérables (19 %) et des CL (6 %)⁽⁴⁷⁾. Dans les conditions fixées par la loi 65-00, les ressources affectées au RAMED doivent être gérées par l'Agence nationale de l'assurance maladie (ANAM). Les contributions de l'État et des CL sont inscrites dans la loi de finances de chaque année et dans les budgets des collectivités. Les ressources du RAMED doivent être allouées indirectement aux hôpitaux publics via le MS, et directement aux CHU, sous forme d'une dotation globale prépayée.

Le système d'information: L'identification de la population éligible est possible grâce à une application informatique qui permet de saisir les informations contenues dans le dossier du postulant et de calculer les scores le concernant. Ainsi, un listing, comportant toutes les informations ayant servi à l'éligibilité des indigents au RAMED, est transmis, après leur immatriculation, au MS et à l'ANAM pour la tenue et la mise à jour d'un fichier central des économiquement faibles.

III. La mise en œuvre du RAMED

Avant de généraliser le RAMED à l'ensemble de la population, le Gouvernement marocain a décidé de procéder à l'expérimentation du dispositif mis en place au niveau de la région Tadla-Azilal.

La phase pilote

Au cours de l'année 2009, l'expérimentation du RAMED au niveau de la région Tadla-Azilal a été réalisée suite aux efforts consentis par les différents départements, particulièrement le MI et le MS. Une année après l'expérimentation du RAMED, le Gouvernement a procédé à son évaluation. Les constats majeurs qui ressortent montrent une appréciation aux niveaux de l'effectif de la population⁽⁴⁸⁾ du processus d'éligibilité (Les questions du formulaire sont faciles et ne posent aucune ambiguïté ou problème d'interprétation), de l'accès aux soins en général et l'accès aux soins des

⁴⁷ HAZIM J. (2012), RAMED: Expérience pilote de Tadla-Azilal, Journée d'information, Rabat, CNOM, 27 février.

⁴⁸ Selon la 2^e étude actuarielle, la part des pauvres à 45 % des personnes éligibles au RAMED. En 2011, plus de la moitié de la population est éligible au RAMED, bien que seuls 27 % de cartes de personnes vulnérables ont été retirées et, contrairement à ce qui était prévu, le nombre des pauvres (88 %) est plus important que celui des vulnérables (12 %).

personnes atteintes d'une affection de longue durée (ALD)/ affections lourdes et coûteuses (ALC) qui préfèrent largement les cartes RAMED aux certificats d'indigence, et des dépenses effectuées (Amélioration de 10 % des recettes liées aux payants).

Cette évaluation a permis aussi de dégager des difficultés :

- Un régime insuffisamment piloté et gouverné étant donné que :
 - i. les réunions de la commission nationale ne sont pas régulièrement tenues,
 - ii. le MS assure une double mission (prestataire de soins et gestionnaire du régime),
 - iii. l'ANAM en charge de l'immatriculation et la production des cartes et non de la gestion des ressources financières du RAMED,
 - iv. L'hôpital recevait encore des certificats d'indigence de certains malades et certains récépissés donnés aux bénéficiaires de l'AMO.
- Les critères d'éligibilité nécessitent une actualisation et une adaptation : le seuil de pauvreté par commune n'est pas applicable.
- Les délais et les coûts engendrés par la constitution du dossier administratif nécessitent des ajustements.
- Un dispositif d'accès aux soins, bien que doté de moyens supplémentaires, peine à répondre aux besoins des bénéficiaires :
 - Ruptures en médicaments, insuffisance en ressources humaines notamment les chirurgiens, pédiatres et gynécologues,...
 - Malades ne bénéficiant pas d'une prise en charge complète (achat de médicaments, examens radiologiques et biologiques,...
- Un mode de financement dé-corrélé de la réalité, nécessitant une refonte :
 - Les prévisions initiales au niveau de la région (36 % de pauvres et 64 % de vulnérables) sont différentes des statistiques de l'expérience pilote (15 % de vulnérables et 85 % de pauvres).
 - Seulement 27 % des cartes des vulnérables sont payées et récupérées.

Le déploiement à l'échelle nationale

En juin 2010, il a été décidé de généraliser le RAMED à toutes les régions. Depuis, les efforts se sont focalisés sur le développement des procédures liées à ce régime. La mise en œuvre de cette généralisation s'est déroulée en trois phases :

1. Prévues sur 3 mois, la phase de lancement, a connu la mise en place de 3 commissions chargées de la préparation des aspects liés à l'éligibilité (MI), à

l'offre de soins (MS) et à l'immatriculation (ANAM). Ces commissions ont entrepris des mesures liées :

- à la gestion du régime : notamment la définition des fonctions de tous les intervenants et le renforcement du suivi et de la coordination entre eux, la simplification des procédures et la revue du cadre juridique, la mise en place d'une stratégie de communication et d'information, l'amélioration du système d'information et le renforcement des équipes des départements concernés.
- au renforcement des soins disponibles dans les structures publiques : il s'est agi de l'amélioration de la disponibilité des médicaments et biens médicaux surtout ceux destinés aux ALD et ALC, la réorganisation des hôpitaux (guichet RAMED), le renforcement des cellules d'assistance sociale, la création des observatoires,...
- au financement : il a été recommandé d'accroître le budget du MS et d'utiliser un compte d'affectation spéciale intitulé « Fonds d'appui à la cohésion sociale », nouvellement créé, pour financer, entre autres, les dépenses afférentes à la mise en œuvre du RAMED.

2. La deuxième phase de renforcement de l'opérationnalisation, qui s'est étendue jusqu'à la fin de 2012, a porté sur le renforcement de la mise en œuvre de ce régime à travers la mise à niveau des infrastructures sanitaires, la réorganisation de l'accueil au niveau des hôpitaux, l'amélioration de la qualité des soins et le renforcement des mécanismes de gouvernance et de communication. En outre, le budget du MS a connu une augmentation annuelle moyenne de 10,3 % entre 2007 et 2011. Le 12 mars 2012, la généralisation du RAMED fut amorcée.

3. La troisième phase de consolidation des acquis, qui s'inscrit dans la stratégie du MS 2012-2016, a concerné l'adaptation de l'arsenal juridique, l'amélioration de la gestion, la coordination et le financement, ainsi que la mobilisation de ressources financières et humaines supplémentaires.

IV. Analyse critique du dispositif mis en place

La mise en place du RAMED est une grande avancée dans le système de protection sociale d'une tranche importante de la population marocaine. Cependant, comme tout projet de cette envergure, le RAMED connaît quelques insuffisances et dysfonctionnements.

Les bénéficiaires et les critères d'éligibilité

La distinction entre la pauvreté et la « non-disposition de ressources suffisantes pour faire face aux dépenses inhérentes aux prestations médicales » n'est

pas aisée. Si le minimum de la population qui pourrait être pris en charge dans ce cadre doit être constitué de personnes pauvres, il s'agit ici de soins dont le coût peut s'avérer très élevé pour n'importe quel individu dépourvu de couverture médicale. D'où le recours à une méthode basée sur le revenu corrigé par des indicateurs socio-économiques sur la base de l'expérience du MS et MI entre 1992 et 1995 et l'analyse des données de l'ENNVN 1998/99 qui a estimé la population éligible au RAMED à environ 13,2 millions de personnes en 1999 et 16,8 millions de personnes en 2014⁽⁴⁹⁾. À noter que l'introduction de la variable « existence ou non d'une maladie chronique » était impossible à opérer à cause de la non-disponibilité des données qui rendaient le coefficient de pondération difficile à quantifier⁽⁵⁰⁾. En 2006, l'actualisation de l'étude actuarielle⁽⁵¹⁾ a mis de côté le clivage entre « non-disposition de ressources suffisantes » et « pauvreté » en retenant les seuils de pauvreté et de vulnérabilité de la carte de la pauvreté. Elle a estimé la population éligible au RAMED à environ 8,5 millions de personnes. A fin décembre 2013, plus de 6 millions de personnes sont éligibles au RAMED, soit 74,6 % de la population cible⁽⁵²⁾ et 18 % de la population marocaine.

L'exploitation statistique de trois bases de données⁽⁵³⁾ dans le cadre de la dernière étude actuarielle réalisée en 2013 montre des décalages, principalement entre le résultat automatisé d'éligibilité (« score système ») et les décisions des CPL/CP. Ces dernières rétablissent l'accès au RAMED à de nombreux ménages et reclassent certains de « vulnérables » en « pauvres ». À titre d'exemple, en milieu rural, à fin novembre 2012, 66,7 % des postulants rejetés par le « score système » sont reclassés par les CPL comme « pauvres » (26,6 %) ou comme « vulnérables » (40,1 %)⁽⁵⁴⁾. Or, si cette étude a fourni les éléments d'analyse des critères d'éligibilité au RAMED, elle n'en était pas de même pour d'autres dimensions non moins stratégiques.

⁴⁹ MS/SOFRECO & ADECRI (2003), Étude actuarielle relative au Régime d'Assistance aux économiquement faibles (RAMED), 6 rapports.

⁵⁰ Cette variable est considérée très pertinente compte tenu de la prévalence et leur coût de prise en charge élevé qui pourrait faire basculer facilement la population de la richesse à la pauvreté.

⁵¹ MS (2013), Eude actuarielle relative au RAMED, Octobre.

⁵² ANAM (2014), RAMED: Réalisations 2013 et plan d'action trisannuel 2014-2016. 3^e session du Conseil d'Administration, Rabat, 22 janvier.

⁵³ (i) ENNVN 2006-07; (ii) le fichier des postulants au RAMED comprenant les décisions des CPL/CP; (iii) et le fichier des immatriculations au RAMED.

⁵⁴ MS (2013), op. cit.

La procédure et les modalités d'identification

À ce niveau, plusieurs constats sont dégagés :

- L'expérience pilote a nécessité le recrutement de personnes dédiées à la gestion du processus d'éligibilité, le renforcement de la formation, l'information et la sensibilité du personnel des départements concernés. Il fut impossible d'en prévoir autant pour toutes les provinces.
- Les réunions de coordination, de suivi et d'évaluation qui permettraient d'évaluer les faiblesses du système et apporter les solutions pour y remédier ne sont pas tenues régulièrement.
- Un récépissé, même périmé, donne accès à la gratuité et les établissements n'attachent que peu d'importance à l'attestation des droits puisqu'ils facturent sans recevoir de contrepartie.
- En 2013, l'ANAM a détecté plus de 200 000 personnes immatriculées doublement (assurés AMO).

Les prestations offertes dans les structures publiques

Le non-respect de la filière de soins par les bénéficiaires qui recourent aux hôpitaux pour des prestations disponibles aux niveaux des établissements de soins de santé de base (ESSB), alourdit la tâche de ces hôpitaux et notamment au niveau des services des urgences.

Le financement du RAMED

Le montage financier du RAMED, basée sur une étude actuarielle réalisée en 2006, est dépassé pour 3 raisons⁽⁵⁵⁾ :

- La dernière étude actuarielle du RAMED a fait ressortir une consommation annuelle moyenne d'environ 650 DH par bénéficiaire contre 343 DH en 2006.
- La répartition de la population du RAMED « pauvre » et « vulnérables » rend l'apport des CL et des vulnérables moindre que ce qui a été prévu.
- Seuls 50 % des vulnérables ont retiré leurs cartes.

Par ailleurs, la dernière étude actuarielle relative au RAMED a estimé le financement de ce régime à 5,35 milliards de DH en 2013 (État : 4,87 ; CL : 0,24 ; vulnérables : 0,24) et 4,2 milliards en 2019 (État : 3,94 ; CL : 0,13 ; vulnérables : 0,13). En réalité, et à date d'aujourd'hui, le financement effectif et le coût du RAMED ne sont pas connus. Quelques informations existent, mais sont disparates :

⁵⁵ ANAM (2014), Feuille de route 2014-2018. Version provisoire présentée lors du CA de l'AMO le 22 janvier. Rabat.

- A fin octobre 2013, le budget de l'État relatif au RAMED s'élève à 1,9 milliard de DH avec un renforcement des crédits budgétaires alloués aux CHU.
- Dans le cadre des dépenses sur les Charges Communes, l'ANAM a bénéficié, en 2012, d'une subvention de 15,4 millions de DH pour la production de cartes.
- Dans le cadre du Fonds d'appui à la cohésion sociale, aucune dotation n'a été allouée à ce jour au RAMED⁽⁵⁶⁾.

Le financement effectif des hôpitaux publics :

- Sur la base des données des CNS 2010, les flux financiers dont bénéficient les hôpitaux publics (CHU compris) ont été évalués à 7,7 milliards de DH, dont 85,33 % reviennent aux soins hospitaliers et ambulatoires.
- En se basant sur les prestations dispensées aux Ramédistes au niveau des différentes structures et des tarifs ou le coût unitaire de ces prestations, le coût du régime a été estimé, à l'occasion du 2^e anniversaire de la généralisation du régime, à 755 millions de DH. Ce coût bénéficie dans 61 % des cas aux porteurs de cartes RAMED et dans 33 % des cas, aux détenteurs de récépissés.

La contribution des personnes éligibles

La participation des ménages éligibles au RAMED est prévue par la loi 65-00 sous forme d'une contribution forfaitaire à verser lors du retrait de la carte.

Le financement à travers le retrait des cartes

A fin décembre 2013, la collecte des contributions au RAMED s'élève à 341 millions de DH dont 16,6 % proviennent des personnes vulnérables et 83,4 % des CL⁽⁵⁷⁾. La contribution des vulnérables est plus faible que prévu. Considérant que la contribution par personne est très élevée, les Ramédistes renoncent à retirer leurs cartes et continuent de se faire soigner avec les récépissés.

La participation des ménages lors d'un épisode de maladie :

Bien que les bénéficiaires du RAMED ne doivent pas payer de ticket modérateur au niveau des structures hospitalières, l'évaluation effectuée au niveau de la région de Tadla-Azilal a montré, comme mentionné

plus haut, que les malades ne bénéficient pas d'une prise en charge complète. De même, l'enquête⁽⁵⁸⁾ réalisée par le MS en 2010, dans la région de Tadla-Azilal, sur les dépenses directes des ménages éligibles au RAMED montre que celles-ci sont relativement élevées. De plus, malgré la double soumission à la gratuité⁽⁵⁹⁾, 50 % des femmes effectuent des paiements lors de leur admission en service de maternité. Il faut souligner à ce niveau la bonne disponibilité des kits d'accouchement (près de 100 %) dans la région.

La gestion financière du RAMED

Si le législateur a confié à l'ANAM la gestion des ressources affectées au RAMED, celle-ci procède seulement à la collecte de la partie relative à la contribution des personnes vulnérables et des CL.

Les modalités de paiement des prestataires

Dans la perspective de la mise en place, à moyen terme, d'un organisme gestionnaire du RAMED⁽⁶⁰⁾, le passage d'un système de financement rétrospectif à un financement prospectif se trouve confronté à plusieurs obstacles dont l'absence de comptabilité analytique, l'insuffisance de moyens humains qualifiés.

La mise en place de ce mécanisme de paiement permettrait aux hôpitaux publics de facturer systématiquement leurs services à tous les patients et de renforcer la performance des hôpitaux publics en leur assurant un financement régulier permettant d'améliorer la qualité des prestations hospitalières.

Conclusion

Au-delà de ses forces et faiblesses, le code de la CMB constitue une amélioration certaine en matière de protection sociale en santé. Toutefois, les limites et dysfonctionnements de la CMB, en général, et du RAMED, en particulier, militent pour :

- Une implication élargie de toutes les parties tout en dépassant les intérêts politiques, sectoriel et corporatiste.
- Une volonté politique de faire aboutir rapidement cette réforme sans calculs politiques ni justifications budgétaires.
- Une bonne performance des réformes menées par le MS, à savoir, la réforme hospitalière, le

⁵⁶ Bilan de deux années de généralisation du RAMED, mars 2014.

⁵⁷ ANAM (2014), Réalisations 2013 et plan d'action triennal 2014-2016. 3^e session du Conseil d'Administration du RAMED. Rabat le 22 janvier.

⁵⁸ MS (2010), Enquête de suivi des dépenses directes de santé des ménages économiquement démunis.

⁵⁹ La circulaire de 2008 a instauré la gratuité de l'accouchement et la césarienne dans les hôpitaux publics.

⁶⁰ ANAM 2014. *Op. cit.*

renforcement des capacités institutionnelles du département,...

- Un subtil compromis entre les difficultés de mobilisation des ressources et la recherche d'une bonne couverture des dépenses de santé afin de ne pas handicaper la compétitivité des entreprises et le développement de l'emploi formel.
- La garantie d'un financement minimal et stable pour le RAMED. Un sous financement de ce régime conduirait à la reconduite de la situation initiale de recours et d'accès aux soins dans les hôpitaux publics.

Bibliographie

- ANAM (2014), RAMED : Réalisations 2013 et plan d'action tri-annuel 2014-2016, 3^e session du Conseil d'Administration, Rabat, 22 janvier 2014.
- ANAM (2014), Feuille de route 2014-2018. Version provisoire présentée lors du CA de l'AMO le 22 janvier 2014. Rabat.
- EL ALAMI EL FELLOUSSE L. A. (2011), Le Régime d'Assistance Médicale aux Économiquement Démunis, XIII^e Cours RESSMA sur le Coût et financement de la santé, Marrakech, du 30 mai au 9 juin 2011.
- EL ALAMI EL FELLOUSSE L. A. & KHERBACH F. (2007), Le financement des soins de santé au Maroc, novembre 2007.
- EMC (2010), RAMED : Évaluation de l'expérience pilote Tadla-Azilal. Février.
- HAZIM J. (2012), Régime d'Assistance Médicale (RAMED): Expérience pilote de Tadla-Azilal, Journée nationale de sensibilisation sur la généralisation du RAMED, 27 Février 2012.
- HAZIM J. (2007), Régime d'Assistance Médicale, Communication faite lors de la réunion de Démarrage de l'opération test grandeur nature du RAMED au niveau de la Région de Tadla-Azilal, Siège de la Province de Béni-Mellal, 11 décembre 2007.
- KHERBACH F. Réformes et leçons du financement de la santé en Afrique: Expérience du Maroc. XV^e Cours RESSMA sur l'organisation, financement et renforcement des systèmes de santé. Marrakech, du 27 mai au 6 juin 2013.
- MS (2014), Bilan de deux années de généralisation du RAMED, mars 2014.
- MS (2013), Étude actuarielle relative au RAMED, octobre 2013.
- MS (2013), Les Comptes Nationaux de la Santé 2010.
- MS (2013), Journée relative à la célébration de la 1^{re} année de la généralisation du RAMED, 13 mars 2013.
- MS (2010), Enquête de suivi des dépenses directes de santé des ménages économiquement démunis.
- MS/SOFRECO & ADECRI (2003), Étude actuarielle relative au Régime d'Assistance aux économiquement faibles (RAMED), 6 rapports.
- MS & Banque Mondiale (1999), Note de présentation sur le financement du secteur de la santé, Séminaire national sur le financement de la santé, 18 & 19 juin.
- MS (1998), Projet RAMEF: Le financement de la prise en charge des économiquement faibles à l'hôpital public, document interne, juillet.
- MS & Icône-Cedes (1989), Etude sur le financement de la santé en 1980, 1984 et 1987.
- SEMLALI H. et EL ALAMI EL FELLOUSSE L. A. (2012), Le RAMED au Maroc, XIV^e Cours RESSMA sur le financement et renforcement des systèmes de santé, Marrakech du 21 au 31 mai.

Programmes de transferts conditionnés et santé maternelle au Pérou et en Bolivie

Par M^{me} Nora Nagels
Professeure, département de sciences politiques
Université du Québec à Montréal

Introduction

Depuis les programmes *Progressal/Oportunidades* (1997) au Mexique et *Bolsa Familia* (2003) au Brésil, les programmes de transferts conditionnés (PTC) constituent une innovation majeure en matière de politiques sociales⁽⁶¹⁾. À court terme, ils visent à réduire la pauvreté des familles bénéficiaires et à long terme à développer le capital humain des générations futures. Pour ce faire, ils transfèrent des subsides monétaires aux mères des familles pauvres conditionnés à la scolarisation et au suivi sanitaire de la petite enfance et de la maternité. Considérés sur la scène internationale du développement comme les « meilleurs instruments de lutte contre la pauvreté » (Fiszbein et al. 2009; OIT 2011; Skouffias 2001; Bastagli 2009), ils prolifèrent dans les pays en développement. Le Pérou et la Bolivie n'y échappent pas avec respectivement le programme *Juntos* (2005) et le *Bono Juana Azurduy* (2009).

À contre-pied de l'effervescence internationale pour les PTC, l'argument défendu dans cette contribution nuance leur caractère innovant au regard du renforcement d'un trait ancien des politiques sociales latino-américaines: le néocolonialisme⁽⁶²⁾. Cibler la demande de services de santé par un incitant financier, laisse entièrement sous silence leur offre défectueuse en termes d'accès, d'infrastructures, de ressources humaines et de qualité de traitement. Par conséquent, les PTC reproduisent la violence structurelle du système de santé ancré dans le néocolonialisme sexiste.

Cet argument est développé à partir d'une méthodologie qualitative d'analyse de discours des protagonistes-clés de ces programmes⁽⁶³⁾, depuis les responsables politiques jusqu'aux femmes destinataires finales, en passant par le personnel de santé en charge du suivi des conditions. Cette contribution se divise en trois parties. D'abord, les contextes d'élaboration et de mise en œuvre des programmes sont décrits. Ensuite, les représentations néocoloniales des responsables des programmes sont analysées. Enfin, les stratégies, entre intériorisation et résistances, des bénéficiaires sont mises en avant.

Le contexte des programmes

Toute mesure de la pauvreté constitue une construction sociale soumise aux rapports de pouvoir propres à son élaboration (Destremau et Salama 2002). Sans revenir sur les débats entourant les indicateurs de développement humains, soulignons que le Pérou et la Bolivie y occupent des positions jugées préoccupantes en matière de santé maternelle et infantile (CEPAL 2014). L'un des objectifs des PTC est d'améliorer ces indicateurs.

Alors que le Pérou demeure l'un des régimes les plus néolibéraux de la région et que l'État plurinational de Bolivie se veut anti-néolibéral et postcolonial, tous deux mettent en œuvre, quasiment simultanément, ce même type d'instrument de politiques sociales.

Au Pérou, le programme *Juntos* est mis en œuvre en 2005 pour répondre à deux enjeux: la recrudescence des conflits sociaux dénonçant une croissance économique sans retombée pour les classes populaires, et la nécessité de mettre en place des politiques d'indemnisation pour les victimes des années de violence politique, tel que préconisées par la Commission Vérité et Réconciliation (Francke et Mendoza 2006). Entre

⁶¹ À la fin des années 1990, les programmes de transferts conditionnés s'ancrent dans l'approche de développement humain développé par Sen et le Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD). L'investissement dans les enfants est perçu comme l'instrument le plus efficace pour rompre le cycle intergénérationnel de la pauvreté. Il se concrétise par des transferts monétaires aux mères octroyés si des conditions dans les domaines de l'éducation et la santé sont respectées. Les femmes, exclusivement appréhendées dans leur rôle reproductif, sont considérées comme les mieux à même de respecter les conditions.

⁶² Un autre trait ancien de ces politiques concerne le maternalisme, développé plus spécifiquement ailleurs (Nagels 2011; 2014a; Nagels et Jensen à venir).

⁶³ Plus d'une centaine d'entretiens ont été réalisés entre 2008 et 2010 à Lima et Ayacucho au Pérou et à La Paz et El Alto en Bolivie dans le cadre de ma thèse de doctorat (Nagels 2013).

1980 et 2000, le conflit interne opposant les forces subversives du Sentier Lumineux et du *Movimiento Revolucionario Tupac Amaru* (MRTA) aux forces légitimes de l'État a en effet engendré 69 280 victimes, dont l'État est responsable de 30 % et dont la grande majorité est andine et quechuaphone (CVR 2003). Face à ces deux enjeux, le gouvernement met en œuvre un programme conditionné ciblé dans les régions les plus pauvres du pays qui sont également celles ayant subi la violence la plus meurtrière⁽⁶⁴⁾. *Juntos* transfère l'équivalent de 70 \$ US tous les deux mois aux mères de foyers pauvres composés d'au moins un enfant scolarisé de moins de 19 ans. Ce transfert est conditionné à la détention de documents d'identité, à la présence scolaire et au suivi médical des grossesses et des enfants jusqu'à leurs 5 ans. Le contrôle des conditions est assuré par des professeurs et des médecins dans les écoles et les centres de santé. C'est le programme social le plus important et le plus étendu du pays. En 2013, il s'adresse à plus d'un million et demi de personnes⁽⁶⁵⁾.

En Bolivie, le président Evo Morales – élu en 2005 et porté par des mouvements sociaux indigènes, paysans, originaires, travailleurs et paysans – entend impulser un nouveau modèle de développement dont l'objectif est « le démantèlement du colonialisme et du néolibéralisme pour construire un État pluriculturel et communautaire » (Ministerio de Planificación Desarrollo 2006 : xv-2). Les *Bonos* en font partie et visent à rendre effective la redistribution de la « nationalisation des hydrocarbures ». L'un d'eux⁽⁶⁶⁾, le *Bono Juan Azurduy*, est un élargissement d'un bon mère-enfant imaginé par la Banque Mondiale. Toutes les femmes enceintes ou mères d'enfants de moins de 2 ans, sans assurance de santé, peuvent y accéder. L'équivalent de 260 \$ US leur est transféré sur une période de 33 mois conditionnés à des contrôles sanitaires prénataux, postnatals et à l'accouchement institutionnel. Sur le terrain, 600 médecins sont engagés pour le mettre en œuvre et assurer son suivi⁽⁶⁷⁾. En 2009, le BJA s'adresse à 3,5 % de la population totale, à 6,4 % des pauvres et à 10 % des indigents (Ceccichini et Madriaga 2011 : 41). Malgré les différences entre ces deux programmes⁽⁶⁸⁾,

ils convergent par leurs conditions reproduisant la violence structurelle du système de santé appartenant au néocolonialisme.

Néocolonialisme sexiste

Les responsables politiques et administratifs des PTC – en majorité des hommes identifiés et auto-identifiés comme « blancs » ou « métisses » – construisent des représentations des femmes récipiendaires comme ignorantes et perpétuant de mauvaises pratiques parce qu'autochtones et d'origine rurale. L'extrait d'un infirmier en charge de *Juntos* l'illustre : « *La maman des champs quand son enfant tombe malade, a une diarrhée, elle pense que c'est parce que la terre lui a fait mal et non parce qu'il a mangé quelque chose de mauvais. Elle pense encore comme ça !* »⁽⁶⁹⁾.

En Bolivie, les « mythes » sont perçus comme des freins à l'accès aux services de santé, comme l'explique un médecin en charge du BJA : « *Alors c'est peut-être pour ça [que les femmes ne vont pas aux centres de santé] : les mythes : que les médecins ils ne te soignent pas, ils te traitent mal ou te font encore plus souffrir* ». Les femmes récipiendaires « ne savent pas et ne peuvent pas ». Le postulat d'ignorance et d'incapacité associé aux femmes pauvres est expliqué par leur origine rurale et ethnique. En effet, l'élément culturel est davantage mobilisé que les conditions sociales des femmes récipiendaires comme relations causales par les responsables des programmes. Les citations ci-dessus ignorent et stigmatisent les connaissances sanitaires de l'ethnomédecine appartenant aux cosmovisions andines. En quelques mots, alors que la biomédecine se réfère aux connaissances issues de l'Occident, l'ethnomédecine se réfère aux cosmovisions andines. Là où la première établit des ensembles dichotomiques (santé versus maladie; corps versus raison; culture versus nature), la deuxième reflète les systèmes de valeurs et de connaissances holistiques fondés sur des principes de réciprocité et de complémentarité (Arnold et Yapita 1999; Michaux 2004; Larme 1998). Dans les pratiques des populations andines, ces deux systèmes ne sont ni étanches, ni excluant. Les patientes intègrent des éléments des deux ensembles et mettent en place des processus de négociation flexibles et créatifs (Miles et Leatherman 2003). Cependant,

⁶⁴ Entretien avec un membre du premier comité de direction de *Juntos*.

⁶⁵ www.juntos.gob.pe

⁶⁶ Les deux autres sont la *Renta Dignidad* et le *Bono Juancito Pinto*. Le premier est une allocation de retraite non contributive versée annuellement à toutes les personnes à partir de leur 65^e anniversaire. Le deuxième est une allocation familiale annuelle pour les enfants inscrits dans l'enseignement public conditionnée à une présence scolaire de 80 %.

⁶⁷ Décret suprême n°0066.

⁶⁸ Pour une analyse de celles-ci, se référer à Nagels (2014).

⁶⁹ Toutes les citations sont extraites d'entretiens semi-structurés que j'ai menés avec les protagonistes des programmes. Les discours me sont donc dirigés. Les citations mobilisées illustrent des propos massivement présents qui ne sont donc pas marginaux.

les politiques sanitaires prônent la biomédecine et tendent à l'imposer à l'ethnomédecine.

Les citations ci-dessus confirment que « *les mères indigènes sont vues comme des mères problématiques. Dans les républiques andines, la racialisation caractérise différentes expériences de maternité pour différentes femmes* » (Radcliffe 2002 : 153). Être à la fois pauvre, autochtone et femme signifie être particulièrement « non-moderne ». Comme le montre, notamment, Kergoat, les rapports de sexe, de race et de classe sont consubstantiels et coextensifs. La consubstantialité se réfère à « l'entrecroisement dynamique complexe de l'ensemble des rapports sociaux (...) : ils (...) se construisent de façon réciproque ». La coextensivité renvoie « au dynamisme des rapports sociaux puisque ce concept veut rendre compte du fait que les rapports sociaux se coproduisent mutuellement » (Kergoat 2009 : 119, 120).

Seules les populations destinataires sont mises en cause. L'origine sociale, ethnique et le sexe des praticiens et des acteur-e-s institutionnel-le-s sont, quant à eux, tus. Les rapports de domination entre ces groupes sociaux sont alors niés et les solutions envisagées se résument à éduquer les femmes récipiendaires. Il s'agirait, pour les responsables des PTC, d'« apprendre » aux femmes récipiendaires à être de « bonnes mères », tel qu'illustré par les propos d'un des premiers directeurs de *Juntos* : « *Il faut que ce soit toi [le programme] qui éduque les mères [récipiendaires] à être mères avec douceur, affection, qu'elles transmettent cela sans gêne* ». Cette citation renvoie directement à des représentations des rôles maternelles de type occidental où la subjectivation de l'expérience maternelle prime. En Bolivie, les mêmes représentations prévalent en matière de nutrition, comme l'illustre l'extrait de discours d'un docteur du BJA : « *Des conseils à la mère sur comment nourrir, comment allaiter [sont dispensés]. (...). On [les médecins du BJA] les éduque [les récipiendaires] (...) on leur explique mais elles ne comprennent pas vite (...) alors on leur réexplique* ».

Ces discours se fondent sur l'hypothèse que les femmes n'aiment ni ne nourrissent de manière adéquate leurs enfants tout en niant et stigmatisant les connaissances et les pratiques issues de l'ethnomédecine. Même si en Bolivie cette dernière est davantage acceptée⁽⁷⁰⁾, elle demeure secondaire et

complémentaire à la biomédecine, comme l'exprime un médecin en charge du BJA : « *Les mamans (...) traitent certaines pathologies avec différentes méthodes maison. La plupart ne sont pas mauvaises et ne font pas de mal, mais elles devraient être complémentaires aux soins médicaux* ».

Au Pérou, la médecine traditionnelle tente d'être incorporée lorsque ses pré-requis et pratiques ne vont pas à l'encontre ou ne gênent pas ceux de la biomédecine, tel qu'exprimé par un gynécologue de *Juntos* : « *On voit bien qu'il y a un gouffre avec le personnel de santé car les gens dans cette zone sont très attachés à leurs croyances (...). Mais ce qu'on leur dit, nous, ici, c'est qu'il y a des professionnels formés pour cela, des personnes avec des études et des certificats* ». Ce sont donc les femmes qui doivent s'adapter aux pratiques de la biomédecine et non l'inverse. Ce processus de stigmatisation de l'ethnomédecine se vérifie pour l'accouchement. En quelques mots, l'accouchement traditionnel se réfère à une série de rituels et de manipulations qui correspondent à des représentations holistiques des corps, de la santé et des individus. Lors de celui-ci, les femmes sont en relation avec la Pachamama, la « terre-mère ». La femme doit alors « pousser vers le bas ». D'où les positions verticales. Une sage-femme, le futur père et d'autres personnes de confiance de la parturiente l'accompagnent, lui massent le ventre et lui préparent des infusions. D'où la qualification d'accouchement « collectif ». Le conjoint joue un rôle-clé en massant, aidant et soutenant sa compagne. Pendant l'accouchement, les rôles sociaux de sexe s'inversent. La femme devient la protagoniste principale d'une bataille pour expulser le bébé et le futur père doit adopter un rôle d'appui, de soin et de compréhension. L'accouchement est considéré comme un rite de passage primordial dans la vie des femmes et des nouveaux nés. L'accouchement institutionnel va à son encontre. Il répond aux critères de la biomédecine et s'effectue selon les normes culturelles occidentales, sur des tables gynécologiques sans présence de la famille ou de proches. La médicalisation de l'accouchement accorde la première place au thérapeute qui « vole » le rôle protagoniste de la femme et son pouvoir de donner naissance. Il reproduit dès lors les rapports de domination de race, de classe et de sexe entre praticien et parturiente (La Riva Gonzalez 2000 ; Rozée 2007 ; Platt 2006).

Alors que l'accouchement « traditionnel » devrait être permis dans les centres de santé liés au PTC, sur le terrain il est stigmatisé et l'accouchement biomédical est imposé. L'extrait d'une responsable de *Juntos*

⁷⁰ La Bolivie est l'un des seuls pays au monde à avoir légalisé la médecine traditionnelle, et ce dès 1986.

l'illustre : « *Les rituels, ça ne va pas car ils ne sont pas effectués dans un environnement stérile (...). Donc, nous ne pouvons pas permettre les rituels car la mère et le nouveau-né courent des risques* ». Ces représentations se retrouvent en Bolivie, tel qu'illustré par les propos d'un médecin du BJA : « *Ça, au centre, on ne le respecte pas encore. Comme je te dis, pour commencer, l'infrastructure que nous avons n'est pas adéquate* ». Dans les deux pays, la culture demeure invoquée comme une fatalité, responsable de tous les maux. Elle est réifiée et isolée des rapports sociaux dans laquelle elle se construit. Or, « *mettre en cause la culture de l'Autre (...)* revient en fait souvent à habiller culturellement des préjugés à fortes connotations racistes [et sexistes] » (Fassin 2001 : 9). Les cosmovisions andines demeurent méconnues, même si de plus grands efforts d'acceptation normatifs y sont déployés en Bolivie. De fait, il y existe un conflit latent entre les pratiques hospitalières et les normes ministérielles qui préconisent le respect des cultures. La décolonisation du système de santé par le gouvernement se heurte dans la pratique à la prégnance de rapports de pouvoir inégalitaires entre personnels de santé et patientes. Par conséquent, les différences entre les deux pays concernent davantage différents degrés sur un même continuum appartenant au néocolonialisme. In fine, la culture continue à être présentée comme barrière à la biomédecine, « moderne » et seule « science » enseignée dans les universités (Rozée 2007 ; Jhonson 2010).

L'ensemble de ces représentations sont néocoloniales et sexistes. Le néocolonialisme se réfère à la reproduction et à l'intériorisation par les élites latino-américaines de la matrice culturelle et idéologique de l'Occident. Dans cette matrice la race est un instrument de domination et de différenciation. De manière très schématique, les élites latino-américaines intériorisent la matrice colonialiste du pouvoir et de la connaissance : euro-centrique et « moderne » tout en niant les autres connaissances propres aux populations autochtones (Quijano 2000). De plus, ce néocolonialisme est sexiste puisqu'il reproduit les dominations de genre à l'encontre des femmes récipiendaires. C'est bien parce qu'il s'agit de femmes pauvres autochtones qu'elles sont considérées comme particulièrement « ignorantes » et « à éduquer ». Les hommes, pères ou conjoints, demeurent les grands absents de ces programmes.

Intériorisation et résistances des femmes récipiendaires

Face à ces discours des responsables des PTC, leurs récipiendaires oscillent entre intériorisation et

résistance. L'intériorisation porte sur les finalités du programme : améliorer le bien-être des enfants⁷¹. Les femmes évaluent positivement les programmes, comme l'illustre le discours d'une récipiendaire de *Juntos* : « *C'est très bien Juntos pour moi, c'est bien (...) dans la vie, il nous aide* ». En Bolivie aussi, les récipiendaires apprécient énormément l'aide que représente le BJA dans leur vie quotidienne, comme l'exprime l'une d'entre elles : « *Oula, oui ! Ça a beaucoup changé pour nous ! C'est une joie, car nous avons un soutien pour nos enfants (...). Ce Bono Juana Azurduy, c'est aussi une motivation pour qu'il y ait plus de soins dans les centres de santé. (...) Cela nous aide beaucoup* ».

Ces appréciations positives ne portent que sur le transfert monétaire. Par effet de balancier, les récipiendaires intériorisent les stigmates. Elles s'estiment par exemple plus « modernes », plus « développées » et moins « sales » depuis leur intégration aux programmes. Ainsi, la recherche de Vargas (2010 : 32) pointe une haute valorisation du programme en ce qu'il a permis de « vivre comme des êtres humains et non plus comme des animaux ». Ce processus révèle la violence symbolique (Bourdieu 1970) propre au programme : les dominées reproduisent les stigmates qui les dominent et donc leur domination.

Cependant, des interstices de résistance se construisent à l'encontre des rôles maternels prescrits. Premièrement, les femmes récipiendaires dénoncent les problèmes d'offre de service de santé, tels que leur nombre insuffisant et leur dispersement géographique. L'une d'elle critique les coûts supplémentaires qui en résultent : « *On rentre à pied, c'est comme ça, les bus, ils abusent, ils font payer 5 soles aux enfants (...) celles qui viennent de la campagne en souffrent* ».

En Bolivie, également, la distance entre les lieux de résidence et les institutions liées au BJA pose problème aux femmes, affectées à d'autres tâches productives : « *Il y a toujours des difficultés. Si on pouvait créer des banques dans les provinces. Ça serait mieux, non ? Comme ça, à n'importe quel moment, quand la maman a un peu de temps, elle va chercher l'argent. Parce que sinon cela prend deux jours* ».

Le premier ensemble de critiques est donc d'ordre structurel : les programmes ne répondent pas aux

⁷¹ Cela est lié à l'intériorisation et à la reproduction du stéréotype marianiste par les femmes récipiendaires qui se considèrent avant tout comme des mères en charge de leurs enfants (Nagels 2011).

conditions de vie dans lesquelles doivent se démenner les femmes récipiendaires. Deuxièmement, les récipiendaires considèrent que les programmes ne respectent pas leurs propres obligations en termes de planification familiale et d'accouchement traditionnel. Elles estiment que l'accès à la modernité, par l'accès à une maternité où l'accomplissement personnel prime, est impossible face à l'inexistence de méthodes contraceptives. Alors que les PTC prétendent diffuser des informations sur les moyens contraceptifs, il n'en est rien. En Bolivie, une récipiendaire du BJA l'explique comme suit : « *Je calcule. On m'a dit de venir après la naissance et le retour de mes menstruations pour poser des questions [mais] le problème c'est que les médecins n'ont pas le temps pour répondre à nos questions* ».

Au Pérou, l'information ne semble pas atteindre davantage les récipiendaires de *Juntos*, tel qu'exprimé par une juge de paix : « *Au sein de Juntos, on ne fait pas de planning familial (...). Juntos donne juste de l'argent. Il donne de l'argent et fait des formations... mais pas en planning familial* ». Il est intéressant de remarquer que ces femmes jugées andines et pré-modernes partagent des revendications plus généralement associées aux féministes « blanches » et de classe moyenne : contrôler les naissances. Toujours en matière de droits sexuels et reproductifs, l'accouchement vertical ou accroupi n'est pas autorisé, tel que l'explique une récipiendaire du BJA : « *J'ai accouché ici, ils ne respectent pas l'accouchement traditionnel mais mon mari a pu rentrer dans la salle. L'accouchement c'est mieux à la maison car pendant 7 jours on prend soin de nous* »⁽⁷²⁾.

Les récipiendaires s'emparent des engagements du programme pour dénoncer le mauvais traitement qu'elles y reçoivent. Elles s'approprient donc des prescriptions institutionnelles (la contraception et l'accouchement institutionnel plus respectueux) pour y construire des marges de pouvoir : dénoncer qu'elles sont maltraitées (Faya Robles 2008). Troisièmement, elles dénoncent les mauvais traitements dont elles font l'objet. Les comportements des personnels de santé sont irrespectueux, discriminatoires, sexistes et abusifs, voire racistes. Ils/elles sont absent-e-s, les font attendre, rien et ne les respectent pas, tel qu'illustré par l'extrait suivant d'une récipiendaire du BJA : « *Je suis ici depuis 7h40 et il est 12h. Parfois j'attends toute la journée* ». Cette représentation de mauvais traitement s'amplifie proportionnellement au capital social, symbolique et

matériel des femmes récipiendaires. Plus elles sont pauvres – donc dépendantes des prestations – rurales et ethnicisées – donc s'exprimant difficilement en espagnol – plus elles estiment être maltraitées, comme explique une récipiendaire de *Juntos* : « *Et pire encore, aux dames qui viennent de la campagne (...) parce qu'elles ne disent rien, elles sont plus timides. (...) Pourquoi? Car c'est la peur. Elles ne veulent pas perdre les 100 soles* ».

Enfin, la dimension raciste, est relevée comme source de mauvais traitements, tel qu'illustré par l'extrait ci-dessous d'une récipiendaire de *Juntos* : « *Ici à San Miguel, ils parlent tous quechua mais ils se taisent (...). Pour qui ils se prennent? Pour celui qui parle espagnol! Quand on leur parle en quechua, ils font comme si ils ne comprenaient pas. C'est faux! Ils savent très bien! C'est totalement faux! Mais comme ils sont "tout beaux-tout propres en uniforme d'hôpital" (...), ils ne comprennent pas le quechua!* ».

L'ascension sociale, représentée par l'obtention d'un diplôme, suivi d'un travail rémunéré, qui plus est dans le domaine médical, est valorisée socialement. Dans des contextes où les conditions sociales et ethniques s'entremêlent, s'élever socialement signifie dénigrer une part de son « indianité » (Quijano 1980; Rousseau 2009). Ses signes extérieurs, telle la langue, sont abandonnés. L'espagnol demeure donc la langue privilégiée dans les centres de santé positionnant les récipiendaires dans des positions d'infériorité.

Enfin, les résistances deviennent explicites quand les femmes développent des stratégies de contournement aux impératifs des PTC, tout en continuant à en bénéficier. Il s'agit, par exemple, de construire une « cuisine améliorée » sans l'utiliser car elle ne correspond ni aux habitudes, ni aux pratiques des populations⁽⁷³⁾. C'est ce qu'explique une juge de paix de San Miguel : « *Elles font leur petite cuisine améliorée mais elles ne s'accommodent pas pour y cuisiner (...) elles retournent à leur ancienne cuisine et là elles cuisinent. Quand ça se dit que le promoteur va venir et bien elles mettent leur bois tout propre et montre : voilà, elle est là [la cuisine améliorée]* ».

Une autre résistance explicite concerne le pluralisme médical, alliant biomédecine et ethnomédecine.

⁷² Ces résultats sont partagés par Molyneux et Thomson (2011) et Huber et al. (2009).

⁷³ La « cuisine améliorée » est une condition extra-officielle de *Juntos*. C'est un programme du Ministère de Santé visant la construction d'une cuisine en dehors de la pièce de vie afin de la désenfumer. Elle requiert le remplacement du combustible composé de fumier animal par du bois.

Il permet de résister à l'imposition de la biomédecine prescrite par le programme, tel qu'explicité par une bénéficiaire de Juntos : « *Pour le moment, il n'y a pas de médicaments au poste de santé, mais nous cultivons la coca, la feuille est bonne pour les douleurs d'os, et puis pour améliorer notre cerveau* ». En Bolivie, ces pratiques coexistent aussi : « *J'utilise aussi des médecines traditionnelles* ».

Les bénéficiaires refusent de se soumettre entièrement aux conditions qui leur sont imposées de l'extérieur mais s'y frottent afin d'améliorer leur vie quotidienne. Selon Lautier (2009 : 33), elles acceptent et même réclament les aides, mais elles « vomissent la morale et les modes de vie que l'on essaye de leur fourguer avec ». À travers ces différents processus, les femmes remettent en question les représentations des responsables des programmes qui les construisent comme « ignorantes », « passives » et aux pratiques « pré-modernes ». Elles dénoncent donc le néo-colonialisme et les dominations de genre qui s'y entremêlent et se renforcent mutuellement. Elles jouent sur les marges afin de créer des interstices de pouvoir dans lesquels elles peuvent exister en tant que femmes rurales et ethniciées, figure en continuel changement et en renégociation permanente. Ce faisant, elles peuvent améliorer un tant soit peu leurs conditions de vie par l'accès au programme, tout en s'opposant aux représentations les discriminant pour des raisons sociales, ethniques et de genre. Comme le soulignent Borgeaud-Garciandía et al. (2009 : 395), « des espaces de (re)politisation se (re) constituent dans les interstices ne pouvant être colmatés par la domination ».

Conclusion

Même si à court terme ces programmes permettraient l'amélioration des indicateurs de pauvreté (encore faudrait-il les déconstruire) – tel que prétendu par les institutions internationales de développement – les PTC ne luttent pas contre ses causes structurelles, reproduisant le néocolonialisme sexiste. Dans la même veine que les travaux de Gautier (1993) au Mexique, éclairer les écarts entre les objectifs d'une politique de santé maternelle et sa traduction pratique – illustrés ici par les brèches entre les représentations des responsables des programmes et leurs bénéficiaires – permet de mettre en exergue le caractère coercitif de cette politique et la reproduction des rapports inégalitaires de classe, de race et de sexe.

Il est surprenant de constater le silence des responsables des PTC sur la pauvreté des bénéficiaires, pourtant cibles privilégiées de ces programmes justement parce qu'elles sont pauvres. Seule leur volonté et comportement individuels expliqueraient leur impossibilité à se plier aux conditions. À aucun moment n'est questionnée la pauvreté structurelle dans laquelle elles vivent donc leur manque de temps ou les distances à parcourir pour se rendre aux centres de santé.

Remarquons également que si les responsables de PTC mobilisent l'argument ethnique pour dévaloriser les bénéficiaires, ces dernières, sans nier le caractère ethnique des discriminations subies, insistent sur leurs rudes conditions de vie, dont les programmes ne tiennent pas compte. Comme le souligne Ramírez (2009 : 144), si le « culturel » est fondamental, « l'élément qui apparaît central est la violence structurelle du système de santé ». En effet, comme il a été vu, lorsqu'une femme rurale autochtone veut se rendre à un service de santé, elle se heurte à toute une série d'obstacles : transport, coût, attentes, etc. Ces derniers semblent donc bien plus matériels ou sociaux qu'idéels ou culturels (Fassin 2001 : 189). Une fois sur place, les conditions dans lesquelles elles sont reçues laissent à désirer. Les structures de santé sont en effet des lieux privilégiés où s'exprime la violence du néocolonialisme et du sexisme. Agents de santé ou médecins, pour la plupart des hommes identifiés et auto-identifiés comme « blancs » ou « métisses », reproduisent les rapports de domination de classe, de race et de genre à l'encontre des femmes autochtones. Les demandes de respect, de préservation d'une certaine intimité, de traitement digne et d'utilisation de techniques moins agressives ne relèvent pas d'une spécificité culturelle.

Par conséquent, les éléments « culturels » des obstacles au recours aux centres de santé doivent être replacés dans les conditions structurelles qui les sous-tendent. Incriminer la culture des bénéficiaires pour expliquer les problèmes sanitaires permet de ne pas toucher aux relations de domination de classe, de sexe et de race renforcées par le système sanitaire. « C'est blâmer les victimes en occultant les responsabilités de la société et de l'État » (Fassin 2001 : 193). Les femmes bénéficiaires pour leur part dénoncent tant la violence de genre, ethnique que sociale du néocolonialisme sexiste.

Bibliographie

- ARNOLD, D. et al. (1999), *Vocabulario aymara del parto y de la vida reproductiva de la mujer*, La Paz, ILCA, Family Health International.
- BASTAGLI, F. (2009). *From Social Safety Net to Social Policy? The Role of Conditional Cash Transfers in Welfare State Development in Latin America*. Brasilia, International Policy Center for Inclusive Growth. UNDP.
- BORGEAUD-GARCIANDÍA, N., B. et al. (2009), « Conclusion. Penser le politique à l'aune de la dépolitisation », in N. BORGEAUD-GARCIANDÍA et al., *Penser le politique en Amérique latine. La recréation des espaces et des formes du politique*, Paris, Karthala: 389-404.
- BOURDIEU, P. and J.-C. PASSERON (1970), *La reproduction. Eléments pour une théorie du système d'enseignement*, Paris, Les éditions de minuit.
- CECCHINI, S. and A. MADARIAGA (2011), *Programas de transferencias condicionadas. Balance de la experiencia reciente en América latina y el Caribe*, Santiago de Chile, CEPAL, ASDI.
- CVR (2003). *Informe final*. Lima, Comisión de Verdad y Reconciliación.
- CEPAL (2014). *Anuario Estadístico de América Latina y el Caribe de 2013*. Santiago de Chile, CEPAL.
- DESTREMAU, B. and P. SALAMA (2002), *Mesures et démesures de la pauvreté*, Paris, Presses Universitaires de France.
- FAYA ROBLES, A. (2008), « L'« humanisation de l'accouchement et de la naissance au Brésil » : de nouveaux dispositifs de régulation des femmes pauvres? », *Lien social et politiques*, n°59, pp. 115-124.
- FISZBEIN, A., N. et al. (2009). *Conditional Cash Transfers. Reducing Present and Future Poverty*, Washington D.C., World Bank.
- FRANCKE, P. and A. MENDOZA (2006), « Perú: programa JUNTOS », in E. COHEN and R. FRANCO, *Transferencias con coresponsabilidad. Una mirada latinoamericana*, Lima, FLACSO.
- GAUTIER, A. et A. QUESNEL (1993), *Politique de population, médiateurs institutionnels et régulation de la fécondité au Yucatan (Mexique)*, Paris, Institut français de recherche scientifique pour le développement en coopération, El colegio de Mexico.
- JHONSON, B. (2010), « Decolonization and Its Paradoxes: The (Re)envisioning of Health Policy in Bolivia », *Latin American Perspectives*, n°37, (172), pp. 139-159.
- KERGOAT, D. (2009), « Dynamique de consubstantialité des rapports sociaux », dans E. DORLIN, *Sexe, race, classe. Pour une épistémologie de la domination*, Paris, PUF, pp. 111-125.
- LA RIVA GONZALEZ, P. (2000), « Le Walthana Hampi ou la reconstruction du corps, conception de la grossesse dans les Andes du Sud du Pérou », *Journal de la Société des Américanistes*, no 86, pp. 169-184.
- LAUTIER, B. (2009). Le consensus sur les politiques sociales en Amérique latine, négation de la démocratie? *Congrès AFSP. Les politiques sociales: mutations, enjeux, théories*: 1-13.
- MICHAUX, J. (2004), « Hacia un sistema intercultural de salud en Bolivia. De la tolerancia a la necesidad sentida », in G. FERNANDEZ JUÁREZ, *Salud e interculturalidad en América Latina. Perspectivas antropológicas*, Quito, Ahya-Yela, Universidad de Castilla de la Mancha: 107-128.
- MILES, A. and T. LEATHERMAN (2003), « Perspectives on medical anthropology in the Andes », in J. D. KOSS-CHIOINO et al., *Medical Pluralism in the Andes. Theory and Practices in Medical Anthropology and International Health*, London, New-York, Routledge: 3-15.
- Ministerio de Planificación del Desarrollo, (2006). *Plan Nacional de Desarrollo. Bolivia digna, soberana, productiva y democrática para Vivir Bien*, La Paz, Ministerio de Planificación del Desarrollo.
- NAGELS, N. (2011), « Les représentations des rapports sociaux de sexe au sein des politiques de lutte contre la pauvreté au Pérou », *Recherches féministes*, no 24, 2, pp. 115-134.
- NAGELS, N. (2013). *Genre et politiques de lutte contre la pauvreté au Pérou et en Bolivie: quels enjeux de citoyenneté?*, PhD, Genève, Graduate Institute.
- NAGELS, N. (2014), « Programmes de transferts conditionnés au Pérou et en Bolivie: entre ciblage et universalisation de l'assistance sociale », *Revue internationale de politique comparée*, n° 21, p. 111-132.
- NAGELS, N. (2014a), « Social Investment Perspective, Gender and Conditional Cash Transfer Programs in Peru and Bolivia », dans M. ROCHA LUKIC et C. TOMAZINI, *Analyzing Public Policies in Latin America: A Cognitive Approach*, Newcastle upon Tyne, Cambridge Scholars Publishing, pp. 1-24.
- OIT and B. Michelle (2011). *Social Protection Floor for Fair and Inclusive Globalization*. Geneva, Organisation Internationale du Travail.

PLATT, T. (2006), « El feto agresivo. Parto, formación de la persona y mito-historia en los Andes », in G. FERNANDEZ JUÁREZ, *Salud e interculturalidad en América latina. Antropología de la salud y crítica intercultural*, Quito, Ahya-Yela, Universidad de Castilla de la Mancha: 145-172.

QUIJANO, A. (2000), « Colonialidad del poder, eurocentrismo y América Latina », in E. LANDER, *La colonialidad del saber: eurocentrismo y ciencias sociales. Perspectivas latinoamericanas*, Buenos Aires, CLASCO: 201-246.

RADCLIFFE, S. A. (2002), « Indigenous Women, Rights and the Nation-State in the Andes », in M. MOLYNEUX and N. CRASKE, *Gender and the Politics of Rights and Democracy in Latin America*, New-York, Palgrave: 149-172.

ROUSSEAU, S. (2009), « Genre et ethnicité racialisée en Bolivie: pour une étude inter sectionnelle des mouvements sociaux », *Sociologie et sociétés*, n° 41, (2), pp. 135-160.

ROZÉE, V. (2007), « Les patrons culturels du comportement reproductif et sexuel dans les Andes Boliviennes », *Cuestiones del tiempo presente*, n°7, p. 1-13.

SALAZAR DE LA TORRE, C. (1999), *Mujeres ateñas. Espejismo y simulación en la modernidad*, La Paz, Centro de promoción de la mujer Gregoria Apaza.

SKOUFIAS, E. and B. MC CLAFFERTY (2001). *Is PROGRESA Working? Summary of the Results of an Evaluation*, IFPRI. International Food Policy Research Institute.

L'implication des initiatives communautaires dans la protection de la santé au Sénégal

Par M^{me} Juliette Alenda, doctorante au CLERSE, Université Lille 1

Les réformes des couvertures maladies font actuellement beaucoup parler d'elles, dans les pays occidentaux comme dans les pays à faibles revenus, et, dans le cas présent, en Afrique subsaharienne. La santé est une des composantes du développement humain, déterminant du bien-être, qui joue sur les trajectoires individuelles comme collectives. Des systèmes de couverture maladie (protection sociale de la santé basée sur les impôts ou sur des formes assurantielles) existent depuis les années 1950 dans les pays d'Afrique subsaharienne, se basant sur les modèles occidentaux. Seule la population travaillant dans le secteur formel (les fonctionnaires et les salariés du privé) est protégée, celle-ci étant largement minoritaire par rapport au secteur dit informel, que nous nommerons ici économie populaire⁽⁷⁴⁾. En 2010, 48,5 % de la population d'Afrique subsaharienne vivait avec moins de 1,25 dollar par jour d'après les estimations de la Banque Mondiale⁽⁷⁵⁾ et 66 % de l'emploi non agricole était informel en 2012 (BIT, 2013).

Afin de surmonter les défis de la santé en Afrique, des systèmes de couverture maladie de grande envergure se mettent en place dans la région, principalement depuis les années 2000. Les réformes naissantes, bien qu'encore limitées, constituent déjà de grandes innovations techniques et institutionnelles pour ces pays qui cherchent à améliorer la santé, mais également les autres déterminants du développement humain (Dussault, Fournier, Letourmy, 2006). Malgré cela, notamment au Sénégal, la couverture stagne. Face aux nombreuses difficultés, la population (à travers des groupements spontanés, mais aussi à travers

les associations et les groupements religieux) s'implique depuis les années 1980 afin de peser plus significativement dans les politiques de santé. Quelles sont ces diverses expériences? Quel est leur impact dans la prise en charge de la santé? Quelle est leur place parmi les autres acteurs dans le développement du pays? Cet article analysera le rôle particulier des initiatives émanant de la communauté dans la protection sociale au Sénégal et en Afrique subsaharienne du fait de leur histoire (partie 1). Comités de santé gérant les postes de santé, polycliniques communautaires, mutuelles de santé sous diverses formes (partie 2), montrent l'implication des Sénégalais dans la prise en charge de leur santé face à la dualité État/marché (partie 3). Ceci nous amènera à quelques perspectives pour la protection de la santé au Sénégal et ailleurs, ces questions étant transversales dans les autres pays en développement (partie 4).

1. Une évolution du développement nécessitant une approche propre au Sénégal

Le Sénégal, depuis sa colonisation, a connu divers modèles de développement par rapport à la santé notamment. Après la décolonisation, un système fortement étatisé s'est construit. Considérant la santé comme un service public, les pouvoirs publics mettaient en place la gratuité des soins dans un schéma financé en totalité par l'État, centralisé et principalement urbain. L'offre publique fut ainsi développée pendant cette période allant jusqu'aux années 1980. La couverture maladie héritée de la colonisation, protégeant les fonctionnaires, perdura, et les salariés du secteur formel se virent protégés à partir des années 1970 par des caisses spécifiques et autonomes. Mais le pays a connu une dégradation des conditions économiques et sociales, amenant une diminution progressive de la part de l'État dans les dépenses de santé, celui-ci devant faire des choix. Le modèle étatique prit fin dans les années 1980. Face à la dette extérieure du pays, le Sénégal fut le premier pays d'Afrique subsaharienne à mettre en place les Politiques d'Ajustement Structurel (PAS) demandées par les institutions financières internationales. Ceux-ci prévoyaient le retrait de l'État des trop grandes charges, notamment la santé.

⁷⁴ Le concept de secteur informel désigne l'économie inconnue des décideurs publics. Il est caractérisé par des éléments péjoratifs, tels que la petite taille, le non-respect de la législation et une façon de produire non capitaliste (Laville, 2010). Ce secteur est considéré comme l'échec du développement et de ses premières politiques et doit être modernisé. Ce terme constitue de plus une réduction à la seule sphère économique, alors qu'il recouvre des dimensions bien plus larges, couplant l'économique au social, au culturel et au religieux, par la solidarité. Le concept « d'économie populaire » permet la prise en compte de ces différentes dimensions tout en désignant la même population, traversée de valeurs propres (Fall, 2011).

⁷⁵ Disponibles à cette adresse: <http://donnees.banquemondiale.org/theme/pauvrete>

Le paiement direct devint la norme d'un système dominé cette fois-ci par des politiques libérales et se basant sur le marché (Plassart, 2011).

À la suite de ces changements, les ménages devenaient la première source de financement du secteur de la santé au Sénégal, comme dans beaucoup d'autres pays d'Afrique subsaharienne (CAS/PNDS, 2004). Depuis les années 1990, l'État a peu à peu repris de la place dans les politiques de développement de la santé au Sénégal, notamment depuis la transition entamée au début des années 2000, aboutissant aujourd'hui sur la volonté d'une Couverture Maladie Universelle. Cependant, ces modèles de développement de la santé ont échoué. La majorité de la population, n'appartenant pas au secteur formel, ne bénéficie d'aucune couverture maladie institutionnalisée. L'offre de santé présente de nombreuses inégalités géographiques et de qualité. La mise en place du recouvrement des coûts et la réforme des structures sanitaires priorisant l'équilibre financier ont réduit l'accès à la santé pour un grand nombre de Sénégalais (Abt, 2010). Ainsi les modèles se basant principalement sur l'État et le marché n'ont pas connu les résultats escomptés.

La solidarité interpersonnelle a toujours été importante dans la société sénégalaise, ceci étant toujours le cas. Les liens familiaux, le soutien de la communauté, ou l'aide des responsables envers les travailleurs de l'économie populaire, permettent de contribuer à la santé, face à l'absence de la protection institutionnelle. Les aides informelles sont importantes au Sénégal, notamment par les transferts financiers. Dans les années 1990, le BIT montrait que les transferts informels en Afrique orientale comptaient pour environ 32 % du PIB de la zone (Annycke, 2008). Malgré l'importance de ces liens, ceux-ci ne peuvent permettre l'entière prise en charge de chacun. Des initiatives se développèrent à partir des années 1980, afin d'améliorer la situation des personnes exclues de toute couverture maladie et de mieux peser dans les décisions concernant la santé. Les comités de santé ont été créés par l'impulsion de divers acteurs au sein des quartiers (mère de familles, groupes religieux, associations, médecins), avant d'être institutionnalisés et donc mis sous tutelle de l'État. Le premier fut créé à Pikine dans les années 1970, sur le constat du manque de moyens quant à la santé et du manque de prise en compte des besoins des patients dans le contexte de l'époque (Fassin, 1989). Face à des besoins importants et une population ne pouvant accéder aux soins, la mutualité se développe à la fin

des années 1980, représentée d'abord par les associations socioprofessionnelles, socioculturelles, confessionnelles ainsi que les groupements féminins. Ces expériences s'étant développées jusqu'à aujourd'hui, les mutuelles sont devenues l'un des piliers de l'extension de la couverture maladie. L'ampleur des services demandés à la population, aux associations, aux mutuelles dans la prise en charge de la protection sociale à l'heure actuelle a bien évolué depuis les premières politiques de développement.

2. Une organisation de la santé imprégnée de processus démocratiques

Les comités de santé, première expérience communautaire intégrée dans les prises de décisions au niveau local, sont des organisations de type association, appartenant aux structures de santé de la pyramide sanitaire publique sénégalaise (maternités, postes de santé, centres de santé, hôpitaux). La communauté gère ainsi les structures de soins, les ressources (médicaments, ressources humaines) de manière locale dans le cadre de la décentralisation, réellement amorcée au début des années 1990 au Sénégal. Ceci a permis une amélioration de l'accès aux médicaments, dans le choix comme dans le prix, dans les petites structures de soins rurales éparpillées sur le territoire. Les comités de santé comportent une Assemblée générale⁽⁷⁶⁾, composée des représentants des diverses communautés selon l'échelle sanitaire (siégeant et gérant de manière bénévole) : représentants des chefs de villages, des groupements de femmes ou des associations de jeunes pour les postes de santé ruraux, représentants des comités de districts pour les hôpitaux. Les comités ont un rôle primordial concernant la prévention et la santé publique, mais connaissent des nombreuses difficultés. Les travaux préparatoires à la mise en place de la CMU pointent le besoin d'une réforme de ce système connaissant des problèmes de fonctionnalité, de représentation (Diagne, 2011). Il marque toutefois une étape importante dans la prise de parole de la population dans le domaine de la santé, faisant le lien entre les structures et les besoins de populations à proximité.

Un autre système, mis en place au niveau des prestataires de soins, est celui des polycliniques communautaires, comme l'expérimente l'ONG Acdev depuis

⁷⁶ Textes sur l'organisation et le fonctionnement des comités de santé, Édition 1992. URL : <http://rds.refer.sn/IMG/pdf/3a92-01-15comitesanteorgani.pdf>.

1997⁽⁷⁷⁾, en partenariat avec le Ministère et s'appuyant sur la coopération internationale et nationale. Le besoin doit être exprimé par les populations ou les collectivités locales. Le but de ces polycliniques est une meilleure mise en relation entre la demande et l'offre de santé. Le centre, basé dans une zone peu ou mal couverte, est géré de manière communautaire par une ONG ou directement par une association d'usagers, doit s'autofinancer, et est destiné à fournir une plus grande gamme de soins aux populations vulnérables. Ce sont des initiatives qui se concentrent donc principalement sur l'offre de soins, proposant une alternative privée, sur la base de la communauté, à l'offre de santé publique, connaissant de nombreuses disparités sur le territoire. Elles pourraient s'articuler avec des initiatives telles que les mutuelles de santé, cherchant de leur côté à solvabiliser la demande.

Les mutuelles de santé se développent depuis la fin des années 1980, la région de Thiès ayant été pionnière dans le pays. Bien que les recensements soient complexes, le nombre de mutuelles fonctionnelles est passé d'une vingtaine en 1997 (CAFSP, 2008) à environ 200 en 2008 (Villane, Faye, 2008). Les formes sont nombreuses : complémentaires pour le secteur formel déjà protégé, au premier franc pour le reste de la population. Ce second type est le plus étendu, proposant de couvrir un paquet de soins primaires pour les personnes sans aucune couverture. Ces mutuelles au premier franc peuvent être professionnelles (touchant une partie des travailleurs de l'économie populaire avec des professions souhaitant se regrouper) ou communautaires (se basant sur les villages, la géographie, les communautés). Ces dernières sont les plus dynamiques mais aussi celles qui connaissent le plus de difficultés, du fait de leur petite taille et du public visé, aboutissant sur de très faibles taux de cotisations. Les ressources comme les prestations sont donc faibles. Les mutuelles cherchent à organiser de manière communautaire la santé ; par l'amélioration à l'accès aux soins des populations en garantissant au moins les soins primaires ; par un cadre démocratique entre des membres qui sont à la fois bénéficiaires et décisionnaires, permettant la mise en place de liens entre les mutualistes ; dans une optique hybridant donc réciprocité et nécessité de partager le risque. Malgré les difficultés financières et techniques dans la mise en place des contrats, les postes de santé, centres de santé,

hôpitaux, et pharmacies développent des partenariats avec les mutuelles de santé, permettant l'application d'un tiers-payant et une meilleure organisation au niveau des remboursements.

Les groupements de promotion féminine (GPF) sont importants au Sénégal. Les polycliniques établissent des programmes afin de former et de sensibiliser ces femmes qui pourront à leur tour pratiquer de la communication concernant la prévention de la santé. Un réseau de mutuelles de santé à Dakar pratique une approche genrée⁽⁷⁸⁾, se basant sur ces groupements, à partir du constat de la répartition des tâches dans la famille sénégalaise et souhaitant s'adapter au mieux à la façon de fonctionner de la population ciblée. Les GPF, se comptant par milliers dans le pays, se basent à la fois sur une approche sociale et une approche économique ; leurs fonctions sont donc très diverses et permettent une importante dynamique sociale (Badiane, 1995). Ainsi ces diverses formes de regroupements communautaires permettent, conjointement, de faire évoluer la prise en charge de la santé pour le plus grand nombre de Sénégalais. Le but de ces organisations est double : améliorer l'accès aux soins (par la prévoyance, par une meilleure organisation de l'offre) et servir de médiateur entre les pouvoirs publics et les besoins des populations.

3. Une remise en cause de la dualité État/marché ?

La réciprocité et les pratiques d'entraides sont ancrées depuis longtemps dans les sociétés d'Afrique francophone. De réelles formes d'organisations sociales (mutuelles, coopératives, associations) pratiquant la solidarité⁽⁷⁹⁾ se sont révélées face aux difficultés et aux conséquences négatives des divers plans de

⁷⁷ Acdev est une association sénégalaise basée à Dakar, créée en 1991, regroupant des professions diverses, dédiée à la santé et au développement des femmes et des enfants.

⁷⁸ Les études sur le « genre » au sein des sciences sociales se sont multipliées dans les pays développés depuis le milieu du XX^e siècle et se diffusent depuis les années 1990 dans les pays en développement. Le « genre » est une construction sociale déterminant le statut socio-économique attribué aux hommes et aux femmes, ceci dépendant de la société dans laquelle on se place (Fall-Sokhna, Thiéblemont-Dollet, 2009). Ici, l'approche genrée se base sur le fait que les femmes ont souvent en charge l'éducation et la santé de la famille et que l'information des femmes est primordiale pour améliorer le développement humain. Les programmes de santé ciblent généralement en priorité les femmes et les enfants dans les pays en développement.

⁷⁹ Par l'expérience économique et sociale, les acteurs de l'Économie sociale et solidaire amènent une réflexion collective et non individualiste sur la démocratie au sein d'espaces publics autonomes. Cette économie est traversée par la pluralité ; économique, la caractéristique principale étant la restriction de la distribution des profits, en rupture avec l'économie dominante ; démocratique, en cherchant à développer la solidarité grâce à l'égalité et la participation active des membres. Il s'agit ainsi de ramener la démocratie dans l'économie. Cette définition, établie ici à partir des études menées sur les associations notamment occidentales (Laville, 2010), trouve toutefois écho dans les pays en développement à travers les initiatives étudiées ici, se rapprochant de cette définition.

développement, notamment les PAS, devant s'adapter à la dualité imposée entre l'État et le marché et au contexte de forte libéralisation (Atim, 1999). Ces organisations, se développant de plus en plus depuis cette période, s'appuient sur de réels ressorts communautaires, hybrident les ressources, restreignent la distribution des profits aux apporteurs de capitaux, en créant des espaces d'échanges démocratiques pouvant influencer sur les politiques publiques et remettre en cause la dualité État/marché. Cette dualité État/marché a évolué comme nous l'avons vu dans la première partie. Le Sénégal, comme les autres pays d'Afrique subsaharienne, est fortement influencé par les recommandations internationales provenant des organisations des Nations-Unies, des institutions financières internationales, des États pratiquant l'aide au développement. La coopération internationale a renforcé par les plans de développement cette dualité dans la prise en charge de la santé. Mais depuis les années 1990 notamment, celle-ci se tourne vers la montée de la participation communautaire. Cependant, cette participation ne peut suffire à établir un contre-pouvoir par rapport aux acteurs dominants dans l'amélioration de la prise en charge de la santé.

Dans ce cadre de développement mettant en avant la participation communautaire, les mutuelles de santé sont considérées comme des prestataires de services permettant de diversifier les financements de la santé, à la fois par la coopération internationale et les pouvoirs publics. La participation des populations se réduit à la dimension économique, mettant de côté les dimensions démocratiques, sociales, culturelles. Les organisations internationales préconisent depuis le début des années 2000 un système de santé efficient sous la contrainte de l'équité par la mise en

place de « quasi-marchés » de la santé (Tizio, 2004) : si le développement doit s'appuyer sur le marché, ce dernier est inefficace dans la gestion de l'offre et de la demande de santé, celle-ci étant considérée comme un bien (Boidin, 2005). L'intervention de l'État et surtout des initiatives communautaires dans la santé est ainsi justifiée comme réparatrice des conséquences de la mise en place du marché, et non comme une alternative économique et sociale remettant en cause la dualité État/marché. Les ONGD (Organisation Non Gouvernementales pour le Développement) ont également tendance à devenir de plus en plus dépendantes des bailleurs de fonds, s'imprégnant fortement des valeurs et des formes d'action existant dans les pays donateurs, et s'éloignant des besoins réels de la population (Castel, 2007). Les groupements féminins sont aussi concernés, divisant des GPF traditionnels et d'autres adaptés aux conditions et objectifs des ONG (Piroux, 2006). Les objectifs fixés par les divers acteurs impliqués dans le développement divergent, débouchant sur une stagnation de la couverture maladie.

(Voir tableau 1)

Les données datent de l'inventaire de 2003, actualisées selon le taux de croissance de la population⁽⁸⁰⁾. Il est à noter que les prestations spécifiques comme les accouchements, césariennes ne sont pas prises en compte dans ce tableau.

Ce tableau détaille les formes de couverture maladie qui cohabitent au Sénégal. Les régimes obligatoires

⁸⁰ Depuis l'évaluation de la CAFSP effectuée en 2007, aucune autre actualisation n'a encore été effectuée, et les estimations tournent toujours autour des 20 %.

Tableau 1 : Système de couverture maladie au Sénégal et estimation du nombre de personnes couvertes en 2007

Type de régime	Personnes couvertes	Organismes gestionnaires	Nombre bénéficiaires	Part de la population couverte
Régime non contributif	Agents de l'État	Min Finances	817 193	7,35 %
	Les personnes âgées de plus de 60 ans. Plan SESAME	Etat & IPRES	555 690	4,87 %
	Les étudiants	COUD	33 000	0,30 %
Régimes contributifs volontaires	Membres des mutuelles de santé	mutuelles de santé	421 670	3,79 %
	Souscripteurs à une assurance santé privée	Assureurs privés	24 500	0,22 %
Régimes contributifs obligatoires (IPM)	Salariés du secteur privé	IPM	400 149	3,60 %
TOTAL			2 252 202	20,13 %

Source : Cellule d'Appui au Financement de la Santé et au Partenariat, 2008.

se basent sur une forme nationale (basée sur l'impôt) pour les fonctionnaires, une assurance sociale (basée sur les cotisations) pour les salariés du secteur privé et sur des politiques d'assistance, de gratuité. Les régimes volontaires comprennent les mutuelles de santé complémentaires, communautaires et les assurances privées. Les niveaux de couverture varient; les soins de santé primaires sont garantis au sein des mutuelles au premier franc (consultation, médicaments génériques, hospitalisation, échographies); les fonctionnaires ont accès à tous les services des structures agréées, appliquant un ticket modérateur, mais doivent payer les médicaments; les salariés du privé ont une couverture différente selon l'entreprise. Ce tableau permet de constater que les mutuelles de santé couvrent d'ores et déjà plus de personnes que les IPM, marquant leur importance progressive au sein de la couverture maladie au Sénégal. Toutefois, elles rencontrent une faible adhésion par rapport à l'importance du public ciblé, c'est-à-dire l'économie populaire, largement majoritaire. Les difficultés techniques et institutionnelles sont nombreuses au sein des mutuelles de santé: problèmes de financement, de gestion, d'attractivité du paquet de soin (l'offre étant elle-même limitée), de représentation par rapport aux autres acteurs tels que l'État et les organisations internationales, d'absence de cadre institutionnel au sein du Sénégal. La remise en cause de la dualité État/marché par les diverses initiatives, mettant en avant le partage et la solidarité, est complexe dans la mesure où ces acteurs ont des poids différents dans la prise de décisions.

4. Perspectives

Coupler ces diverses initiatives, traversées par des valeurs pouvant permettre de rassembler une Économie sociale et solidaire (ESS) sénégalaise, pourrait amener une meilleure prise en compte des besoins de la population, vers une participation réellement communautaire et démocratique. En raison d'une crise des valeurs au sein de la société sénégalaise, face à l'imposition de valeurs occidentales depuis les années 1980, ces initiatives cherchent à retrouver, à recréer des valeurs propres dans leur manière de s'organiser par rapport à la santé, au travail, au développement (Fall, 2011). Cette ESS regroupe des formes hétérogènes, dans le fonctionnement comme dans les origines (groupements spontanés de la population, association, groupements religieux, etc.). Bien que les mutuelles soient les initiatives les plus connues, se concentrant sur le côté demande, les expériences se multiplient du côté de l'offre, afin de mieux gérer les infrastructures de santé, d'améliorer la qualité de l'offre

de soins. L'extension de la couverture maladie ne peut se faire dans une amélioration de l'offre (Meessen, Van Damme, 2005). L'émergence de l'ESS par rapport à la couverture maladie et à l'amélioration de l'offre de soins au Sénégal peut se mettre en perspective au regard de l'innovation sociale apportée et l'utilité sociale retirée. L'innovation sociale est mise en avant par rapport à la reconnaissance de l'ESS, notamment dans les pays occidentaux, en lien avec l'innovation technologique en ce qui concerne les industries. Elle consiste à mettre en place des manières alternatives de produire, d'échanger, de gérer des biens communs comme la santé dans notre cas, permettant aussi de répondre à des nouveaux besoins (Chibani-Jacquot, Frémeaux, 2013). Selon Jean Gadrey, l'utilité sociale retirée des acteurs de l'ESS se situe au niveau des réductions des inégalités économiques et sociales, de la solidarité, du développement humain, de la richesse économique créée et de l'apport à un territoire⁽⁸¹⁾.

Les mutuelles, les polycliniques, les groupements de personnes au Sénégal mettent en avant une manière originale pour la société sénégalaise d'organiser la santé, dans le but de réduire les inégalités concernant l'accès aux soins, par la solidarité entre des communautés de quartiers ou de villages, malgré les difficultés encourues dans la réalité. En effet, ces initiatives oscillent entre avancer avec l'État ou sans lui, dans la mesure où l'État lui-même a du mal à se positionner. La dynamique mutualiste, de son côté, stagne depuis l'expansion des années 1990. Face à cela, de nouvelles expériences émergent. Des mutuelles de grande envergure se développent, comme les mutuelles professionnelles déjà abordées (par exemple, la mutuelle Transvie pour les routiers sénégalais). Pour avoir plus de poids politiquement, partager les expériences et faciliter la formation, des unions de mutuelles se créent également. Le couplage avec le microcrédit ou des activités génératrices de revenus se met aussi en place progressivement, avec plus ou moins de réussite.

Si les initiatives communautaires gagnent en importance dans le secteur de la santé, c'est également le cas pour d'autres secteurs aussi bien au Sénégal que dans les autres pays en développement, bien que la coordination avec l'État et le marché soit parfois complexe. Les interactions dépendent des régions.

⁸¹ *L'utilité sociale des organisations de l'économie sociale et solidaire. Une mise en perspective sur la base de travaux récents*, Rapport de synthèse pour la DIES et la MIRE, Programme de recherche « L'économie sociale et solidaire en région », février 2004.

Concernant les ONGD par exemple, elles sont bien plus impliquées dans la protection sociale en Afrique subsaharienne qu'en Amérique Latine, où l'État a un rôle prépondérant ; dans des situations plus complexes, comme en Afghanistan ou en Somalie, elles sont les principales garantes de la protection de la santé et d'autres risques sociaux (Castel, 2007). Concernant les mutuelles communautaires, bien qu'anciennes en Amérique latine (XIX^e siècle), l'évolution des actions de l'État a abouti sur des mutuelles désormais surtout complémentaires, alors qu'elles prennent en charge au premier franc en Afrique subsaharienne, et notamment en Afrique de l'Ouest avec des pays comme le Rwanda ou le Ghana déjà bien engagés dans l'extension de la couverture maladie par la mutualité.

Les regroupements des initiatives communautaires, adoptant des formes d'économie sociale telles que les coopératives, les associations, les mutuelles, sont très hétérogènes, couvrant les services, la culture, l'emploi, etc. Dans notre cas, la participation des populations dans une prise en charge locale de la santé, au niveau de la demande comme de l'offre, pourrait permettre une meilleure compréhension entre les politiques de développement et les sociétés. Souvent les recommandations internationales ne sont pas facilement appropriées par les acteurs locaux qui doivent prendre en compte les contraintes sociales, économiques et culturelles. Face aux échecs des précédents plans de développement, les initiatives communautaires pourraient donner une direction au développement adaptée à chaque culture locale, rompant avec le fait qu'au contraire les spécificités locales doivent être gommées pour atteindre un idéal, en Afrique subsaharienne comme ailleurs. Il ne s'agit pas de supprimer les compétences de l'État et du marché, ainsi que des bonnes pratiques émanant d'expériences internationales par rapport au développement, mais d'amener un processus qui soit co-construit entre les divers acteurs impliqués.

Bibliographie

ABT, USAID, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA PRÉVENTION, AFRICARE, GROUPE ISSA, HKI, 2010, *Atelier national de concertation sur la Stratégie nationale d'extension de la couverture du risque maladie au Sénégal*, USAID, Rapport de synthèse des travaux, Saly, Mbour.

ANNYCKE P., 2008, *Sénégal, l'analyse des prestations et des indicateurs de résultats de la protection sociale*, Publication du Bureau International du Travail, Genève.

ATIM C. (1999), « L'émergence d'un mouvement mutualiste au Sud », in DEFOURNY J., DEVELTERE P. ET FONTENEAU B., *L'économie sociale au Nord et au Sud*, Paris et Bruxelles, De Boeck.

BADIANE C. (1995), « Réseaux et accès à la décision : l'exemple des groupements féminins au Sénégal ». In PREISWERK Y., MILBERT I. éd. : *Femmes, villes et environnement*, UNESCO, IUED, DDACE.

BIT (2013), *Mesurer l'informalité : manuel statistique sur le secteur informel et l'emploi informel*, Bureau International du Travail, Genève.

BOIDIN B (2005), « La santé : approche par les biens publics mondiaux ou par les droits humains ? », *Mondes en développement*, no 131, pp. 29-44.

CAFSP (2008), *Stratégie nationale d'extension de la couverture du risque maladie des Sénégalais (Partie 1, Estimation de la couverture du risque maladie)*. [En ligne], mis à jour en 2010, consulté le 18 juin 2014. URL : <http://www.coopami.org/>.

CAS/PNDS (2004), *Plan stratégique de développement des mutuelles de santé au Sénégal*, Ministère de la Santé.

CASTEL O. (2007) « L'économie solidaire : nouvel acteur de la protection sociale dans les pays du Sud », in TSAFACK NANFOSSO R. A., *L'Économie Solidaire dans les Pays en Développement*, Paris, L'Harmattan.

CHIBANI-JACQUOT P., FRÉMEAUX P. (2013), « L'innovation sociale, R&D de l'économie sociale et solidaire », *Alternatives Économiques Poche*, n° 62.

DIAGNE M. (2011), *Relance du développement local au Sénégal*, Harmattan Sénégal.

DUSSAULT G., FOURNIER P., LETOURMY A. (2006), *L'Assurance maladie en Afrique francophone : améliorer l'accès aux soins et lutter contre la pauvreté*, World Bank Publications.

FALL M. A. (2011) *Saint-Louis du Sénégal : et si le développement n'était qu'une chimère ?* L'Harmattan, Paris.

FALL-SOKHNA R., THIÉBLEMONT-DOLLET S. (2009), « Du genre au Sénégal », *Questions de communication*, n° 16.

FASSIN D., FASSIN É. (1989) « La santé publique sans l'État? Participation communautaire et comités de santé au Sénégal », *Revue Tiers-Monde*, tome 30, n° 120.

LAVILLE J-L., 2010, *Politique de l'association*, Seuil, Paris.

MEESEN B., VAN DAMME W. (2005), « Systèmes de santé des pays à faible revenu : vers une révision des configurations institutionnelles? », *Mondes en développement*, n° 131.

PIRAUX J. (2000), « Groupements de femmes rurales au Sénégal. Espaces de liberté ou plates-formes pour le changement? », *Bulletin de l'APAD*. [En ligne], mis en ligne le 9 avril 2006, consulté le 25 juin 2014. URL : <http://apad.revues.org/230>

PLASSART A. (2011), « La protection sociale : un enjeu mondial? ». In Kerouedan D. : *Santé internationale. Les enjeux de santé au Sud*, Presses de Sciences Po.

TIZIO S. (2004), « Entre état et marché. Une nouvelle régulation sanitaire pour les pays en développement? », *Revue Tiers-Monde*, n° 179.

VILLANE C., FAYE M. (2008), « Les mutuelles de santé, un outil d'extension de la couverture du risque maladie au Sénégal ». In : Forum Kurukan Fugan éd. : *Guide des initiatives santé*, Dakar.

Les brèves des Cahiers

Baromètre de l'action sociale locale 2014 montre l'aggravation de la crise

L'Uncass a présenté le baromètre de l'action sociale locale 2014. « Pour la 6^e année consécutive », 68% des CCAS notent une hausse des demandes d'aides. 88 % d'entre eux soulignent les « difficultés quotidiennes » à l'origine des demandes d'aides financières et 48 % estiment que les ménages en difficulté renoncent à des dépenses de santé. Cette proportion atteint même 64 % dans les villes de plus de 10 000 habitants. L'accès aux soins est cité comme « une priorité du mandat actuel » par 36 % des CCAS (56 % dans les territoires de plus de 30 000 habitants). Signalons par ailleurs : **3,8 millions** de prestations d'aide sociale attribuées par les départements en 2013. Une hausse de **4 %** due à l'accroissement du nombre de bénéficiaires d'aides (+8 %) et des effectifs du RSA (données Dress).

Résultats 2013 de l'Observatoire national de la petite enfance

La Cnaf a publié le 9^e rapport de l'Observatoire national de la petite enfance. Au 1^{er} janvier 2014, près de 2,4 millions d'enfants de moins de 3 ans sont recensés. Le taux d'emploi des mères de familles monoparentales est de 50 % contre 75 % pour les mères en couple. Pour 2012, l'ensemble des modes d'accueil représentait un potentiel de 53,9 places pour 100 enfants. Les assistant(e)s maternel(le)s ont la capacité la plus importante (31,6 %, soit une augmentation de 6 points par rapport à 2008), suivis par les crèches (16,5 %), les écoles maternelles (2 %) et enfin les salarié(e)s à domicile. Ceci avec de fortes disparités géographiques (les régions les mieux dotées sont la Bretagne et les Pays-de-Loire). En 2013, les parents restent les principaux intervenants dans la garde du lundi au vendredi, de 8h à 19h (61 %), un niveau important mais en recul depuis 2002 (-9 points), y compris pour les parents ne travaillant pas à temps complet (76 % en 2013 contre 85 % en 2002). À noter également une contribution de l'Acoss selon laquelle le nombre d'employeurs directs d'assistantes maternelles stagne (1,10 million), tandis que le nombre de salariés diminue (355 719) tout comme le volume horaire déclaré (1,20 million). La situation s'aggrave dans l'indifférence des pouvoirs publics. À quand la création d'un service national de la petite enfance qui réponde aux besoins des familles ?

Vers une pseudo-baisse des dépassements d'honoraires ?

Les dépassements d'honoraires « abusifs » seraient en baisse selon un pré-rapport de l'Assurance maladie selon lequel 29 000 médecins pratiquant des honoraires

libres les auraient « légèrement » diminués depuis le début de l'année. Les dépassements sont ainsi passés de 55,1 % du tarif sécurité sociale en 2013 à 54,5 %. Par ailleurs, les professionnels de santé ayant reçu au moins un avertissement pour dépassement « excessif » ont réduit leurs honoraires en moyenne de 24,4 %. Rappelons que les honoraires considérés comme abusifs sont ceux qui dépassent de plus de 150 % le tarif conventionnel soit par exemple 57,50 euros pour une consultation de médecine générale à 23 euros !

Les rendements d'épargne retraite montrent que la capitalisation ne tient pas ses promesses

Le groupe d'experts de Better Finance for all publie son rapport 2014 sur les rendements réels de l'épargne retraite en UE. 8 pays sont passés au crible dans une analyse pointue de 200 pages avec des monographies nationales. La notion de rendement net vise le chiffre final à la hausse, voire à la baisse, des placements des salariés, particuliers, voire des entreprises une fois l'inflation prise en compte, les taxations sociales et fiscales et les frais de gestion des dispositifs. Un massacre ! Les meilleurs ? Le Danemark et la Pologne avec 3,8 et 4,7 % annuel sur la période de 2000 à 2013. Les pires, l'Espagne, l'Italie avec des rendements négatifs. La France est au milieu avec un rendement moyen de 0,9 % par an sauvée par l'assurance vie et encore... Notons : -16 % pour le Corem depuis 2000, -15 % pour la Préfon. Le CRH ? Pas d'info... N'est-ce pas ce que nous avons annoncé ?

État des lieux des remboursements de soins du régime général

Sur les trois premiers trimestres 2014, les remboursements du régime général progressent de 2,9 %. Les dépenses de soins de ville s'accroissent de 3,6 %, et de 3,3 % en rythme annuel. Les remboursements de soins des médecins et dentistes enregistrent une hausse de 2,8 %. Les remboursements de soins de médecine générale progressent ainsi de 3,4 %, sous l'effet des mesures tarifaires entrées en vigueur depuis juillet 2013 (forfait médecin traitant). Pour la médecine spécialisée la croissance est de 2,9 %. Côté médicaments, léger recul pour les substances délivrées en ville : -0,3 %. En revanche, les remboursements des médicaments rétrocédés continuent à augmenter « sous l'effet des nouveaux traitements de l'hépatite C ». Pour l'ensemble des médicaments, l'évolution atteint +3,6 %. Pour les établissements de santé publics, les versements progressent de 1,7 % ; 3,4 % dans le privé ; 3,6 % dans le médico-social et +4,2 % pour les structures destinées aux personnes âgées.

Les notes de lecture

Note de lecture par Jacques Bénézit :

« Aux sources de la démocratie sanitaire »

Paul Cesbron, Le Temps des Cerises, 304 pages

Une bouffée d'oxygène

L'exigence de la démocratie sanitaire s'affirme désormais avec force. Hommes politiques, professionnels de santé, médias ou « experts », tous (ou presque) y vont de leur plume ou de leur « talent » oratoire pour nous en expliquer leur conception : dans un contexte où l'économie est « malade » la santé devrait se mettre à la « diète » et les citoyens usagers ne devraient réfléchir et débattre de ces questions que dans le cadre de la divine « réduction des dépenses ». Dans ce climat idéologique, où tout est mis en œuvre pour nous convaincre qu'il n'y a rien d'autre à faire que de subir, la publication du livre de Paul Cesbron nous apporte une bouffée d'oxygène. Son choix de libérer les besoins sanitaires et démocratiques des pressions exercées par des intérêts privés, nous laisse entrevoir des pistes possibles de progrès et de développement humain.

Tantôt en philosophe, parfois en historien mais toujours avec le regard du professionnel de santé l'auteur, nous retrace, depuis plus de 2000 ans, l'histoire d'une lente transformation du paysage démocratique et de l'aspiration à des pratiques médicales nouvelles. Un rapport évolutif, contradictoire, qui prend appui sur le développement des capacités humaines et des rapports sociaux.

En pleine effervescence de la pensée grecque, Hippocrate en repoussant toute sollicitation à la « bonté des dieux » a été le précurseur de la médecine rationnelle. L'éthique qu'il a développée s'impose toujours dans la pratique de la médecine. L'influence du christianisme et de son royaume du « Dieu fait Roi » modifiera quelque peu la donne. L'étude se concentre alors sur la théologie et la médecine savante se transforme en « charité » et en compassion. La guérison de l'âme et la guérison de la maladie doivent avancer d'un même pas. Au début de l'an 1000, avec Averroès, Avicenne et les autres... Les penseurs musulmans reprendront l'idée helléniste et hippocratique que la souffrance est une réalité humaine, qu'il faut chercher à comprendre en dehors de tous rapports avec les dieux ou les malédictions divines. Mais l'influence de la religion n'est pas propice à cette avancée rationaliste.

L'esprit des Lumières et de la Révolution bouleversera ce paysage. Ainsi dans les cahiers de doléances, le peuple exprime avec force tout l'intérêt qu'il porte à la santé publique, associant très souvent dans ses plaintes les maltraitances sociales et les maladies (formation des médecins, lieux d'accueil plus nombreux pour les malades, les accouchements, les pauvres, les indigents, les malades mentaux y sont évoqués...). En même temps les connaissances scientifiques progressent. Lamarck parle de la transformation des espèces, Lavoisier a fait évoluer la compréhension physico-chimique de la respiration, Galvani et Volta prouvent le caractère électrique de l'activité nerveuse et neuromusculaire, grâce à la pratique des autopsies ; la connaissance organique des maladies se précise... Le combat de Xavier Bichat pour l'association de l'étude de la pratique et de la théorie médicale aboutira à la création de trois écoles de santé. Ce quart de siècle (1789-1815), « équivalent à plusieurs siècles », écrira Châteaubriant, apporte des avancées notoires pour la santé publique. Au XIX^e siècle l'hygiénisme développé par Villermé montrera avec précision le lien entre maltraitance du corps et dégradation de la vie sociale. La perception, que les conditions de travail et de vie infligées aux peuples ouvriers sont pathogènes, progresse malgré le poids de l'idéologie malthusienne de l'époque.

Les dures conditions d'exploitation et la socialisation du travail contribueront à la prise de conscience de l'existence d'intérêts communs et du nécessaire développement de solidarités ouvrières. Dans ces combats, les médecins ne semblent pas tous avoir pris la mesure de l'enjeu souligne le livre. Le Front populaire et la Libération seront également de grands moments dans l'amélioration de la santé publique. La mise en œuvre du programme du Conseil National de la Résistance (CNR) notamment avec la création de la Sécurité sociale et l'élection d'un collège ouvrier et patronal au conseil d'administration des caisses, apportera une avancée démocratique considérable.

Ainsi la démocratie sanitaire est-elle l'expression d'une longue histoire de solidarité et de luttes contre l'inégalité face à la souffrance et à la mort. Et ce combat prend de l'ampleur au fur et à mesure que les possibilités de soigner et de guérir grandissent.

Dans la France des années 2000, les progrès de la médecine dus notamment au développement du numérique et de l'informatique ont considérablement fait progresser les connaissances biologiques

et médicales, et les capacités à soigner. Le scanner, l'IRM, l'échographie... Autant d'instruments radiologiques qui visionnent avec précision l'intérieur du corps humain. La chirurgie et la microchirurgie avancent chaque jour dans leur capacité à réaliser des prouesses... Et pourtant de plus en plus de personnes sont aujourd'hui contraintes de renoncer aux soins faute de moyens financiers; des hôpitaux, soumis à loi Bachelot, HPST, se regroupent, réduisent le temps d'hospitalisation, ferment des lits ou licencient du personnel soignant, pour s'adapter aux critères de rentabilité; Il manque de médecins... Les inégalités sanitaires se creusent. Pourtant les ministres, les directeurs d'Agence Régionale de Santé, les « experts » en tout genre, ne cessent de nous convaincre que nous dépendons trop pour notre santé. Alors que de l'autre côté de la barrière sociale les dividendes versés aux mastodontes du CAC 40 ne cessent de croître et que leur part de cotisation sociale est en constante diminution.

La démocratie sanitaire dit l'auteur exige de rétablir ce qui existait à l'origine de la sécurité sociale: le versement des cotisations patronales et salariales directement liés aux richesses produites pour assurer la totalité des dépenses de santé. Paul Cesbron reprend à son compte l'argument de Frédéric Pierru selon lequel « *il n'y a de déficit de la sécurité sociale qu'en raison de l'insuffisance des recettes.* »

Les citoyens-usagers, selon la formule employée par l'auteur, ont raison d'être insatisfaits et de l'exprimer, « *la fonction première de la démocratie (c'est) sa force critique en l'absence de laquelle il ne peut y avoir de progrès.* » C'est pour freiner toute contestation que la bataille idéologique tente d'entretenir le fatalisme. Son objectif: casser le droit à l'accessibilité aux soins et faire de la santé une marchandise comme une autre. Le citoyen deviendrait alors un simple consommateur des services médicaux avec un reste à charge de plus en plus important et l'obligation de recourir aux assurances privées pour une aide éventuelle.

L'expérience a montré que la santé de chacun dépendait de la mobilisation de tous et qu'en ce domaine, comme dans d'autres d'ailleurs, la délégation de pouvoir n'était la bonne solution. « *La France... a un très grand nombre de partis politiques, de syndicats et d'organisations diverses dont la forme la plus récente est associative... (les associations) ont le plus souvent au sujet de la santé une origine liée à des injustices sociales qui ont créé directement, ou non, de la souffrance.* » C'est dans ces circonstances que se sont créés des regroupements pour la défense des mineurs, pour les salariés utilisant

de matières dangereuses (amiante, plomb uranium), contre les mauvaises conditions de travail (du management, le harcèlement, la souffrance...), pour les malades atteints d'Alzheimer ou de Parkinson. Très faibles jusqu'au XIX^e siècle ces associations de défense des citoyens-usagers n'ont cessé de se développer sur des sujets aussi divers que les accidents ou les erreurs thérapeutiques, les infections nosocomiales, mais aussi le Sida, le sang contaminé, les prothèses mammaires, le Médiateur... et sur bien d'autres problèmes « *d'empoisonnements collectifs consécutifs à la recherche du profit.* » Bien souvent cette indignation raisonnera jusque devant les tribunaux. « *Bref, il y a sinon de la suspicion, du moins de l'inquiétude dans une société où le sentiment dominant est que pourtant tout pourrait aller mieux.* »

Paul Cesbron, aborde également, avec beaucoup d'humanité, l'engagement des associations de personnes handicapées ou en perte d'autonomie qui luttent pour le respect de la dignité de la personne humaine y compris face à la mort et il s'appuiera sur toutes les connaissances d'un gynécologue obstétricien pour montrer avec force et conviction l'exemplarité du combat des mouvements féministes pour les progrès de l'égalité hommes-femmes et la reconnaissance des femmes à disposer de leur corps.

« *La démocratie sanitaire est aujourd'hui une forme de mobilisation populaire qui peut et qui veut participer à l'élaboration des politiques de santé et pour certains à leur gestion* » affirme l'auteur qui prédit aux associations un rôle de plus en plus important, aux côtés des partis et syndicats ou seules. Mais attention, met-il également en garde, les pratiques de « lobbying » peuvent parfois polluer ou instrumentaliser ces mouvements de résistance. « *C'est au mouvement associatif de construire ces propres outils et d'en assurer son indépendance.* » Pour que ces associations puissent davantage peser auprès des instances gouvernementales et administratives ne serait-il pas souhaitable qu'elles se rapprochent en créant une organisation nationale des Associations s'interroge l'auteur? À quand l'organisation d'une Conférence Nationale des Associations citoyennes de la Santé? Les subventions nécessaires au fonctionnement de cet organisme pourraient être prélevées sur les milliards de dividendes distribués aux actionnaires des groupes pharmaceutiques. Et pourquoi ne pas créer des structures de base au niveau des départements et des régions, indépendantes des ARS? « *Car il va aussi falloir lutter et créer quotidiennement* » contre les restrictions des dépenses que voudront imposer les ARS et « *poursuivre le difficile travail d'unité avec les soignants*

et les syndicats... en respectant les diversités d'analyses et de rôles ». Autre suggestion: l'expérience des individus dans le mouvement associatif est d'une richesse incontestable de savoir, appelé « *savoir profane* ». Pourquoi ne pas profiter davantage de leur témoignage et de leur connaissance pour aider à la formation des soignants? On l'aura compris, ce livre milite pour une représentation des citoyens-usagers partout où les décisions se prennent, partout où leur présence peut-être utile à une meilleure prise en compte des besoins sanitaires. Une réflexion qui s'inscrit clairement dans une perspective d'émancipation humaine. Une autre bouffée d'oxygène!

« Les Centres de Santé: une géographie rétro prospective »

Pr Emmanuel Vigneron

NDLR: Nous donnons ici deux notes de lecture sur l'ouvrage controversé d'Emmanuel Vigneron, une du D^r Richard Lopez et du D^r Hélène Colombani, Président & secrétaire de la Fédération nationale des centres de santé et une du D^r Alain Beaupin, médecin directeur du CMS de Vitry

Note des Dr Lopez & Colombani:

Un travail profondément humain et d'une rigueur scientifique. Publiée par la FEHAP, l'étude place le centre de santé dans l'histoire médicale et sanitaire de France. Structure inséparable de son gestionnaire, le centre de santé prend ses racines dans le développement de « la médecine sociale » et la pensée hygiéniste, en ce qu'il porte une particulière attention aux liens existants entre la santé des individus et l'environnement social, entendu au sens large. Contrairement au titre de l'ouvrage qui peut laisser penser qu'il s'agit d'un livre technique et austère, cette étude est menée avec érudition et humanisme et captive l'attention de ses lecteurs, même étrangers aux centres de santé. C'est véritablement une mine d'informations et de réflexions pour tous ceux que les questions sociales et sanitaires intéressent. Au terme d'un développement rigoureux et très documenté l'auteur livre une série de recommandations: « Treize leviers pour un changement réel », visant au développement des centres de santé, développement nécessaire, voire indispensable,

dans une série de territoires dont il dresse une cartographie. La FNCS voit ses orientations confortées.

Cet ouvrage constitue pour la FNCS une reconnaissance du bien-fondé des propositions qu'elle formule, souvent depuis bien des années, pour les structures qu'elle fédère:

- Prévention et promotion de la santé, indissociables de la participation des usagers
- Construction d'une territorialisation de la santé, pour une politique d'accès aux soins.
- Articulation entre centres de santé et structures médicales, sociales et médico-sociales.
- Terrains de stage pour les étudiants en médecine, dentaire et paramédical, avec développement d'un véritable enseignement de médecine sociale dans les universités.
- Mise en œuvre des recommandations du rapport de l'IGAS de juillet 2013, notamment sur la réforme de leur financement.

L'histoire démontre que seule une forte volonté politique permettra d'enrayer le déclin du système de soins primaires que connaît notre pays. La FNCS considère que les négociations conventionnelles propres aux centres de santé, intégrant leur rémunération d'équipes, ainsi que la future loi de santé, doivent donner un nouveau souffle aux soins primaires et permettre la mise en œuvre des mesures proposées dans l'ouvrage. Cette « révolution du premier recours » doit faciliter la création des nouveaux centres que la FNCS accompagne, dans les zones urbaines sensibles et plus récemment, dans les zones rurales fragiles ou à l'initiative d'hôpitaux.

La FNCS demande l'organisation d'une concertation pour que soient rapidement implantés les 400 centres de santé dans les cantons identifiés.

Note du Dr Beaupin:

À l'occasion de son dernier congrès réuni les 26 et 27 novembre 2014 à Deauville⁽⁸²⁾ la FEHAP a édité un ouvrage consacré aux centres de santé, sous la signature d'Emmanuel Vigneron, géographe de la santé. L'ouvrage a rencontré un certain écho dans la presse spécialisée, notamment en raison de sa préconisation phare, celle de créer 400 centres de santé.

On ne peut que louer l'auteur pour ce parti pris fort, à rebours de l'action publique actuelle. L'ouvrage

⁸² http://congres.fehap.fr/jcms/ndi_64676/le-congres-2014

et son auteur ont clairement choisi leur camp, celui d'une politique alternative au libéralisme et à l'individualisme. Ils s'inscrivent dans le débat public avec une position politique affirmée. C'est donc cette position politique que nous choisirons de mettre en débat dans cette note de lecture.

L'auteur inscrit ses pas dans le mouvement social qui se reconnaît dans les valeurs de solidarité. Le lecteur amateur de curiosités se réglera des nombreuses citations et des multiples documents iconographiques évoquant les politiques hygiénistes du début du XX^e siècle. L'une des figures marquantes est représentée par celle du Dr Robert-Henri Hazemann directeur du bureau d'hygiène et du dispensaire de Vitry-sur-Seine, mais aussi militant communiste et chef de cabinet technique du ministre de la santé sous le Front populaire. L'ouvrage s'inscrit donc dans une filiation politique clairement annoncée.

Pour autant, il prend le parti de centrer son propos sur un seul objet, le centre de santé comme mode de dispensation des soins au niveau territorial. Mirko Grmek avait été plus prudent en son temps. Celui qui reste un des grands historiens de la pensée médicale avait pris soin de préciser, en introduction à son « *Histoire de la pensée médicale en occident*⁽⁸³⁾ », n'aborder l'histoire des hôpitaux que dans la mesure où ces institutions avaient exprimé ou influencé la pensée médicale de leur temps. Le plaidoyer d'Emmanuel Vigneron en faveur des centres de santé aurait été plus convainquant s'il s'était attaché à décrire la synergie entre le projet médical de l'équipe et le projet social du promoteur du centre de santé. L'auteur a en effet limité son propos à la description du centre de santé comme un support, habillé des idées sociales d'une période communiste qui s'arrête approximativement au retour d'URSS d'André Gide⁽⁸⁴⁾, vu en quelque sorte comme un contenant au sein duquel se dérouleraient de mystérieuses alchimies médicales, apparemment satisfaisantes, mais dont la compréhension serait sans importance.

En choisissant implicitement cette position, il s'expose à inscrire son propos dans une utile mais très classique action de lobbying, servant non sans talent les intérêts de ses commanditaires. Ceci explique probablement l'impasse faite par l'auteur sur la plupart

des actuels débats au sein du mouvement des centres de santé, dont l'origine remonte à la seconde moitié du XX^e siècle. On ne trouvera rien sur l'expérience mutualiste de Marseille⁽⁸⁵⁾ menée par les deux grandes figures que furent Louis Calisti le mutualiste et Jean-François Rey le médecin généraliste. Ils ont construit un modèle fondé sur la rencontre entre un projet social et un projet médical dont bien des enseignements restent encore à tirer. Rien non plus sur les pionniers des centres de santé municipaux comme un Georges Godier, un Victor Laffitte ou une Elsa Rustin. Rien non plus sur un Claude Meyroune et son action en faveur des survivants de la déportation. Plus près de nous on ne trouvera pas mention des apports d'un Marc Schoene dans les débats autour de la notion de santé communautaire. Le congrès national des centres de santé, vitrine des centres de santé depuis plus de 54 ans, est réduit à une simple note de bas de page⁽⁸⁶⁾. L'honnêteté nous oblige cependant à reconnaître que l'auteur de ces lignes est cité dans l'ouvrage, bien que ce soit dans une discipline pour laquelle ses talents n'étaient pas les plus reconnus jusqu'ici, sauf aux yeux de ses proches, à savoir la photographie de rue⁽⁸⁷⁾.

C'est ainsi la limite de l'ouvrage : à borner son regard à l'emballage, il peut donner l'impression de tenir le contenu et les professionnels qui le produisent pour négligeables. À la décharge de l'auteur on relève l'absence, ou presque, de professionnels de santé en exercice parmi la liste des personnes dont il a pris les conseils⁽⁸⁸⁾.

Outre qu'il amoindrit l'intérêt de son propos, l'auteur s'expose surtout à affaiblir sa position politique en l'inscrivant dans de pures logiques gestionnaires. Comme chacun sait, la période actuelle est marquée par un affaiblissement général de la pensée politique, les dépositaires du pouvoir s'estimant contraints de cheminer sur les sentiers de la régression sociale pour s'inscrire humblement dans les exigences de marchandisation de la société. Le constat peut être discuté, voire contesté, mais il est actuellement largement partagé dans le monde des centres de santé, du moins au sein des générations qui en tiennent les commandes.

⁸³ Mirko D.GRMEK (sous la direction de), *Histoire de la pensée médicale en occident*, T.1 p. 24, Seuil, Paris, 1995.

⁸⁴ André GIDE, *Retour de l'URSS*, Gallimard, Paris, 1936

⁸⁵ Louis CALISTI, Jean-François REY, *Santé et cadre de vie, l'expérience mutualiste de Marseille*, éditions sociales, Paris, 1977.

⁸⁶ p. 116

⁸⁷ p. 84, Centre Municipal de Santé Pierre Rouquès à Vitry s/Seine. Photo Alain Beaupin 2014

⁸⁸ Remerciements, p. 245

Les organismes gestionnaires de centres de santé, en charge des fonctions support, composent budgétairement avec des règles du jeu défavorables aux centres de santé comme le relève Emmanuel Vigneron⁽⁸⁹⁾. Par obligation, ils s'inscrivent dans cette réalité et pratiquent une sorte de *reapolitik*. *Realpolitik* qui les amène à licencier les médecins qui refusent de s'inscrire dans une logique productiviste (Mutuelles de Provence, Union des mutuelles d'Ile de France).

Peu importe qu'elles soient habillées d'un discours convenu sur la prévention, la médecine sociale et autres belles idées, les logiques gestionnaires livrées à elles-mêmes n'amènent rien de bon. L'hôpital public en est la triste illustration, désormais soumis à la fameuse T2A, pour le plus grand malheur des patients et des finances publiques. Dommage qu'Emmanuel Vigneron, qui en avait sans doute les moyens, ait omis de contribuer à protéger les centres de santé sur leur flanc droit.

⁸⁹ L'affirmation d'Emmanuel Vigneron selon laquelle des « objectifs de santé publique » pourraient être définis justifiant des encouragements, et des pénalités s'ils ne sont pas atteints (p. 203), nécessiterait un développement sortant du cadre de cette note de lecture pour être réfutée. On se bornera à relever que la notion même d'objectif de santé publique relève de la chimère, incite les médecins à soigner les indicateurs plutôt que les malades, surtout s'ils sont pauvres et compliqués. Appartient à la même famille de pensée que la T2A.

Le courrier des lecteurs

Peut-on prendre soin aujourd'hui de ceux qui souffrent ?

Par le Dr Paul Cesbron

« Ainsi je me dis vers cette époque que j'aurai aimé [...] Pouvoir mettre à profit les qualités que créa en moi mon absence d'amour-propre, ma perspicacité, mon désir de faire du bien aux autres, mais ce n'était pas là ma vocation ... »

Marcel Proust, 1927

Compassion et dévouement sont jusqu'à nos jours habituellement associés aux soins des malades, quoi qu'en disent certains *méchants* historiens. Dissocier les souffrances de l'âme et celles du corps semble à de nombreux soignants un exercice inacceptable.

À quoi bon... Toute personne atteinte dans l'intégrité d'une ou plusieurs de ses fonctions, harcelée par la maladie, percevant, à tort ou à raison, les menaces d'infirmité ou de mort pesant sur elle doit être secourue. Et le secours qu'elle attend de tous et particulièrement des soignants associe une attention totale aux douleurs infligées à son corps et à la détresse qui l'accompagne ou plutôt qui en constitue inséparablement la dimension émotionnelle, affective, psychique en un mot, ou plutôt ne relevant pas de la seule rationalité.

Faire de l'hôpital une machine à guérir (J.Tenon, 1786)

Tentant de rompre avec l'ancienne pratique médicale dans un effort volontaire d'objectivation du corps, tant de son observation que de son traitement (cure), soutenue par un fort courant philosophique nommé positivisme, évoluant vers une paradoxale *foi dans la science*, les soignants, plus particulièrement les médecins, auraient progressivement, sinon abandonné, du moins réduit leur attention à la détresse du malade (le care).

Au fond l'ancien et peut-être toujours actuel « *paternalisme* » n'aurait relevé ni de l'altérité, le souci de l'autre, prenant le pas sur le souci de soi (Emmanuel Levinas, 1983), ni même de la sympathie, du partage, mais de la simple apparence de tendresse, au pire d'un rituel déshumanisé.

Ainsi de l'efficacité symbolique (Claude Lévi-Strauss, 1958) du geste et de la parole, nous serions passés au XX^e siècle à l'efficacité objective de nos thérapeutiques. La médecine préventive et curative triomphant, la seule attention qui vaille serait et elle

l'est, celle attachée aux données *objectivables*, c'est-à-dire mesurables. Le reste étant de l'ordre de la civilité, de la correction, si possible du respect, sans oublier ce qui n'est peut-être pas exceptionnel, de la séduction. Toutes ces qualités humaines relevant non du soin, mais de ce jeu des rapports humains qui permet de se donner l'apparence de bien vivre ensemble. Maquillage plus ou moins visible de bons sentiments, si l'on pousse jusqu'à la caricature la vie sociale.

Le soin de toute la société

Cependant, le care est désormais proposé comme un véritable remède apporté aux pathologies de la vie de nos sociétés (Martine Aubry, 2013) et pourrait ainsi mieux répondre à la détresse morale y compris des malades. D'ailleurs la dimension préventive de la santé s'inscrit plutôt dans ce courant. Mais qu'elles qu'en soient la nécessité et la réelle efficacité (vaccinations, hygiène, alimentation, logement, lutte contre la destruction de la *nature*...), un tel objectif ne remet en cause ni la souffrance, ni la mort, ni l'angoisse face à notre finitude.

Enfin vint la loi

C'est la loi du 4 mai 2002 relative aux *Droits des malades et à la qualité du système de Santé* qui introduit la première et bien curieuse faille dans notre dispositif sanitaire.

Aussi peu connu soit ce fait, ce nouvel enrichissement législatif, et sans que le rapport en apparaisse clairement, cette loi fait suite au scandale qu'entraîna en 1989 une erreur médicale (que l'on nomma « *L'affaire Perruche* ») et à l'avalanche de recours judiciaires qui s'en suivit.

Mais la curiosité de cette loi réside surtout dans l'extension de la notion de *consentement éclairé* à tout patient faisant appel à notre appareil sanitaire. Jusque-là il était réservé à l'expérimentation thérapeutique (loi du 20 décembre 1988 dite « *Huriet-Sérusclat* ») elle-même fille de ce que l'on nomme *Lois de Nuremberg* condamnant les expérimentations médicales dans les camps d'extermination nazis en 1947 et prescrivant pour l'avenir cette obligation (le consentement éclairé).

Autre importante singularité de cette loi, l'introduction légale de la *Démocratie sanitaire* dans l'organisation des soins. En fait les mesures nouvelles viennent s'associer aux principes fondateurs de la Sécurité Sociale qui en constitue le véritable départ.

Ces innovations révèlent avec force et pertinence la nature jusque-là autoritaire des rapports entre soignés et soignants ainsi qu'entre citoyens et organisation sanitaire. On reconnaît des droits aux patients non seulement sur l'appréciation de la qualité des repas et autres exigences d'hospitalité, mais sur les soins eux-mêmes, c'est-à-dire sur leur vie. Désormais la demande de secours n'est plus associée à l'abandon aux volontés, fussent-elles savantes, des médecins. C'est surprenant mais considérable! De l'aide bien sûr, mais sans la soumission qui l'accompagnait.

La reconnaissance de la liberté des patients, au cœur même de leurs souffrances, devient alors un progrès thérapeutique. C'est d'ailleurs ce que nous avait enseigné Hippocrate 25 siècles plus tôt en créant ce que l'on qualifia de « *nouvelle médecine* »: écouter le patient et l'associer précisément, lui et son entourage, à la mise en œuvre du traitement.

De la démocratie sanitaire

Quant au citoyen, ne s'agit-il pas de la pierre avec laquelle on construit la cité? Celle qui se propose l'objectif du bien-être de tous (Aristote, *Politique*, livre 1). Il doit, c'est indispensable, devenir co-auteur de l'organisation des soins. La loi lui fait désormais sa place par le jeu de la démocratie délégataire (ses représentants des associations de santé) dans les conseils d'administration (jusqu'en 2009) des hôpitaux ainsi que dans les nombreuses instances de l'organisation des soins. Certes, il est modeste, souvent timide et apprend sans trop gêner à assumer ses nouvelles responsabilités.

La vie va bouleverser cette *révolution tranquille*. Après la thalidomide, quelques baumes et talcs, le DiEthylStilbestrol, les lobotomies, l'hormone de croissance, la mort subite inexplicquée des nourrissons et bien d'autres drames sanitaires, survient la tragédie du sang contaminé par le VIH. Cette fois de nouvelles associations vont perdre patience et réclamer haut et fort le respect, des soins qui les soulagent, les protègent et les guérissent pour l'avenir. Peu à peu les associations occupent un terrain qui ne leur était acquis qu'indirectement par leurs représentants, élus politiques de la commune à l'Assemblée Nationale.

Ne peut-on pas échapper au malheur?

Heureuse période pourrait-on dire si l'on s'en tient à ces acquis démocratiques en l'occurrence sanitaires, car secrètement poussait, comme la fleur mortelle au sein des poumons de Chloë (Boris Vian, 1947) un monstre redoutable au cœur même de nos riches

sociétés: une nouvelle, profonde et durable crise économique.

Elle n'épargne pas notre service public de santé auquel s'associe depuis de longues années la plupart des hôpitaux privés associatifs participant au service public hospitalier.

La part de la santé dans le produit intérieur brut semble à certains excessive, notre protection sociale reste amputée d'une partie de son financement et les dépenses publiques, sources d'une inquiétante et dangereuse propension à l'emprunt sans fin. Il faudrait donc en réduire les coûts affirment les gouvernements successifs. Comment dans une société aussi riche que la nôtre, peut-on accepter une telle régression?

Or nous n'en sortons plus malgré les « *efforts* » que paient les plus pauvres de nos sociétés: les inégalités sociales se creusent et la santé participe à ce drame.

Les professionnels de la Santé accepteront-ils des atteintes aussi profondes à leur éthique?

Or la sensibilité éthique des soignants et des administrateurs de la santé a la réputation d'être grande. Elle l'est souvent.

L'inégalité d'accès aux soins est heureusement non ou mal acceptée. Les chiffres qui en attestent sont largement reconnus. Et l'un ne va pas sans l'autre, l'attention au patient est mise à mal.

La volonté politique de réduire les dépenses publiques de santé s'est insidieusement installée dans les faits et dans les esprits. L'appréciation de la *valeur* des soins par la tarification à l'activité tombe sous les coups, d'ailleurs d'efficacité illusoire au regard même de la logique économique, des règles marchandes, et par là, concurrentielles.

Jusqu'où ira-t-on?

Ainsi le soin devient un acte technique et l'accueil de la souffrance, l'hospitalité, sont renvoyés à des services spécialisés moins coûteux, pas toujours disponibles, parfois éloignés et dont la qualité des soins n'est pas identique à celle des hôpitaux.

La durée moyenne de séjour est le critère décisif sinon de la qualité, du moins de l'organisation des soins. La démocratie sanitaire est considérée comme une nécessité mais dans la réalité elle s'étiole réduite à la consultation relative des représentants des citoyens et

des malades comme d'ailleurs des élus politiques et des représentants hospitaliers. Ils ne prennent plus part à aucune décision et leur représentation a été diminuée dès la loi « Hôpital-Patient-Santé-Territoire ».

Quant à la proximité souvent également considérée comme une volonté, elle est en réalité combattue au nom cette fois de l'insécurité qu'elle entraînerait et bien sûr d'un surcoût notable.

À travers les lois « *Hôpital-Patients-Santé-Territoires* » du 9 juillet 2009, c'est cette logique qui se met en place, la loi de Santé annoncée pour le printemps prochain, conforte cette forte tendance, malgré quelques avancées (tiers payant et mesures préventives) dont on attend les décrets d'application ou les ordonnances.

Oui le constat n'est guère enthousiasmant et la volonté des professionnels de santé attachés à la qualité des soins et à l'égalité de leur accès ne peut se satisfaire des réductions des moyens de tous ordres qui leur sont imposées. Il en est de même pour les patients, leurs associations et les citoyens dans leur ensemble.

Peut-on aujourd'hui prendre soin de ceux qui souffrent? C'est semble-t-il de plus en plus difficile et à ce titre inacceptable au regard des valeurs auxquelles nous disons être indéfectiblement attachés.

Réalisation, Impression:
 PublicImprim

Dépôt légal : janvier 2015

 IMPRIM'VERT®