



LES MUTUELLES DE SANTÉ, ACTRICES DE L'ÉCONOMIE SOCIALE

Véronique Huens
Coordinatrice
Education Permanente



Analyse 2014

L'économie sociale rassemble quatre grandes familles d'entreprises : les coopératives, les ASBL, les fondations et les mutuelles. Si ces dernières ont fait partie des pionnières du mouvement au XIX^e siècle, rares sont aujourd'hui les travailleurs ou les affiliés des mutuelles qui ont conscience de leur appartenance à l'économie sociale. A la fois indépendantes dans leurs services d'assurance complémentaire et organismes parapublics dans la gestion de l'assurance maladie obligatoire, les mutuelles belges sont confrontées à de multiples défis nationaux et européens. Cette analyse est l'occasion de se pencher sur leur histoire, sur leur organisation, fonctions et enjeux actuels et sur le rôle qu'elles pourraient jouer demain au cœur de l'alternative économique.

UNE LONGUE HISTOIRE

La solidarité comme fondement

« *Parce que, pour nous, tout le monde doit pouvoir se soigner !* ». Ce slogan proclamé en 2014 par une des grosses mutualités belges, est aussi celui qui fut à l'origine de la création des mutuelles de santé au XIX^e siècle. Alors encore appelées « sociétés de secours mutuels », ces structures au fort ancrage local naissent en pleine industrialisation, au sein du monde ouvrier. L'insalubrité des logements, l'absence de sécurité dans les usines, la mauvaise alimentation sont à l'origine de nombreuses maladies et accidents. Les salaires très bas ne permettent pas aux ouvriers de payer les soins. Mais c'est surtout l'absence de travail – et donc de salaire – causée par la maladie qui est très dure à supporter. Aucune compensation n'est en effet prévue, mise à part quelques aides d'œuvres de bienfaisance. C'est donc la nécessité qui pousse les travailleurs de l'époque à créer et à s'affilier à des caisses d'assurance basées sur deux principes : l'épargne et surtout la solidarité.

Après des débuts lents et une première reconnaissance légale très contraignante en 1851, le contexte associatif et politique évolue et les sociétés de secours mutuels vont connaître un véritable essor. En 1894 et 1898, l'Etat promulgue deux lois qui vont leur octroyer leurs premiers subsides publics et reconnaître leur rôle. Ces lois élargissent leurs champs d'action, leur accordent l'autorisation de se fédérer mais, surtout, renforcent le principe de solidarité sur lequel elles sont fondées. De caisses privées de prévoyance, les mutuelles deviennent en effet des organismes sociaux d'assurance. Si l'affiliation à une caisse de santé reste encore libre et volontaire, c'est maintenant l'ensemble de la population qui contribue, au travers des subsides, à leur financement.

Parallèlement, le mouvement mutuelliste se structure. Afin de mieux organiser leurs services, la multitude des petites caisses locales se regroupent, par pilier – chrétien, socialiste, libéral - en fédérations régionales, puis sous une structure nationale. L'Alliance nationale des Mutualités chrétiennes, l'Union nationale des mutualités socialistes ou encore la Ligue nationale des Fédérations mutualistes libres, créées respectivement en 1906, 1913 et 1914 permettent de développer le mouvement mutuelliste et les services offerts aux membres. Des caisses diverses

DEFINITION ET
OBJECTIFS DE L'ES

SAW-B

sont créées en fonction de certaines maladies ou situations (naissance, tuberculose, cancer...), des services centralisés sont mis en place, etc.

Les mutuelles deviennent gestionnaires de l'assurance obligatoire

Dès le début du XX^e siècle, l'idée germe au sein des mutuelles et de certains partis de passer d'un système volontaire à une assurance obligatoire qui couvrirait la maladie, la vieillesse et l'invalidité. Les deux guerres vont ralentir l'activité des mouvements mutuellistes et ce n'est que fin 1944 que cette réalité prend forme avec l'avènement de la sécurité sociale obligatoire financée par les salariés et les employeurs du secteur privé et l'Etat. Contrairement à d'autres pays voisins, la Belgique se distingue en confiant aux mutuelles le rôle de gérer l'assurance maladie-invalidité. Ce système est un compromis entre la solidarité « obligatoire » et une certaine liberté réclamée par plusieurs mutuelles. Les salariés sont en effet obligés de s'affilier mais peuvent encore choisir leur mutuelle.

Il s'agit là d'un changement majeur pour les mutuelles qui deviennent de réels « prestataires » vis-à-vis de l'administration centrale de l'assurance maladie-invalidité. L'obligation de s'affilier provoque par ailleurs l'arrivée d'un grand nombre de nouveaux membres¹. Les mutuelles doivent donc faire preuve de créativité pour ne pas devenir de simples guichets de remboursement et pour conserver une certaine liberté d'action.

En 1963, la loi sur la l'Assurance Maladie-Invalidité met en place les bases du système actuel : concertation entre mutuelles et prestataires de soins, tarifs préférentiels pour les plus défavorisés, création de l'INAMI², extension de l'Assurance Maladie-Invalidité à l'ensemble de la population.

Des petites structures locales du XIX^e siècle, les mutuelles sont devenues de grosses « machines » qui sont organisées, professionnalisées, hiérarchisées pour répondre à leurs nombreux affiliés et aux nouvelles exigences administratives. Leur autonomie face aux pouvoirs publics s'est aussi amenuisée mais reste conséquente et leur laisse la possibilité de développer de nombreux services complémentaires à l'assurance obligatoire. Comme l'explique Alain Coheur, directeur des affaires européennes et internationales à l'Union nationale des mutualités socialistes : « *Nous sommes des gestionnaires de l'assurance obligatoire avec des modalités très strictes que nous devons respecter. Mais nous gardons une liberté de pouvoir critiquer et faire évoluer le système en fonction des nouveaux besoins de la population. Nous ne sommes pas que des exécutants. Nous participons aussi à la définition du système à côté des représentants du gouvernement, des travailleurs, des employeurs et des prestataires de soins.* »

En 1990, une nouvelle loi vient définir leur identité et leur mission. Les mutuelles de santé y sont décrites comme « *des associations qui, dans un esprit de prévoyance, d'assistance mutuelle et de solidarité, ont pour but de promouvoir le bien-être physique, psychique et social. Elles exercent leurs activités sans but lucratif* »³. Cette loi crée l'Office de contrôle des mutualités⁴. Elle oblige par ailleurs les mutualités (anciennes fédérations de mutualités) à s'affilier à une union nationale, au nombre de cinq. Ces dernières voient leur rôle renforcé puisqu'elles seules sont reconnues comme organisme assureur et payeur en matière d'assurance obligatoire.

¹ A noter que ce n'est qu'en 1964 que l'affiliation à une mutuelle devient obligatoire pour les indépendants « gros risques », en 1965 pour les fonctionnaires et en 1969 pour les groupes de la population qui ne sont pas encore assurés.

² Institut National d'Assurance Maladie Invalidité, chargé du contrôle et de la supervision du secteur des soins de santé et des indemnités.

³ Loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités.

⁴ L'OCM ou Office de contrôle des mutualités et des unions nationales de mutualités est un organisme public compétent tant pour l'activité d'assurance obligatoire que pour celle d'assurance complémentaire. Il est géré par un Conseil composé de deux représentants de l'INAMI et de quatre membres choisis en raison de leur compétence.

Panorama des mutuelles aujourd'hui

Le paysage mutuelliste belge – dans le domaine de la santé – se compose de cinq grandes unions nationales : les mutualités chrétiennes, socialistes, libérales, neutres et libres. Deux caisses (qui ne prennent en charge que l'assurance obligatoire) sont également actives : la caisse des soins de santé de la S.N.C.B. Holding et la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité pour les personnes qui ne sont affiliées à aucune des autres structures.

Ces unions nationales regroupent chacune des mutualités (soit des fédérations régionales, soit des mutualités différentes comme l'union des mutualités libres qui rassemble Partena, Euromut, etc.). Au total, ce sont 57 mutualités qui couvrent le territoire belge dont trois seulement comptent moins de 15.000 affiliés.

Chacune des cinq grandes « familles » de mutualités offrent trois services.

L'assurance obligatoire (prélevée automatiquement par l'employeur des salaires) qui rembourse, selon des barèmes bien précis, définis par les partenaires au niveau fédéral, les prestations des médecins, paie des indemnités en cas d'incapacité de travail ou en cas de maternité, etc.

L'assurance complémentaire, devenue elle aussi obligatoire depuis 2012, offre, selon les modalités définies par chaque mutualité, des remboursements et avantages. Une mutualité va, par exemple, proposer un remboursement de 50% lors de l'achat de lunettes, une autre une prime de 300 euros lors d'une naissance, etc. Si certains de ces avantages sont communs aux mutualités appartenant à la même union nationale, la plupart sont décidés au sein de chaque mutualité. Ils vont dépendre des priorités définies par les assemblées générales de ces mutualités mais aussi du réseau de partenaires dont chacune dispose. La mutualité Solidaris liégeoise va, par exemple, pouvoir compter sur la Clinique André Renard qui appartient au réseau des mutualités socialistes, pour offrir certains avantages que Solidaris Luxembourg ne pourra pas donner à ses affiliés. Jusque 2012, les assurances « hospitalisation », facultatives quant à elles, faisaient partie de ce même champ d'action.

Des services d'information et de guidance qui ne sont pas limités à leurs affiliés. Il s'agit par exemple de services d'éducation permanente, de prévention des maladies, de coopération au développement, d'activités organisées pour des publics spécifiques (femmes, jeunes, seniors, etc.).

LES MUTUELLES FACE AUX ENJEUX MAJEURS DE DEMAIN

Préserver la solidarité face à la concurrence et la privatisation

La privatisation de la santé n'est pas une dynamique nouvelle mais elle s'est intensifiée ces dernières années. Et les mutuelles sont directement touchées par ce phénomène qui les met, de plus en plus, en concurrence directe avec des entreprises privées commerciales.

Un exemple marquant est le cas du litige qui a opposé pendant plusieurs années (de 2000 à 2010) les mutuelles belges aux assurances privées. En cause, le fait que les cinq mutuelles offraient des services qui ressemblent aux produits proposés par les sociétés d'assurances, notamment les assurances « hospitalisation ». Après le dépôt d'une première plainte, l'intervention de la Commission européenne et de longues négociations, Assuralia – qui représente le secteur des assurances privées commerciales – et les mutuelles sont arrivées à un accord traduit dans une loi en avril 2010. Celle-ci oblige les mutuelles à créer une nouvelle structure juridique distincte (une Société mutualiste d'assurances ou SMA) pour gérer leurs assurances hospitalisation. Cette SMA est soumise aux mêmes contraintes que les assureurs à but lucratif. Les salariés qui y travaillent doivent par exemple suivre des formations de courtier en assurance. De plus, la contrainte de solvabilité est de mise. A côté de cet exemple significatif,

ce sont aussi des pans entiers de la santé dans lesquels les mutualités sont actives qui sont de plus en plus privatisés comme les maisons de repos par exemple. Là aussi, elles font donc face à des « concurrents » pour qui la santé n'est qu'une manière de gagner un maximum d'argent.

Cette mise en concurrence n'est évidemment pas sans impact sur la qualité des produits offerts et surtout sur la logique de solidarité qui sous-tend toute l'action des mutuelles. Dans le cas de l'assurance hospitalisation, certaines mutualités essaient, pour le moment encore, de faire valoir ce principe, à savoir, pas de questionnaire médical soumis aux futurs « clients », pas de différence de cotisation en fonction des profils et pas d'exclusion d'une personne qui serait trop souvent malade. Mais elles doivent aussi rester rentables.

Et cette « marchandisation » de la santé se fait ressentir à pas mal de niveaux. Les usagers sont devenus, dans certaines mutuelles, des « clients ». Des services qui étaient, auparavant pris en charge en interne (ex : les gardes d'enfants malades) sont maintenant sous-traités à des sociétés d'intérim, etc.

Ce mouvement semble s'être généralisé en Europe. La situation de la France est par exemple emblématique. Le contexte est évidemment différent puisque les mutuelles françaises ne jouent pas le rôle dans l'assurance obligatoire comme elles le font en Belgique. Il n'y a d'ailleurs pas d'obligation d'être inscrit auprès d'une mutuelle et le secteur de l'assurance y est plus développé. Plus encore qu'en Belgique, les mutuelles françaises font donc face à une concurrence féroce des sociétés d'assurance. Et elles doivent sans cesse adapter leurs pratiques. Certaines d'entre elles ont, dès les années 2000, commencé à restructurer leurs services pour être plus performantes économiquement. Des centres d'appels ont été créés au niveau national avec comme conséquences des pertes d'emplois mais aussi la perte du lien de proximité avec les adhérents. Toute demande d'information passe désormais par un « call center ». Des pratiques que l'on retrouve aussi dans certaines mutuelles belges. Les syndicats français dénonçaient alors à l'époque des « *pratiques dignes des entreprises du CAC40* » et « *des mutuelles qui devenaient des agences commerciales* »⁵. Des différences de cotisations plus fortes ont été décidées dans certaines structures. Les personnes les plus âgées paient par exemple plus cher puisqu'elles coûtent plus... et la solidarité en prend un sacré coup, surtout que ces personnes ont, elles aussi, cotisé pendant toute leur carrière.

Dans ce contexte, le risque est encore plus réel de voir les mutuelles, devenues de grosses structures, très hiérarchisées, perdre, en partie, leur identité et leurs valeurs. D'autant plus qu'elles sont aujourd'hui perçues par la majorité des citoyens comme de simples prestataires de services. La toile regorge de forum où les internautes échangent leurs comparaisons entre les avantages offerts par chaque mutuelle. Chacun fait donc son shopping avec comme seul critère le meilleur rapport qualité/prix. Comme l'explique Alda Gréoli, secrétaire nationale des Mutualités chrétiennes, « *un des enjeux majeurs pour les mutuelles, c'est la perte de la conscience nationale de l'apport du collectif. On oublie d'où on vient. Il y a une banalisation du droit acquis. Le citoyen belge ne semble plus avoir conscience de ce que lui apporte la sécurité sociale, l'assurance santé obligatoire, etc. Il ne voit que les charges et plus les apports. Et malheureusement, nous n'avons pris conscience de ce danger que récemment, depuis quelques années.* »

Faire vivre la démocratie

Comment faire vivre les valeurs de la mutuelle et éviter de tomber dans certaines dérives ? Loin d'être la seule et unique réponse, la démocratie interne est une piste mais aussi une ligne directrice que se donnent les structures d'économie sociale. Et pourtant, les mutuelles belges semblent parfois l'avoir mise en sourdine dans la pratique.

Quelle place peuvent encore trouver aujourd'hui les affiliés mutuelles dans leurs instances « démocratiques » pour y donner leur avis, mieux connaître les mutuelles de l'intérieur, etc. ?

⁵ Communiqué de la CGT en 2007 suite à l'annonce de la MGEN de restructurer son réseau et de muter 739 employés vers les nouveaux centres d'appels.

Quels sont les mécanismes mis en place pour favoriser la participation active des adhérents ou des salariés à la vie de la mutuelle ? Il est clair que faire vivre la démocratie au sein d'une mutuelle demande des moyens humains et financiers colossaux... et que c'est loin d'être facile à mettre en œuvre, surtout dans des structures aussi importantes. Elle ne garantit pas, par ailleurs, que toute dérive soit évitée, comme le démontre le cas de la MGEN. Mutualité française qui a fait de la démocratie un principe de base de son fonctionnement, elle n'en adopte pas moins des pratiques managériales identiques aux entreprises classiques (voir encadré). Autre constat : la santé est devenue un secteur de plus en plus technique et difficilement compréhensible de tous. Mais cela ne devrait-il pas justement inciter les mutuelles à la rendre la plus accessible possible au plus grand nombre plutôt qu'à réserver les places au sein de leurs assemblées générales aux seuls connaisseurs, choisies par cooptation ?

Aujourd'hui, la loi prévoit que les mutualités organisent tous les six ans des élections pour renouveler leur Assemblée Générale et leur Conseil d'Administration. Comme l'explique Alain Coheur, « *il est important de pouvoir rallier des personnes qui connaissent bien la mutuelle car les matières deviennent de plus en plus complexes et techniques mais il faut reconnaître que la mobilisation n'est pas évidente. A Liège par exemple, lors des dernières élections qui ont pourtant fait l'objet d'une information via la presse mutualiste, nous avons difficilement atteint le quota fixé de 130 représentants à l'Assemblée Générale, actuellement nous sommes 129 « élus », l'effectif de mutualité à Liège est de plus de 240 000 titulaires...* ». Et pourtant les enjeux de santé ne sont-ils pas tellement essentiels qu'il est crucial que plus de citoyens puissent bien les connaître, les comprendre et surtout pouvoir donner leur avis à ce sujet ? Si cela passe bien évidemment par de l'information, des campagnes de sensibilisation, des enquêtes... toute sorte d'actions que mènent régulièrement et bien les mutuelles, cela semble parfois un peu court.

Alda Gréoli explique que cet enjeu reste encore essentiel au sein des Mutualités chrétiennes malgré les difficultés : « *On n'arrive plus à faire des élections partout vu le manque de candidats mais on tient pourtant comme à la prune de nos yeux à cette démocratie. C'est essentiel que la mutuelle soit détenue et dirigée par ses affiliés. C'est la base de notre légitimité aussi. Faire des élections tous les 6 ans, c'est évidemment fort long. En Flandres, ils ont des AG énormes et c'est donc difficile d'obtenir un quorum par exemple. Mais on envoie systématiquement un courrier personnalisé à nos 4,5 millions d'affiliés. Trois numéros de notre revue « En marche » sont consacrés aux élections le moment venu. Mais l'important est surtout de faire vivre cette vie démocratique sur le long terme. Avec des groupes de travail, avec des congrès où les affiliés sont invités à donner leur avis, etc. C'est aussi plus motivant pour nos affiliés d'être actifs et de pouvoir donner leur avis sur le terrain, sur des questions très concrètes que de voter sur les comptes annuels.* »

Impliquer plus les citoyens qui le souhaitent, leur donner la parole et un droit de vote, de décision, c'est aussi une manière possible de renverser la dynamique actuelle où l'adhérent à une mutuelle n'y voit plus qu'un service comme un autre. Une manière donc de « former » le citoyen à la solidarité, de réaffirmer les valeurs qui soutiennent l'action des mutuelles, de mettre en évidence les différences fondamentales qui subsistent entre une mutuelle et un assureur privé, etc. Mais aussi, de représenter une force politique d'autant plus puissante qu'elle repose sur une large assise citoyenne.

Au niveau des salariés, le travail est aussi important pour leur permettre d'être plus impliqués et surtout entendus. « *C'est sûr que les gens qui viennent travailler ici viennent d'abord pour un salaire. Mais ils doivent tous passer par une formation importante qui aborde les différents métiers de la mutuelle mais aussi notre histoire, nos valeurs* » explique Alain Coheur. Et puis après ? Quels sont les instances qui sont mises en place pour permettre à ces travailleurs de s'exprimer, de proposer des changements, de participer à la vision stratégique de la mutuelle ? Ce sont eux qui sont sur le terrain, en contact direct avec les adhérents, avec leurs enjeux, leurs difficultés, leurs questions... A leur manière, ce sont donc eux les « experts » de la santé, ceux qui pourraient faire remonter la voix des adhérents qui ne participent pas aux instances décisionnelles, qui peuvent mettre en garde contre certaines dérives, etc. Alda Greoli, des

mutualités chrétiennes, témoigne : « *La mutualité appartient et est gérée d'abord par ses affiliés. Aucun travailleur, même pas les cadres ou dirigeants n'ont le droit de vote et la possibilité d'être dans une AG. Mais on travaille énormément à faire remonter les infos des travailleurs. Il y a peu de décisions qui ne se prennent sur base d'un processus qui fait remonter les informations du terrain, via des groupes de travail, des comités de pilotage sur certains sujets, etc.* ».

Enfin, comme l'explique Alain Coheur, les mutuelles ne sont, heureusement, pas des îlots isolés. Elles sont en contact direct avec des réalités diverses au travers notamment de tout le tissu associatif qu'elles ont créé autour d'elles. « *Les mouvements associatifs créés par les mutuelles sont aussi des organes d'interpellation, de remise en question, etc.* ». Nombre de ces associations sont représentées dans les assemblées générales. Mais est-ce suffisant ?

La MGEN – un processus démocratique poussé

Le groupe MGEN est, historiquement, la mutuelle des enseignants français. Elle rassemble plus de 3,5 millions d'adhérents et compte donc parmi les plus grandes mutuelles de l'hexagone. Une de ses caractéristiques est d'avoir développé un modèle de démocratie interne relativement poussé. Chaque adhérent est, en effet, encouragé à participer directement ou indirectement à l'exercice de responsabilités locales, régionales ou nationales. Quatre organes clefs composent ce dispositif : les comités de section, l'assemblée générale, le conseil d'administration et le bureau national.

Les comités de section (CS) sont organisés à l'échelon départemental, ce qui favorise une politique de proximité. Il en existe 102, de toute taille. C'est là que se vit la vie démocratique locale de la mutuelle. Ses membres bénévoles sont élus (élection d'un tiers tous les deux ans) par les adhérents qui reçoivent, pour ce faire, un courrier personnalisé avec la liste des candidats et du matériel pour voter par courrier ou par internet. Aux dernières élections, ce sont 25% des adhérents qui ont pris la peine de voter. Un chiffre qui reste important même s'il est en baisse depuis quelques années. Les élus sont amenés à participer activement à la vie de la mutuelle via les réunions du comité (trois ou quatre fois par an) mais aussi au sein de groupes de travail thématiques, etc. Ils travaillent bénévolement aux côtés des salariés. Aujourd'hui, ce sont quasi 3.000 élus locaux qui animent la vie mutualiste locale.

Les adhérents se réunissent également pour désigner ceux qui les représenteront à l'Assemblée générale. Au sein de chaque département, plusieurs délégués sont élus. Au total, ce sont près de 500 membres qui disposent chacun d'une voix à l'assemblée générale et d'un mandat de deux ans. Les délégués de l'Assemblée générale élisent les membres du conseil d'administration.

Celui-ci est composé d'une cinquantaine d'administrateurs qui sont particulièrement actifs (le taux de présence tourne autour des 90%). La MGEN veille continuellement à favoriser l'exercice de la fonction d'administrateur. Tout adhérent peut se porter candidat à la fonction d'administrateur, même ceux qui ne seraient pas du tout actifs ni élus au niveau local. Pour ce faire, un appel à candidature paraît dans la revue mutualiste. Tout nouveau candidat est reçu par les administrateurs déjà en poste. Ces rencontres ont pour vocation d'expliquer et d'échanger sur le mandat d'administrateur et les enjeux et responsabilités qui s'y rattachent. Les administrateurs sont rémunérés, avec publication des rémunérations de chacun d'entre eux.

Enfin, le bureau national, élu par le conseil d'administration, conduit les missions de politique externe du groupe MGEN et ses réflexions stratégiques à moyen et long termes.

A pointer aussi, l'important dispositif de formation qui est développé pour offrir à chaque personne active à l'un de ces trois échelons les outils nécessaires pour exercer son mandat : formations techniques, séminaires thématiques, etc.

Rester une vraie force politique pour préserver, diffuser et faire vivre le principe mutuelliste

« Les mutuelles ne peuvent être réduites à des instruments de gestion financière. Le fait de défendre l'accès aux soins de santé, de participer à la maîtrise des dépenses et à la définition des objectifs de santé fait de la mutualité une véritable force politique » explique Alain Coheur⁶. Malgré leur rôle de « prestataire » pour l'Etat fédéral, les mutuelles conservent donc une autonomie de gestion qui est indispensable au maintien de leurs valeurs et principes. Et se battre pour rester cette force politique est essentiel dans le contexte actuel.

Cela passe notamment par maintenir et renforcer au maximum le principe de sécurité sociale qu'elles ont contribué à développer. Si les mutuelles luttent pour que le maximum de l'« assurance maladie » soit pris en charge par l'assurance obligatoire et donc par la sécurité sociale, force est de constater que les politiques de concurrence et d'austérité européennes vont dans le sens contraire. En 2012, les normes de croissance des dépenses de soins de santé ont été revues à la baisse passant de 4,5% à 1,8% en 2012 pour finalement revenir à 3 % en 2014. Les remboursements de certaines prestations médicales ou de médicaments diminuent. S'ils sont parfois pris en charge par l'assurance complémentaire, ce n'est pas toujours le cas (puisque cela dépend aussi d'une mutualité à une autre) et les ménages dépensent donc plus pour se soigner. En 2013, une personne sur cinq (21,4%) en Wallonie a reporté/renoncé à des soins pour des raisons financières, alors qu'elle en aurait eu besoin⁷. Alda Gréoli explique : « Aujourd'hui, certains disent que les remboursements de l'INAMI sont gérés essentiellement par de l'informatique et que le rôle des mutuelles n'est donc plus aussi indispensable dans le cadre de l'assurance obligatoire. Mais c'est justement parce qu'on gère les deux pans – assurance obligatoire et assurance complémentaire – qu'on est de vrais acteurs politiques, qu'on ne cherche pas la concurrence entre les deux. Notre intérêt, notre projet politique, c'est de renforcer au maximum l'obligatoire et c'est un défi quotidien ».

Autre enjeu fondamental : obtenir un statut de mutuelle au niveau européen. Un statut qui permettrait comme le dit l'AIM, l'Association Internationale de la Mutualité, de « lutter contre la démutualisation et permettre les activités transfrontalières en Europe. Le statut de la mutuelle européenne aiderait à reconnaître et promouvoir la mutuelle comme modèle économique alternatif »⁸. Ce qui s'avère selon eux d'autant plus nécessaire en période de crise et pour faire face à la pression qui pousse les mutuelles, partout en Europe, à devenir des entreprises commerciales. Un statut qui permettrait de créer de nouvelles mutuelles dans des pays où elles n'existent pas encore ou sont quasi absentes. En avril 2013, le Parlement européen a adopté une résolution sur ce statut de la mutualité européenne. Une consultation publique et une étude d'impact précédant une proposition législative ont ensuite été lancées. Mais le dossier est de nouveau complètement à l'arrêt depuis mai 2014. Le combat semble encore loin d'être terminé...

Au-delà des frontières européennes, la diffusion du modèle mutuelliste représente aussi un enjeu important comme le démontre l'activité de plusieurs grandes mutuelles dans la mise en place de mutuelles de santé dans des pays du Sud, notamment en Afrique subsaharienne.

Les mutuelles en Afrique

Les conditions de pauvreté vécues par les ouvriers belges au XIX^e siècle ne sont pas les mêmes que celles que connaissent certaines populations du Sud. Mais elles ne sont pas si éloignées et la nécessité de trouver des solutions pour lutter contre cette pauvreté amène certaines régions, particulièrement en Afrique subsaharienne, à développer des systèmes mutuellistes assez similaires à ce que l'Europe a vu naître.

⁶ Extrait de la revue de Solidarité socialiste.

⁷ Source : mutualités socialistes.

⁸ Source : www.aim-mutual.org

La réforme de la gestion des systèmes de santé, mieux connue comme « initiative de Bamako » adoptée par plusieurs pays d'Afrique en 1987, a eu comme conséquence le retrait du secteur public du financement des soins de santé. Ce sont surtout les populations les plus pauvres qui en souffrent aujourd'hui et se voient privées de l'accès à des soins de santé de qualité.

Pour faire face à cette problématique, de nombreuses petites mutuelles de santé ont vu le jour. Ces associations à but non lucratif, fonctionnent sur base d'un mécanisme de solidarité via la mise en commun des ressources et le partage des risques. Il n'y a aucune sélection à l'entrée et l'adhésion y est libre et volontaire.

Si ces structures se sont multipliées ces dernières années, notamment grâce au soutien des mutuelles belges et européennes, elles restent confrontées à des enjeux majeurs qui freinent considérablement leur développement. Le premier est la pauvreté extrême des populations qu'elles tentent d'aider. Ce qui a pour conséquence des cotisations très basses et une difficulté à les recouvrer. Donc des moyens très précaires et insuffisants pour que certaines mutuelles dépassent le stade expérimental et mettent en place des outils de gestion performants. Lié à ce premier enjeu s'ajoute la capacité de ces mutuelles à fédérer des membres. La plupart ne dépassent en effet pas 1000 adhérents.

Mais au-delà des problèmes « internes », c'est aussi le contexte politique qui n'est pas favorable à l'émergence et au développement des mutuelles de santé en Afrique subsaharienne. Rares sont ceux qui interviennent pour soutenir financièrement ces structures ou pour activer une politique de santé publique qui leur donnerait une réelle place de partenaires.

Malgré ces difficultés majeures, les mutuelles de santé représentent un espoir important en Afrique. Car elles permettent, à leur échelle, de lutter contre la pauvreté en favorisant un accès aux soins de santé pour tous via un mécanisme de solidarité fort. Elles créent des lieux de participation et portent politiquement une parole pour une modification du système de santé plus juste et solidaire.

CONCLUSIONS

Que retenir de ce panorama et de ces différents enjeux ? Une chose semble assez claire : les mutuelles peuvent apparaître comme des « martiens » au sein de l'économie sociale tant elles se distinguent de la majorité des entreprises sociales de par leur taille, leur longue histoire et leur rapport particulier aux pouvoirs publics. Pourtant, les enjeux auxquels elles sont confrontées sont fort similaires à ceux des autres structures : résistance à la concurrence et à la marchandisation des biens et services, difficulté à faire vivre la démocratie interne, enjeux européens et internationaux, conscientisation « politique » des travailleurs et clients, etc.

Comment alors amener demain les mutuelles à se réapproprier cette identité et à se rapprocher d'autres entreprises sociales avec lesquelles elles auraient sans doute bien plus à partager qu'elles ne pourraient le penser de prime à bord ? Un défi de plus qui devra être porté au travers d'actions et de rapprochements concrets par les fédérations d'économie sociale et les mutuelles elles-mêmes.

Aujourd'hui, ce rapprochement se réalise, de manière paradoxale, plus au niveau européen (à travers les fédérations telles que Social Economy Europe) qu'au niveau belge. Et pourtant, il semble crucial d'éviter le piège d'une certaine « dualisation » entre, d'une part, les « vieux » acteurs de l'économie sociale que sont, notamment, les mutuelles et, d'autre part, les « nouvelles » entreprises sociales. Alors que les premières ont tendance à se regrouper entre elles en ignorant les nouvelles générations, les secondes pensent parfois qu'elles inventent des solutions et mécanismes innovants qui ont pourtant déjà été largement démontrés. Il nous paraît dès lors essentiel de renforcer les liens entre les deux pour que les premiers viennent en soutien des « jeunes » générations d'entreprises sociales qui devraient, quant à elles, parfois plus s'inspirer de l'expérience des « anciens ». Il semble donc temps de les inviter à se

rassembler et à faire nombre, que ce soit en matière de soins de santé, mais aussi dans les nombreux secteurs couverts par les mutuelles.

Enfin, il nous semble utile de rappeler la force du statut de mutuelle qui affirme la non lucrativité, le service aux membres et l'intérêt qu'elles ont, que tous nous avons, à nous constituer en un seul mouvement pour peser face à la privatisation de l'intérêt général.

LES ANALYSES DE SAW-B



Rédigées avec le soutien de la Fédération Wallonie-Bruxelles, les analyses de SAW-B se veulent des outils de réflexion et de débat. Au travers de ces textes, SAW-B souhaite offrir la possibilité aux citoyens mais aussi, plus spécifiquement, aux organisations d'économie sociale, de décoder – avec leurs travailleurs et leurs bénéficiaires – les enjeux auxquels ils sont confrontés dans leurs pratiques quotidiennes. Cette compréhension des réalités qui les entourent est essentielle pour construire, collectivement, les réponses et dispositifs adaptés aux difficultés rencontrées. Ces analyses proposent également aux travailleurs de l'économie sociale de poser un regard critique sur leurs pratiques et leurs objectifs mais aussi sur notre société, ses évolutions, nos modes de consommations, de production, de solidarité, etc.

Ces textes ne sont pas rédigés « en chambre » mais sont le résultat direct des interpellations des acteurs de terrain. Nous vous invitons à les prolonger en nous relayant vos interpellations, commentaires et propositions. Si vous le souhaitez, au départ d'un de ces sujets d'analyse, nous pouvons aussi co-organiser avec vous une animation sur mesure au sein de votre entreprise sociale ou de votre groupe citoyen.

Nos analyses sont disponibles sur notre site www.saw-b.be, à côté de nos études, où elles sont classées selon les thématiques suivantes :

- Contours, objectifs et fonctionnement de l'Economie sociale
 - o Définitions et objectifs de l'Economie sociale
 - o Fonctionnement de l'Economie sociale
 - o Démocratie économique et participation
 - o Frontières de l'Economie sociale
 - o Financement de l'Economie sociale
- Economie sociale et enjeux politiques
 - o Enjeux européens et internationaux
 - o Enjeux belges et régionaux
 - o Economie sociale et société
- Economie sociale et travail
 - o Insertion socioprofessionnelle
 - o Sens du travail
- Produire et consommer autrement
 - o Distribution et alimentation
 - o Logement
 - o Services
 - o Environnement
 - o Culture



SAW-B (Solidarité des Alternatives Wallonnes et Bruxelloises) est un mouvement pluraliste pour l'alternative économique et sociale. Créée en 1981, l'ASBL rassemble les femmes et les hommes qui construisent une économie centrée sur le respect de l'humain et de l'environnement et non sur le profit. Ses membres représentent plus de 300 entreprises sociales - soit 15 000 travailleurs - en Wallonie et à Bruxelles : des ASBL, des coopératives, des fondations et des sociétés à finalité sociale actives dans de nombreux secteurs tels la culture, la formation, la santé, les énergies, les services à la personne, ...

SAW-B vise à défendre, représenter et développer l'économie sociale et les entreprises qui la composent. Elle est reconnue comme agence-conseil par la Wallonie et comme acteur d'éducation permanente par la Fédération Wallonie-Bruxelles. Toutes nos analyses sont sur www.saw-b.be