



**Les professionnels de l'éducation sont ils toujours des vecteurs  
de développement des systèmes de protection sociale  
solidaires ?**

**Approche du domaine de la santé et de la protection sociale  
à partir d'une investigation exploratoire à distance**

**Equipe de recherche**

**Marc PONCELET (Pôle SuD, Université de Liège)**

**Bernard THIRY (CIRIEC international)**

**Barbara SAK (CIRIEC international)**

**Oliver VÖGELI (CIRIEC - Section belge)**

**Christelle PASQUIER (CIRIEC - Section belge)**

**mars 2009**

## *Table des matières*

### **1. Introduction**

- 1.1. L'accès à la santé dans le monde p. 3  
1.2. Les mutations du monde enseignant p. 13

### **2. Etat des lieux de l'implication des enseignants dans les systèmes de protection sociale solidaires**

- 2.1. Brève note méthodologique p. 23  
2.2. Présentation des résultats des enquêtes  
2.2.1. Préambule p. 25  
2.2.2. Questionnaire 1 p. 26  
2.2.3. questionnaire 2 p. 37  
2.3. Eclairage - quelques présentations de cas p. 65

### **3. Conclusion - Les professionnels de l'éducation, vecteurs de la solidarité mutualiste**

- 3.1. Racines et valeurs de l'engagement mutualiste p. 79  
3.2. Les professionnels de l'éducation dans la solidarité mutualiste p. 81

### **Bibliographie** p. 83

### **Annexes**

- Liste des expériences mutuellistes identifiées
- Démarche méthodologique
- Questionnaire 1
- Questionnaire 2
- Enquête IE
- Grille d'interview - étude de cas

# 1. Introduction

## 1.1. L'accès à la santé dans le monde : défis, horizons et opportunités pour les organisations solidaires de protection sociale

### La protection sociale : le défi demeure...

« L'accès à une protection sociale adéquate en matière de sécurité sociale et de soins de santé correspond à deux droits fondamentaux de l'homme. Ces droits sont toutefois loin d'être respectés à l'échelle mondiale. Par exemple, quatre-vingt pour cent de la population en Afrique subsaharienne et dans certaines régions d'Asie sont privés d'une telle protection. L'inégalité des besoins rend ce problème plus aigu encore : les conditions de vie et de travail des travailleurs de l'économie informelle et des populations rurales les exposent le plus aux risques en matière de santé et d'accidents, or, ils représentent les catégories de personnes les plus souvent exclues de la sécurité sociale » (Coheur, Jacquier, Schmitt-Diabaté et Schremmer, 2007 : 1).

« L'exclusion de la sécurité sociale a des conséquences dramatiques pour l'individu et sa famille. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) estime que, chaque année, les coûts des soins de santé poussent 100 millions de personnes dans le cercle vicieux de la maladie et de la pauvreté. Cette exclusion réduit aussi les possibilités de croissance économique et de développement social et rend les pays plus vulnérables encore aux conséquences des chocs sanitaires » (idem : 1 et 2). Il est estimé que 150 millions de personnes font face chaque année à des dépenses de santé catastrophiques.

« Dans de nombreux pays à faible revenu, les paiements directs sont le principal mécanisme de financement des soins de santé – ils sont utilisés pour financer jusqu'à 80% du total des dépenses de santé dans des pays tels que le Myanmar, la République démocratique du Congo, la Guinée et le Tadjikistan. Les dépenses restantes sont habituellement financées par l'impôt et, dans une moindre mesure, par des régimes d'assurance maladie sociaux et communautaires »(OIT, 2007 :17)

#### **Principaux indicateurs de la protection sociale et des dépenses de santé dans les pays à faible revenu et à revenu moyen :**

- une étroite relation entre le niveau de revenu du pays, l'accès aux services de santé et la mortalité ;
- la faible part des dépenses de santé de type de protection sociale par rapport au PIB et aux dépenses de santé totales ;
- la faible part du financement public par rapport aux dépenses totales de santé ;
- une faible solidarité au niveau du financement, une trop faible mise en commun des risques ;
- la part importante du financement privé de la santé qui revient directement aux ménages ;
- une protection financière limitée, d'où des niveaux élevés de paiements directs et par conséquent une pauvreté entretenue par les problèmes de santé.

Selon différentes sources, les pourcentages de pauvres dépourvus d'accès aux soins de santé varient de 5% (monde arabe) à plus d'un tiers en Afrique et Asie (PNUD, 1997).

Dans les pays à faible revenu ou à revenu intermédiaire, les prestations de santé sont encore largement (plus de la moitié) à charge de l'utilisateur sous forme de versements directs. Cette charge financière entraîne un renoncement ou un accès sélectif aux recours thérapeutiques, soit un endettement difficilement supportable (OMS, 2008 : 26). Dans certains pays africains, les versements directs par le patient représentent 40% des dépenses en soins de santé (ISSA, 2008b : 2). Dans certains pays à bas revenus, ce pourcentage peut atteindre 60% alors qu'il est de 20% dans les pays à hauts revenus (ISSA, 2008a) ou 10% selon d'autres sources (OIT, 2007 : 17).

***Composition des dépenses de santé dans les pays à haut, moyen et bas revenus, moyenne pondérée en fonction de la population, 2002***

	Dépenses totales de santé (% PIB)	Santé publique (% du total des dépenses de santé)	Dépenses de sécurité sociale (% du total des dépenses publiques de santé)	Privé (% du total des dépenses de santé)	Versements par le patient (% des dépenses privées de santé)
Est asiatique et Pacifique	5.21	35.29	39.35	64.71	91.86
Europe de l'Est et Asie centrale	5.93	61.33	41.35	38.67	85.10
Amérique latine et Caraïbes	7.04	50.27	32.50	49.73	74.28
Moyen-Orient et Afrique du Nord	4.83	44.92	23.60	55.08	84.77
Sud asiatique	5.45	23.66	8.04	76.34	97.08
Afrique subsaharienne	5.32	39.58	1.92	60.42	79.17

Source : The World Bank, 2006, *Health Financing revisited, a practitioner's guide*, p.41

**Privatisation, recouvrement des coûts, contribution des usagers : tendances lourdes et formules variées**

Dans les pays développés et émergents au passé social-démocrate ou républicain, des organismes non publics et non marchands de statut privé ou associatif ont largement contribué à la construction des systèmes nationaux de financement et de gestion de la sécurité sociale et sont reconnus et intégrés dans ces systèmes nationaux, tout en conservant un statut distinct des administrations publiques. Ils sont souvent liés à des organismes représentatifs de certaines catégories de travailleurs, courants idéologiques ou religieux et offrent parfois des dispositifs considérables de prestations de soins médicaux divers.

En Europe mais aussi dans d'autres pays (dont la Tunisie, le Maroc et l'Algérie), les gouvernements ont défini les activités menées par les mutualités. La législation de ces pays autorise ces organisations à mettre en place des dispositifs, reconnus par les pouvoirs publics, au sein du champ social et de la santé.

*« The difficulties which have arisen in countries where compulsory sickness insurance is one hundred percent in the hands of the public sector, are making such countries consider the new role which could be played by non-profit organizations which fall between the public and the private commercial sectors » (Coheur, 2008 : 10-11).*

Le développement d'organisations à but lucratif dans le secteur des soins de santé comme la libéralisation des prix des prestations (dans certains pays européens) illustrent « une tendance relative vers davantage de marchandisation dans les soins de santé » (Hermesse, 2008 : 7). Il est clair que les organismes privés à but non lucratif vivent désormais la concurrence des assureurs privés qui prend différentes formes.

La mise en concurrence d'organismes assureurs, mais aussi des prestataires de soins, a généralement pour objectif d'améliorer le rapport qualité/prix des soins. Le patient est de plus en plus considéré comme un client agissant dans une logique de marché. Aux Pays-Bas, il choisit son organisme assureur ainsi que le type de couverture qu'il souhaite. Au Royaume-Uni, il peut choisir le prestataire de soins sur base d'informations portant sur la qualité des soins prodigués, la propreté de l'établissement et même les facilités de parking.

Le risque majeur de telles pratiques réside dans l'objectif de performance poursuivi par les organismes assureurs dont la logique risque fort d'opérer une sélection des candidats adhérents, laissant les « clients » ou les soins les plus « risqués » à charge d'organismes collectifs à but non lucratif ou, en dernier ressort, au secteur public. Certains pays concernés mettent cependant « en place différents mécanismes correctifs afin de pallier ce risque » (Hermesse, 2008 : 10). Par ailleurs et plus généralement en Europe, les institutions publiques ou privées à but non lucratif participant à la sécurité sociale, les lois, conventions collectives, etc. mettent en œuvre différents outils qui réussissent à contenir ou réguler cette concurrence du secteur privé.

Incontestablement, les pays émergents et leurs classes moyennes urbaines (comme dans une certaine mesure celles des pays en développement) pourraient fournir de nouveaux horizons aux organismes assureurs privés. Entre une minorité de fonctionnaires encore couverts par la sécurité sociale existante, mais qui pourrait se tourner vers des prestations complémentaires (fournies par des organismes privés, communautaires ou associatifs) et les communautés pauvres pas intéressantes dans des logiques assurantielles privées, le volant de population cible est loin d'être négligeable et l'éventail des prestations à couvrir relativement large. La position des enseignants est ici centrale, tant comme public cible, qu'en termes d'information et de formation des jeunes.

Mais pour le plus grand nombre des habitants des pays pauvres, l'argument de la concurrence est fallacieux, car leur capacité financière est trop faible pour fonder une demande solvable. Les Etats ne peuvent proposer une prise en charge collective, fut-elle limitée aux soins de base. Aux fractions supérieures des classes moyennes de ces pays qui bénéficient d'une organisation relais (coopérative, syndicale ou mutuelle) ou d'une offre directe de sécurité sociale des services publics, les assureurs privés proposent souvent des services complémentaires.

Quoi qu'il en soit, la couverture des risques de santé est encore aujourd'hui et dans son ensemble, très loin d'être la règle dans le monde.

***Composition des dépenses de santé dans les pays à haut, moyen et bas revenus, moyenne pondérée en fonction de la population, 2002***

	Dépenses totales de santé (% PIB)	Santé publique (% du total des dépenses de santé)	Dépenses de sécurité sociale (% du total des dépenses publiques de santé)	Privé (% du total des dépenses de santé)	Versements par le patient (% des dépenses privées de santé)
pays à bas revenu	5.30	29.14	6.18	70.86	92.84
pays à revenus moyens à bas	5.60	41.59	35.55	58.41	86.02
pays à revenus moyens à haut	6.18	56.27	53.43	43.73	82.93
pays à haut revenus	10.37	65.15	43.95	34.85	55.78

Source : The World Bank, 2006, *Health Financing revisited, a practitioner's guide*, p.41

Ces constats forts restent de mise quelles que soient les divergences des chiffres. Durant les vingt dernières années, le débat relatif à la santé publique a été centré sur la pérennité des organismes de soin. La notion de « recouvrement des coûts » via la participation des usagers (Initiative dite de Bamako en 1987) a joué un rôle clé. Depuis peu, les limites et effets pervers des applications de cette notion sont publiquement discutés en particulier pour ce qui concerne les populations les plus vulnérables.

### **Les enseignements de quelques expériences récentes**

Il importe ici de nous centrer sur les mécanismes de protection basés sur le prépaiement (à la source du revenu ou par cotisation) via une organisation différente du prestataire de soins et couplé à un mécanisme de capitalisation ou/et de répartition (la frontière n'est pas toujours nette et des formules mixtes peuvent exister combinant répartition pour certains soins de base et capitalisation pour des soins complémentaires).

Les obstacles à l'accès aux soins de santé sont nombreux, le coût des soins de santé en constitue un. « C'est la raison pour laquelle l'extension des prestations de services de santé doit aller de pair avec une sécurité sociale basée sur le prépaiement et la répartition plutôt que sur le paiement direct par les usagers » (OMS, 2008 : 11).

Les pays à bas-revenus ne disposent pas ou peu de ressources fiscales stables, ce qui rend presque impossible la mise en place d'un système de santé national financé par les impôts. Les systèmes qui supposent une cotisation personnelle, familiale ou communautaire y restent par ailleurs, comme on le verra, sujets à des questions cruciales et à des limites fortes.

D'autre part, les systèmes d'assurance-maladie couvrant le secteur formel comme les fonctionnaires ou les salariés, ne touchent qu'un faible pourcentage de la population. En effet, la majorité de la population est représentée par le secteur informel.

Les systèmes de protection santé à base communautaire qui se sont développés pour couvrir le secteur informel, n'atteignent qu'une proportion très faible de cette couche de population. De plus, leur nombre d'adhérents est souvent trop faible (ou croît trop lentement) pour assurer la viabilité de la structure. (ISSA, 2008a : 3). Ainsi, en milieu rural africain par exemple, les expériences de micro-assurance santé (MAS) communautaires ne toucherait environ qu'1% de la population en Afrique de l'Ouest (Waelkens & Criel, 2004). Les taux d'adhésion et de pénétration restent très bas, atteignant rarement plus de 10% de la population cible (De Allegri et al., 2006).

Bien d'autres facteurs hypothèquent encore le déploiement des petites initiatives communautaires basées sur le prépaiement volontaire en vue d'un système de répartition (mutuelles) ou de capitalisation : manque de moyens financiers des communautés mais aussi précarité et de l'irrégularité des revenus ; manque et non fiabilité des organismes prestataires de soins ; qualité insuffisante des soins de santé délivrés ; incompréhension et mauvaise gestion des organismes et des fonds ; manque de ressources humaines formées, manque de compétences et de motivation des gestionnaires locaux, le plus souvent bénévoles (Fonteneau & Galland, 2006) ; caractère limité<sup>1</sup> ou inadéquat des risques couverts au regard des recours locaux possibles ou de la culture médicale locale (Gbénahou, 2008 ; Nyssen, 2008), sélection adverse.<sup>2</sup>

Toutes ces initiatives montrent qu'aucun modèle ne peut à lui seul participer de façon efficace à l'extension de la couverture santé.

### **La protection santé mise à l'agenda international**

Durant ces dernières années, des initiatives très localisées plus particulières ont vu le jour dans des pays en transition et en développement, des pays parfois très pauvres et/ou dans des Etats très faibles (RDC par exemple). Ces initiatives nationales ou étrangères, prenant en charge contractuellement les soins de santé de leurs personnels, renvoient à une recommandation très générale de l'OIT depuis 2001 (Convention 102-130 et recommandation 134).

De manière plus novatrice, à l'initiative de petites formations médicales (centres de santé) où même de médecins individuels, des petites formules d'assurance collective sont mise sur pied en étroite dialogue avec les usagers. Des initiatives de ce dernier type, portées par des professionnels de santé (par exemple, l'Association des médecins de campagne et les centres de santé communautaires au Mali) ne lèvent pas l'ensemble des hypothèques évoquées ci-dessus à propos des mutuelles communautaires, mais rencontrent deux d'entre-elles : la question de la confiance et celle de l'articulation entre capacité de payer et accès à des soins de proximité (proximité spatiale et sociale).

Mais c'est principalement par le « haut », à travers la multiplication d'initiatives internationales destinées à appuyer les systèmes de santé des pays en développement que la relance de l'objectif d'une couverture collective des soins de santé et d'une évolution vers des formules à caractère universel s'affirment désormais au niveau des agences internationales de santé publique et des politiques nationales de certains pays. On pourrait dire que la communauté internationale (les « acteurs globaux » mais aussi les ONG et Organisations des

---

<sup>1</sup> dû notamment aux primes demandées qui sont fort basses afin de toucher un public le plus large possible.

<sup>2</sup> Pour un bilan des déterminants de l'adhésion aux dispositifs communautaires à contribution volontaire, voir Failon et Defourny (2008), Waelkens et Criel (2004), Fonteneau (2003).

Sociétés Civiles (OSC) ) ont acquis une conscience aigüe de la question sanitaire dans les pays en développement et en transition. On résumera ainsi le raisonnement : la santé dépend de la performance et de la qualité des systèmes de santé, celle-ci est indéfinissable en l'absence d'un accès large, cet accès reste très partiel, inégal et inefficace économiquement dès lors que de grandes majorités ou de minorités de citoyens défavorisés en sont exclus. Il importe donc de trouver les moyens de socialiser les coûts qu'impliquent cette efficacité et cette équité en réduisant la part des paiements directs ponctuels et en répartissant le risque sur un collectif de taille suffisante susceptible de contenir le risque de sélection adverse.

Entre 2002 et 2008, l'aide internationale dans le domaine de la santé a doublé<sup>3</sup>, mais 1,3 milliard de personnes restent dépourvues de tout accès à des soins de santé ! L'ensemble de l'aide internationale confirme le consensus croissant entre les « acteurs globaux » pour une remise à l'agenda des capacités de coordination et régulation publiques des services de base où la santé est clairement privilégiée. Ce renouveau de l'objectif de couverture collective de la santé articule deux idées majeures : partage élargi des risques et solidarité. Il surgit à la croisée de différentes révisions des paradigmes internationaux :

- Formulation des Objectifs du Millénaire du Développement (OMD) en 2000, révision des politiques d'aide Déclaration de Paris, suivi d'expériences nouvelles en matière d'aide budgétaire et expérimentation des Swap (*Sector Wide Approach*) dans le domaine de la santé publique.
- Nouveau consensus sur la Sécurité sociale porté par l'OIT en 2001 et campagne d'extension de la protection sociale implémentée par STEP dès 2003.
- Déclaration d'Abuja des Ministres africains de la santé en 2001, avec engagement à consacrer 15% des fonds de gouvernement à la santé, à annuler la dette externe des pays, à arriver à une contribution des pays d'OCDE à 0.7% de leur PIB pour l'aide de développement officielle.
- Constats récurrents portant sur l'aggravation de la situation sanitaire et médicale des couches pauvres des populations des pays en transition et en développement ainsi que sur les effets pervers de la régulation de la demande de santé via les paiements par les usagers.
- Multiplication des foras et initiatives multilatérales, plurinationales ou mixtes visant à soutenir le développement des systèmes de financement pérenne de la santé et de systèmes universels de protection santé, notamment à travers des systèmes d'assurance-maladie sociale dans les pays en transition et en développement : OMS (2005), *Providing for Health* ou P4H (France, Allemagne Banque Mondiale, OIT, OMS 2007), G8 (Saint Petersburg 2006, Heiligendamm 2007, Tokyo 2008).
- Conférence de Bruxelles sur le financement des systèmes de santé et la protection sociale de la santé (mars 2009) pour développer une politique européenne de protection santé pour les pays en voie de développement.

---

<sup>3</sup> Croissance sans précédent et pour partie due aux initiatives massive des fonds verticaux et des interventions des Fondations dédiées à quelques affections et maladies, interventions dont les effets stimulants sur les systèmes de santé les plus faibles sont très discutés.

**Conformément à son engagement lors de la réunion de Saint Petersburg, le Président Chirac a réuni, les 15-16 mars 2007 à Paris, une conférence internationale « Couverture du risque maladie dans les pays en développement : rompre le cercle vicieux de la maladie et de la pauvreté ».**

Un an plus tard, afin de poursuivre la mobilisation internationale sur ce sujet, la France a organisé une deuxième conférence le 7 mai 2008. Cette conférence a réuni des représentants de haut niveau de plus de 30 pays, organisations internationales et associations autour du thème « Couverture du risque maladie dans les pays en développement : qui doit payer ? ». Elle a atteint les résultats suivants :

- une mobilisation accrue autour de la dynamique liant santé, croissance et lutte contre la pauvreté ;
- un accord de la part des Fonds spécifiques (Fonds Mondial de lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme (GFATM) et Alliance mondiale pour la vaccination (GAVI)) pour contribuer au financement des systèmes de santé des pays bénéficiaires ;
- une reconnaissance de la variété des approches et des initiatives possibles en vue d'un financement innovant de la couverture du risque maladie ;
- la déclaration des Chefs d'Etat et de Gouvernement du G8 à Tokyo en juillet 2008 qui a souligné à nouveau la nécessité pour les pays partenaires de travailler en vue d'un financement durable et équitable des systèmes de santé.

**De l'agenda international à la mise sur pied de mécanismes de protection santé universels adaptés à chaque pays**

Plusieurs pays en voie de développement ont mis en place des mécanismes de sécurité sociale (*social health insurance*) pour les travailleurs du secteur formel et soutiennent par ailleurs peu ou prou diverses assurances volontaires pour les personnes relevant du secteur informel. Des dizaines d'expériences de type mutuelle ont été soutenues par les agences de coopération en Afrique de l'Ouest parmi les agents du secteur informel commercial. Une minorité de personnes est donc couverte par un système de sécurité sociale directe, dans la plupart des cas, il s'agit des salariés du secteur public ou privé formel. (ISSA, 2008b : 2). Les systèmes strictement publics peuvent être complétés par des formes professionnelles d'assurance ou de mutualisation proposées par des organismes à vocation non lucrative (mutuelles, coopératives, syndicats, etc.). Dans de nombreux cas, ces mêmes employés des secteurs formels ou, à tout le moins, leurs composantes les plus « aisées » sont aussi la cible des offres issues du marché assurantiel.

Certains pays sont même allés plus loin en lançant une politique de protection santé universelle. Ils ont des engagements concrets à travers l'augmentation considérable de leur budget de santé et soutien aux mécanismes d'assurance et de protection sociale de la santé comme élément-clé de leur stratégie de santé publique (Rwanda : extension progressive de la couverture sociale à toute la population via la multiplication de mutuelles régionales et subvention à l'adhésion des plus pauvres ; Ghana : extension du système national d'assurance sociale financé par l'impôt à une fraction croissante de la population).

### **Vers une combinaison des mécanismes de financement de la santé**

Bien que différentes thèses restent en discussion quant aux modalités nouvelles de développement de systèmes collectifs de couverture des soins de santé susceptibles de réduire la part des versements directs par les usagers, et notamment sur la viabilité de systèmes généraux d'assurance sociale ou sur la pertinence d'une abolition des paiements par les usagers, un consensus semble se dégager sur les bases suivantes pour ce qui concerne les pays en développement (GTZ, 2005 ; Carrin, 2004). L'extension de la couverture collective des soins de santé ne saurait y répondre par un modèle type (clés en main) mais devrait combiner, articuler différentes formules existantes quant au financement des soins de santé (impôts et taxes, micro-assurance santé, assurance sociale par prélèvement, paiements individuels, assurance privée, aide internationale).

Cette articulation, comme l'exigence d'une protection aux plus pauvres et aux catégories sociales vulnérables, ou encore l'objectif de diminuer les paiements par les usagers ou de proportionner la contribution aux revenus (sans limiter la couverture), pour évoluer vers un système à vocation universelle, supposent une intervention financière publique (appuyée le plus souvent par des aides extérieures) Elle exige surtout une activité de définition de politiques de santé et de régulation légitimement portée par une autorité publique. Or dans bien des pays, l'aide internationale intervient mais ne peut rencontrer cette seconde exigence, et l'on sait par ailleurs que réduit à l'état de client individuel, l'utilisateur n'a que peu de capacité participative d'exercer ses droits. Si l'on ajoute que la confiance dans les autorités publiques est loin d'être généralisée dans de nombreux pays, on mesure ce que pourrait être le rôle de systèmes mutualistes professionnels qui seraient capables d'étendre leur capital de confiance hors de strictes frontières catégorielles. Ceux-ci seraient alors en position de participer à la négociation des politiques de santé au plan national, tant avec les institutions publiques, des organisations communautaires qu'avec des opérateurs de marché. Des organisations issues des milieux professionnels de l'éducation sont ici idéalement placées pour jouer ce rôle typique des Organisations de la Société Civile (OSC), de gestionnaire de la confiance et de partenaire dans le pilotage des systèmes de santé.

### **Réarticuler l'offre de santé publique et les problématiques de structuration (mutualisation) de la demande de soins**

On a souligné que l'intérêt des bailleurs de fonds traditionnels du développement pour les mécanismes communautaires de prépaiement des soins de santé est à nouveau vif, comme en témoignent diverses études récentes issues des organisations de santé publique (entre autres : OMS, 2008). C'est que le débat sur l'organisation des systèmes de santé s'est rapidement heurté à la question de l'accès.

« Une quantité considérable de données montrent clairement que les soins de santé primaires centrés sur les besoins des populations sont plus efficaces. Des soins de cette nature ont besoin de services de santé organisés en conséquence, avec des équipes pluridisciplinaires proches des usagers qui soient responsables d'une population définie, qui collaborent avec les services sociaux et d'autres secteurs et qui coordonnent les contributions apportées par les hôpitaux, les spécialistes et les organisations communautaires » (idem, p. 11).

A la différence du secteur des institutions de microfinance qui a vu se développer des stratégies inédites liant pouvoirs publics, organismes financiers privés, ONG ou OSC et organismes transnationaux, le secteur de l'assurance de santé et de la protection sociale reste

très cloisonné et très local (Poncelet & Pirotte, 2008 : 9). Au-delà de l'échange souhaitable d'expériences, l'idée d'une articulation entre des mécanismes communautaires et des mécanismes institutionnalisés au niveau national dans le secteur du salariat formel pourrait être mise en avant comme stratégie d'extension de la couverture santé (Coheur, Jacquier, Schmitt-Diabaté et Schremmer, 2007 : 2). Les enseignements fournis en outre directement ou indirectement par le BIT-STEP peuvent ici fournir une base de données permettant de réduire les fossés entre ces secteurs trop souvent cloisonnés.

A ce niveau et n'ayant abordé que la demande de soins, il faut bien convenir que nous avons laissé dans l'ombre l'autre face de la question, soit l'offre ou l'état du système de santé (institution de livraison des services proprement dits) existant dans les pays émergents ou en développement. Ce système dépend d'une grande diversité de normes nationales mais aussi des prescriptions plus ou moins fortes des organismes transnationaux de santé publique. Et comment ne pas faire référence aujourd'hui à une toute « nouvelle » offre issue des Fondations et des Fonds verticaux internationaux mobilisant annuellement, dans maints pays, plus de ressources que les ministères de la santé !

Il est en tout cas admis qu'aucune politique dirigée vers la structuration collective de la demande (prépaiement, assurance, mutuelle) n'a de sens si elle ne fait pas référence à une politique de santé publique régulant l'offre de soins. En revanche, il faut noter que les efforts consentis pour établir des mécanismes collectifs de contrôle participatif de l'offre de soins ont trop peu pris en compte la question de la mutualisation et la pérennité des ressources des usagers. C'est sans doute face à cette articulation défailante que les organisations mutualistes disposant encore de forts ancrages dans le secteur public et de l'expérience de leurs membres pourraient être particulièrement pertinentes.

### **Les défis à moyen terme**

Ouvrir à une couverture universelle de soins de santé fait désormais l'objet d'un consensus croissant de la part des diverses instances internationales, de nombreux bailleurs de fonds et des pays concernés. Des défis sont néanmoins directement posés aux organisations de type mutualiste face aux nouveaux horizons qui s'ouvrent à moyen terme en matière de couverture du risque de maladie.

1. Dans un contexte de renouveau de l'exigence de couverture des soins de santé (Maccatory & Paul, 2008) et de la reconnaissance de l'accès abordable à des soins de santé de qualité comme un droit fondamental, l'apparente capacité faible de nombreux Etats à définir et mettre en œuvre une politique de santé publique est démentie par des exemples récents. L'existence d'une politique nationale de santé est non pas contraire, mais indispensable à l'action pertinente des organismes de solidarité. Dans ce contexte, les Etats pourraient cependant reprendre l'initiative sans se soucier du faible ancrage collectif de leurs politiques et en surestimant l'adhésion réelle des populations. Par ailleurs, les bailleurs de fonds, consciemment ou non, suscitent souvent des formules très inadaptées de « contre-pouvoirs d'usager ». Assurer un relais solide auprès des populations et articuler les mécanismes de protection et les différents types d'acteurs permettront d'atteindre, de façon progressive mais durable, l'objectif de protection santé universelle.

2. Entre une initiative publique revigorée par un regain d'intérêt international, les initiatives privées et les interventions des « acteurs globaux » de la santé publique, les orientations fondamentales des services de santé et les principes d'un financement sont loin d'être ipso

facto équitables et solidaires, ni même en adéquation avec les besoins du plus grand nombre. Les organisations de type mutualiste ont donc un rôle à jouer qui dépasse de loin la structuration technique de la demande de soins : un rôle de partenaire des politiques publiques. Pour aller vers une protection santé universelle et viser l'extension de la couverture à toutes les populations, surtout dans les pays à faible et moyen revenu, des formes originales de combinaison des différents mécanismes existants et institutions de protection doivent être initiées et testées à des échelles croissantes.

3. Dès lors qu'elles sont gérées professionnellement en vue de leur viabilité financière, qu'elles mobilisent un capital de confiance à la mesure des cotisations récoltées et qu'elles passent à une échelle suffisamment importante, les organisations de type mutualiste ont leur place pour participer à une gestion partenariale (aux côtés d'organismes publics mais aussi privés) des dispositifs de soins. Elles contribueront ainsi à l'extension de la couverture santé de façon significative. Les énormes problèmes que rencontrent les formations hospitalières publiques centrales (de Sardan & Jaffré, 2003) pourraient gagner beaucoup à une participation indépendante d'organismes de ce type.

4. La question de l'identité collective et de la communauté de condition est seule à même de rencontrer la question qui reste au fond centrale dans tout système d'anticipation : la confiance. Se pose ici la question de savoir comment des organisations à base professionnelle peuvent élargir leurs « bassins » et leurs espaces de légitimité au-delà de traditions corporatistes et catégorielles. Il importe à cet égard de s'insérer autrement dans les sociétés locales afin d'assurer l'ancrage pérenne d'organisations de type mutualiste.

5. Enfin, dans un contexte international à nouveau favorable à la couverture sociale des soins de santé, les organisations professionnelles de l'éducation devraient faire valoir et reconnaître comme telle leur position centrale dans la transmission aux jeunes générations des principes de solidarité, leur capacité aussi de mobiliser celles-ci dans la recherche de formules adaptées dont l'urgence est partout clamée.

## 1.2. Les mutations du monde enseignant

### L'universalisation d'une école à vocation publique

Les questions d'enseignement et les problématiques concernant les personnels de l'éducation ont été partout au centre des politiques de construction nationale quels que soient les régimes. Certes la tradition moderne de l'école publique est plus française qu'anglaise ou américaine ! L'enseignement privé a été beaucoup plus présent et reconnu dans les pays héritiers de ces deux derniers modèles. L'enseignement à base associative (religieuse le plus souvent) a joué et continue de jouer un rôle important dans les pays de traditions chrétiennes ou musulmanes. Cependant les processus de nationalisation de l'espace public ont partout contribué à mettre l'école au centre des enjeux collectifs et au centre des enjeux politiques. D'où l'expansion continue du contrôle public sur les systèmes scolaires, leurs contenus, leurs méthodes, leurs statuts, leurs personnels. Bien des « guerres scolaires » en ont résulté et les équilibres trouvés entre gestion directe par une administration (Etat, Province, Département, Région, Commune) et gestion plus ou moins autonome par des acteurs conventionnés, restent divers et complexes. Cependant, l'immense majorité du monde enseignant scolaire s'est trouvée, presque partout, identifiée, jusqu'il y a peu de temps, au service collectif (pour ne pas dire « public ») et, dirait-on aujourd'hui, au monde « non marchand ».

Durant le XIX et le XX siècle, l'universalisation de l'école et de la condition enseignante a été fulgurante, quels que furent les régimes. Le contrôle de l'école a été au centre des politiques publiques naissantes dans tous les pays neufs, puis dans les pays en développement. La profession a été longtemps relativement stable et fortement structurée autour d'un modèle public national qui fournissait un cadre d'activité, de carrière et de... protection sociale relativement homogène. Les enseignants ont souvent acquis des positions syndicales relativement fortes dans les « services publics » et ont été à l'origine de dynamiques notoires de l'économie sociale (MGEN, 2006). Les organisations représentatives se sont organisées au niveau international (cf. l'Internationale de l'Education - IE - [www.ei-ie.org](http://www.ei-ie.org)).

En 1966, à l'initiative de l'UNESCO et de l'OIT, une conférence intergouvernementale a adopté une « recommandation concernant la condition du personnel enseignant ». Ce texte définit les droits et les obligations des enseignants pour tous les niveaux d'enseignement et dans tous les établissements (publics et privés). En favorisant la condition enseignante, on estime généralement contribuer à renforcer la qualité de l'enseignement.

Les enseignants représentaient en 1997, 1,6% de la population mondiale âgée de 15 à 64 ans (SINISCALCO, 2002 : 7). « En 2004, on comptait plus de 54 millions d'enseignants au primaire et secondaire dans le monde, dont plus de la moitié dans sept pays seulement, en l'occurrence en Chine (11,1 millions), en Inde (6,0 millions), aux Etats-Unis (3,3 millions), en Indonésie (2,6 millions), au Brésil (2,3 millions), en Fédération de Russie (1,7 million) et au Mexique (1,1 million) » (ISU, 2006 : 21). Les enseignants représentent probablement une des catégories professionnelles les plus importantes (en termes d'effectifs) dans le monde des « cols blancs ».

## Une fin de siècle difficile

L'effondrement des régimes étatiques (socialistes, communistes, nationalistes, « développeurs » issu des décolonisations et indépendances) qui tendaient tous vers des formes diverses de prise en charge publique de l'éducation et de la santé d'une part, la mise sur pied des Programmes d'ajustement structurel et des conditionnalités diverses issues des principes de « gouvernance » d'autre part ont cumulé leurs effets pour imposer une redéfinition des logiques sous-tendant les services sociaux, sanitaires et éducatifs. Enfin le paradigme international de la lutte contre la pauvreté a détourné le regard et les priorités des classes moyennes (dont les enseignants constituent souvent un élément central et actif) vers les groupes très vulnérables. Les signes d'une mutation globale du monde de l'enseignement étaient donc lisibles à la fin du siècle précédent.

Durant la dernière décennie du XX siècle, les mutations structurelles, politiques, économiques et culturelles que l'on a coutume de qualifier de « globalisation » ont largement répondu à des logiques de libéralisation et de transnationalisation de marché incluant un nombre croissant de services en rapport avec l'éducation et la santé. Les Etats, comme les organisations de solidarité et de self-help (mutuelles et coopératives) se sont trouvés confrontés à des contextes inédits les contraignant, dans maints cas, à actualiser leurs héritages.

Si certains pays disposent d'un système éducatif fonctionnel caractérisé par une scolarisation primaire quasi universelle et par des enseignants, un peu vieillissant, mais dotés de compétences requises, d'autres pays, le plus souvent moins bien lotis, vont devoir faire face à une croissance impressionnante de leur population scolaire (« Selon les prévisions, les taux de croissance devraient donner lieu d'ici 2015 à une augmentation de 24 millions d'élèves en Afrique subsaharienne et de 5 millions d'élèves dans les Etats arabes dans l'enseignement primaire » (ISU, 2006 : 15)). Il est clair que les projections concrètes correspondantes en termes de « force de travail » enseignante ne sont ni à la mesure quantitative, ni à l'aune qualitative, de ces projections !

Les pays pour lesquels l'âge des professeurs est élevé peuvent s'interroger sur le renouvellement de leurs effectifs et la pénurie éventuelle qu'ils pourraient rencontrer même si, dans certaines régions déjà très scolarisées comme l'Asie de Est, l'Europe et l'Amérique, la population enseignante doit globalement décroître au vu des évolutions démographiques.

« Dans la plupart des pays de l'OCDE et de l'Union européenne, la majorité des professeurs ont plus de 40 ans, alors que, dans de nombreux pays à revenu moyen ou en voie de développement qui participent au Programme sur les indicateurs de l'éducation dans le monde (IEM) de l'OCDE/UNESCO, l'âge moyen est bien plus bas. La proportion d'enseignants de moins de 30 ans est très élevée dans certains des pays les moins développés, où l'on trouve généralement très peu d'enseignants expérimentés » (SINISCALCO, 2002 : 1). En Indonésie, 51% des enseignants du primaire ont moins de 30 ans et sont peu expérimentés.

Pour ces pays, l'objectif sera double : conserver (améliorer) les enseignants actuellement en fonction et attirer les jeunes vers la profession, les former et les « retenir » face au développement des marchés de service. Ce double objectif est d'autant plus complexe que les conditions d'enseignement et la considération sociale attribuée à cette profession sont se sont clairement affaiblies. Comment attirer et « maintenir » ces professeurs au regard des constats suivants :

- Les classes sont parfois surchargées. Le ratio élèves/enseignants varie de 9 élèves pour un enseignant à 72 !
- La charge de travail est variable. Le temps de travail et le temps d'enseignement varient fortement selon les pays, le temps de travail peut se situer entre moins de 20 heures par semaine et plus de 40 heures.
- Les salaires sont peu attrayants. « Les perspectives de rémunération des enseignants influent sur la décision d'entrer ou de rester dans la profession enseignante » (IE, 2006 : 5). D'après l'étude menée par l'Union des banques suisses (UBS, 2003 ) dans 70 pays à travers les 5 continents, il n'existe « que peu de villes où les enseignants soient mieux payés que les cuisiniers, ils ne peuvent rivaliser presque nulle part avec les ingénieurs, les employés de banque, et même les chauffeurs de bus ou ouvriers industriels qualifiés sont mieux payés dans la majorité des lieux étudiés » (IE, 2006 : 6). Dans de nombreux pays « libéralisés », le développement des métiers de service a offert aux jeunes candidats enseignants des avantages immédiats divers susceptibles de les détourner du monde scolaire.

### **L'enseignement au tournant du millénaire : entre expérimentations et libéralisation**

Le poids des organismes financiers (FMI, OMC) ou de « gouvernance » (BM) dans la nouvelle conditionnalité exercée sur les moyens disponibles pour les réformes fondamentales dites d'ajustement (dans les Pays en développement) et de libéralisation (Europe centrale, Europe orientale, Asie, Amérique Latine) ont incontestablement pesé sur les systèmes scolaires nationaux et surtout sur les plus récents, les moins complets, bref les plus fragiles d'entre eux. Durant les années 1990, la condition enseignante a été au centre des réformes visant les secteurs et monopoles publics. Nul ne niera que ces réformes étaient dépourvues de toute justification. On ferait cependant ici volontiers l'hypothèse que l'école en a payé un prix encore plus grand que les autres secteurs plus propices aux investissements étrangers ou plus « attractifs » pour les Agences ou Fonds d'aide (la santé par exemple).

Outre les compressions d'effectifs à l'instar de la plupart des secteurs publics, les arrêts plus ou moins longs de recrutement, bien d'autres tendances ont sapé plus fortement (voire ont compromis) les modèles éducatifs à vocation publique. Non seulement les réductions de dépenses ont affecté durablement (au moins la décennie 1990 en Afrique) les moyens de fonctionnement des écoles, mais des institutions clés de la profession ont été délaissées, telles les écoles de formation des maîtres (ENS au Bénin), les concours de recrutements, les services d'inspection. Certes la formation des enfants est restée une priorité affirmée par les grands bailleurs et par les institutions internationales et nationales spécialisées mais lorsque l'on examine de près les logiques d'interventions promues, on prend aisément conscience qu'elles s'opposent pas vraiment à la crise de l'école, ni au déclin du statut du corps enseignant local. Ainsi par exemple, les interventions ciblées d'agence de coopération ou d'ONG sur les programmes éducatifs spécifiques (genre, handicaps, formation professionnelle précoce, groupes spécifiques d'enfants en danger...) ont créé des enclaves pédagogiques et statutaires temporaires dont les effets sur l'institution scolaire sont insignifiants, voire négatifs par exemple, lorsqu'ils contribuent à « débaucher » les enseignants pour des activités de projet, ou à multiplier les occasions de prestations complémentaires. Ainsi dans les pays les plus « aidés », les expériences localisées se sont multipliées, introduisant des ressources nouvelles, des acteurs inédits et des logiques finalement peu profitables à la plus grande partie du corps enseignant.

A mesure que les parents étaient sollicités de mille manières pour financer une école dont les produits étaient déjà peu certifiés auparavant, il est apparu juste d'organiser leur participation et d'en faire des « partenaires éducatifs ». Ce passage du droit souvent passif de l'usager au « droit actif du client » n'a rien de pervers en lui-même mais suppose une régulation publique forte. Cela n'a pas été le cas dans nombreux de pays. Souvent, le soutien extérieur accordé au « mouvement parental » qui s'est déployé dans le secteur public comme dans le secteur privé, a contribué à accroître les pouvoirs des directeurs, à accentuer les inégalités entre écoles ou secteurs, et à produire de nouveaux acteurs éducatifs qui ont très rapidement couvert l'espace ouvert à la cogestion : comités de parents, union de comités, groupements de parents d'une obédience religieuse, fédérations nationales<sup>4</sup>. Si nombre de ces comités, au niveau local, ont eu beaucoup de peine à devenir autre chose qu'un instrument de cogestion (limitée) aux mains de nombreux directeurs, leurs représentations ont acquis une représentativité aux niveaux national ou international. Cette dernière est souvent perçue comme injustifiée et antisyndicale par les syndicats d'enseignants.

Le (re)déploiement de nouveaux réseaux religieux a contribué à accroître le malaise autour du modèle national surtout si celui-ci apparaissait comme laïc. On ne s'étonnera pas que les années 90 aient fourni l'occasion de noter quelques phénomènes de déscolarisation (Afrique de l'Ouest) et que, dans quelques pays du Sahel ou de l'Afrique de l'Est, les formules religieuses musulmanes traditionnelles aient progressé beaucoup face à l'impasse scolaire.

Depuis dix ans, les réactions dispersées des syndicats d'enseignants sont apparues comme très catégorielles et fortement polarisées vers les questions de rémunération et d'avantages sociaux. Dans une certaine mesure, face à la convergence de facteurs défavorables, les enseignants eux-mêmes ont entretenu le marché informel de l'enseignement complémentaire individualisé, voire la prolifération d'écoles privées. La condition enseignante apparaît alors clairement éloignée de l'image qui était celle de l'instrument central de formation des sociétés nationales prévalant jusque dans les années 80. Déclin du prestige, affaiblissement et diversification des statuts et fractures au sein du corps enseignant étaient partout à l'ordre du jour au moment où la communauté internationale préparait le consensus sur les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) et entamait une réflexion critique sur les modalités de l'aide publique au développement (Déclaration de Paris 2005).

---

<sup>4</sup> Dans le cas du Bénin, le soutien à la structuration des associations de parents et à constitution d'une représentation nationale de ceux-ci a été très largement le fait de l'USAID et d'ONG sous-traitantes (Grap OSC 2008).

**L'horizon 2015*****Effectif enseignant et l'objectif de l'éducation primaire universelle (EPU) en 2015***

Région	Effectifs actuels d'enseignants 2004 (en milliers)	Effectifs prévus d'enseignants requis pour atteindre l'objectif en 2015 (en milliers)	Différence entre les effectifs d'enseignants pour atteindre l'objectif en 2015	Nombre de pays	Pays pour lesquels une augmentation est nécessaire (en milliers)	Nombre de pays
<b>Etats arabes</b>	1752,3	2202,2	449,9	20	479,0	15
<b>Europe centrale et orientale et Asie centrale</b>	1566,9	1369,1	-197,7	29	33,6	2
<b>Asie de l'Est et Pacifique</b>	9413,7	7359,1	-2054,6	23	32,2	7
<b>Amérique latine et Caraïbes</b>	2898,9	2538,0	-360,9	30	21,1	4
<b>Amérique du Nord et Europe occidentale</b>	3605,0	3506,3	-98,7	23	89,0	5
<b>Asie du Sud/Ouest</b>	4421,7	4747,1	325,4	9	413,7	6
<b>Afrique subsaharienne</b>	2395,5	4028,9	1633,4	44	1643,9	37
<b>Monde</b>	26054,0	25750,7		178	2712,6	76

Source : ISU, 2006, Les enseignants et la qualité de l'éducation : suivi des besoins mondiaux d'ici 2015, p.41

Ces chiffres ne portent que sur le niveau primaire. S'il n'est guère permis de distinguer le renouvellement des enseignants des nouveaux postes et si les critères d'encadrement peuvent changer (x enfants par classe, par maître) on voit clairement que les nouveaux postes requis le sont en immense majorité dans trois régions (ASS, **Etats arabes**, Asie du Sud-ouest) et quelques pays particuliers dans les régions de décroissance démographique confirmée.

Le tableau suivant permet de penser que la croissance du niveau secondaire à pris le relais de la décroissance du niveau primaire et qu'elle est déjà marquée clairement depuis le tournant du millénaire dans les régions où les effectifs enseignants du primaire ont déjà beaucoup crû et aussi dans celles où ils continueront de croître d'ici 2015. Voir en outre le monde arabe qui, comme l'Amérique latine, a connu un doublement des effectifs d'enseignants du secondaire en treize ans !

*Evolution des effectifs d'enseignants au primaire et au secondaire entre 1991 et 2004*

Région	Enseignants au primaire		Enseignants au secondaire	
	en milliers		en milliers	
	1991	2004	1991	2004
<b>Etats arabes</b>	1243	1761	871	1697
Europe centrale et orientale et Asie centrale	1736	1539	3127	4058
Asie de l'Est et Pacifique	8860	9444	6240	8700
Amérique latine et Caraïbes	3070	2940	1538	3284
Amérique du Nord et Europe occidentale	3153	3589	4451	4913
Asie du Sud/Ouest	2995	4769	2628	3900
Afrique subsaharienne	1713	2377	634	1060
Monde	22771	26420	19490	27613

Source : ISU, 2006, p.22

**Les Etats arabes** verront augmenter leurs effectifs de 26% (450 000 enseignants supplémentaires), en Asie du Sud et de l'Ouest, c'est 325 000 nouveaux enseignants qui seront nécessaires. L'Afrique subsaharienne, entre 2004 et 2015, devra recruter 1,6 millions nouveaux enseignants pour faire face à l'augmentation de sa population scolaire (soit une augmentation de 68 %) (ISU, 2006 : 41).

Pour répondre aux objectifs du millénaire, dont la scolarisation primaire universelle et l'égalité de genre, il serait question de « recruter quelques quatre millions d'enseignants d'ici 2015 » (Senou, 2008 : 2).

Outre ces tendances, la priorité mise par les organismes bailleurs sur les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) (dont deux concernent directement l'éducation de base : universalité et égalité sexuelle en 2015) rapportée aux pressions démographiques d'une part, et des ressources mobilisables par ailleurs permet de comprendre l'ampleur du défi éducatif mondial et la métamorphose annoncée de la fonction enseignante !

Derrière les chiffres, il convient de souligner les facteurs structurels qui continueront de soutenir la « déconstruction » de la profession, plus précisément là où les besoins quantitatifs sont les plus criants et où les conditions de revenus et d'accès à une protection sociale minimum sont les plus précaires, déclinantes ou inégales.

- L'extension des logiques de marché et plus généralement, des logiques dites de recouvrement des coûts, l'impressionnant développement d'un enseignement privé (surtout dans le secondaire) ou de forme mixtes (dites communautaires). Selon Vinokur (2004), le déclin mais aussi la contestation du modèle national public dans de nombreux pays en transition laissent découvrir un secteur fortement hétérogène dans ses acteurs et ses logiques.

Ainsi les critères habituels distinguant, privé/public, marchand/non-marchand, initiative publique/initiative communautaire, ... sont devenus trompeurs ! Le développement de l'enseignement privé est et sera principalement orienté vers le niveau secondaire. Déjà dans un pays comme Madagascar (UNESCO, 2006), la moitié des collégiens sont inscrits dans des établissements privés pour à peine un cinquième au niveau primaire.

- Si l'école n'a jamais été dépourvue de fonction de reproduction des inégalités sociales, les systèmes scolaires dans leur ensemble ont été aussi de formidables facteurs de promotion sociale individuelle et collective. Il semble cependant que les facteurs de différenciation qualitative sont devenus très puissants dans la plupart des pays émergents et en développement où des niveaux d'excellence pour des minorités côtoient une école de la misère pour de larges fractions de la population. Cette revendication de l'excellence pédagogique est souvent en rapport avec une forme de privatisation, et dans certains cas, bénéficie de partenariats internationaux (Vinokur, 2004).

- Les profils professionnels : des centaines de milliers d'enseignants contractuels ont été récemment recrutés sous des procédures de contrôle plus ou moins formalisées par les pouvoirs publics qui ne sont pas toujours leurs employeurs. Très fréquemment, des étudiants sans formation pédagogique ou des professionnels ont rejoint les classes, que ce soit dans l'enseignement public (conventionné ou non), dans l'enseignement communautaire ou dans l'enseignement strictement privé. Ce n'est que depuis peu que des organisations de coopération ont compris l'importance d'une intégration progressive dans la fonction publique des contractuels recrutés par les écoles publiques depuis parfois plus de dix ans<sup>5</sup>.

- Les statuts : nombre de ces nouveaux enseignants sont recrutés sur base temporaire et restent en dehors de la fonction publique de leur pays. Des minorités significatives reçoivent des salaires négociés avec les directions d'établissements voire dans certains cas avec des Associations de parents et des « représentants » issus d'organisations syndicales ou proposés par le corps enseignant de l'école. Tout porte à croire que, dans maints pays, les modes d'entrée et de sortie dans le corps enseignant seront de plus en plus diversifiés et que les trajectoires professionnelles des enseignants (une partie croissante d'enseignantes) seront très flexibles et très différentes même au sein d'un même pays, voire au sein d'un même établissement.

Ces enseignants « contractuels », salariés du privés ou « volontaires » n'intègrent pas la fonction publique. Cette nouvelle catégorie d'enseignants comprend également des enseignants dits « communautaires » dont le traitement est pris en charge par la communauté, des institutions communales assez récentes, les ONG, ou par les parents.

Pour faire à ce besoin d'enseignants, de nombreux pays, comme le Bénin ou le Sénégal, font appel à de « nouveaux enseignants » (Senou, 2008 : 2).

---

<sup>5</sup> Ainsi en RDC, sous le leadership de la coopération britannique, on envisage un appui à la procédure dite de « mécanisation » permettant ainsi à l'Etat d'étendre le bénéfice d'un salaire public à des milliers de professeurs contractuels ; ce salaire de l'Etat ne représentant, dans la fonction publique, qu'une fraction très variable du revenu des enseignants.

***Distribution des enseignants au primaire selon leur statut en Afrique centrale et de l'Ouest, 2003 (en %)***

	Guinée	Tchad (1)	Cameroun (1)	Togo (2)	Congo	Sénégal
<b>Fonctionnaires de l'Etat</b>	31	33	35	35	42	44
<b>Enseignants sous contrat</b>	39	68	20	31	4	42
<b>Parents</b>	30	0	45	35	54	15

	Niger	Madagascar	Bénin(1)	Burkina Faso (1)	Mali (3)	Côte-d'Ivoire (2)
<b>Fonctionnaires de l'Etat</b>	46	46	55	64	71	87
<b>Enseignants sous contrat</b>	50	54	16	24	8	13
<b>Parents</b>	4	0	29	12	21	0

Source : ISU, 2006, p.86

(1) les données se rapportent à 2002 ;

(2) Les données se rapportent à 2001 ;

(3) Les données se rapportent à 2000

Depuis quelques années, les grands bailleurs de fonds de l'aide publique tendent à remettre l'éducation au centre de leur préoccupation à travers les programmes de lutte contre la pauvreté et leurs « documents stratégiques ». Dans de nombreux cas, ces politiques ont contribué à accentuer et institutionnaliser les statuts particuliers des nouveaux enseignants. Il faut noter que si les salaires des enseignants apparaissent souvent au centre des négociations à l'instar des impératifs de bonne gestion des établissements (cf. comités de Parents), l'ensemble de la condition enseignante (formation continue, sécurité sociale, retraite, soins de santé, etc.) n'est absolument pas prise en compte comme telle par ces programmes.

### **Santé et protection sociale dans un milieu professionnel insécurisé et fragmenté**

Les quelques éléments susmentionnés permettent de baliser le contexte dans lequel les récentes initiatives mutualistes des enseignants dans le domaine de santé et de la protection sociale doivent être analysées et évaluées. Les nouvelles conditions (fragmentation ou diversification du modèle de l'éducation à vocation publique) et la nouvelle composition du monde enseignant qui émergent massivement au Sud et à l'Est questionnent les « acquis » de la protection sociale professionnelle et imposent d'innover dès lors qu'il s'agit de concevoir l'accès aux soins de santé<sup>6</sup> dont le marché privé est en développement bien que de manière très inégale. Le monde enseignant restera sans doute une pièce importante des classes moyennes dans la plupart des pays, mais les différences internes iront grandissantes en termes

<sup>6</sup> Certaines évolutions négatives décrites ci-dessus pour les systèmes d'éducation durant ces vingt dernières années ont été aussi présentes dans le secteur de la santé.

de statut, de carrière, de formation. Le rapport à l'Etat sera moins direct ou exclusif et, pour certaines catégories privilégiées, les offres de marché plus « attractives », notamment en termes d'assurances (complémentaires dans les domaines de la santé et de la retraite en outre).

Si la voie de la solidarité et en particulier la solidarité face aux risques encourus personnellement et par la famille semble s'imposer, nous pensons que ses fondements et ses modalités ne peuvent faire l'économie d'une réflexion plus poussée quant aux mutations de la condition enseignante contemporaine. Notre hypothèse générale est que les nouvelles conditions professionnelles et sociales, diversifiées, moins sécurisantes voire « déclassantes » qui seront celles des nouvelles cohortes d'enseignants ainsi que les fractures du modèle public-national offrent à la solidarité mutualiste de nouvelles perspectives, pour autant que l'on mesure bien les mutations en cours

- Comme segment lettré couvrant le spectre presque entier de la classe moyenne, le monde des enseignants demeure, malgré sa fragmentation croissante, un élément moteur de l'expression collective d'un droit à la santé. Plusieurs raisons convergent ici, sa formation scolaire l'y prépare, sa fonction de transmission des savoirs et d'éducation citoyenne le requiert certes, mais on ne peut ignorer que son propre souci de transmission intergénérationnelle à ses propres descendants est centré non sur les biens, mais sur les capitaux précieux de la santé et de l'éducation.

Le cas du Sénégal est original. En juillet 1995, le Sénégal lance le projet dit « Projet des Volontaires de l'Education ». Ce projet a fait appel à des volontaires pour combler le déficit d'enseignant principalement en milieu rural. Le but est d'augmenter le taux de scolarisation et de réduire la disparité entre garçons et filles, ainsi qu'entre milieu rural et milieu urbain. Ce projet avait initialement une durée de vie déterminée, un statut plus stable a été ensuite créé pour ces volontaires : maître-contractuel. Au terme d'une période quatre ans, un volontaire obtient le statut de maître contractuel.

Afin de fournir à ceux-ci, une couverture en matière de soins de santé, on crée en 1995, la Mutuelle des Volontaires de l'Education (MVE, qui deviendra MVCE après la création du statut de Maître-contractuel).

Si plus de 80% des volontaires ont le baccalauréat, 25% seulement possède un diplôme pédagogique.<sup>7</sup>

- Un accès à la santé via une protection sociale solidaire pourrait constituer un avantage social d'autant plus attractif en faveur de l'enseignement que les salaires restent faibles et les avantages financiers et autres s'amenuisent à mesure que la part du « fonctionnariat » se réduit. Dans certains cas, des « avantages sociaux » portant sur la santé (accès à une médecine de qualité) et la sécurité d'existence face à l'aléa peuvent devenir des éléments déterminant de la gratification et plus encore du maintien dans la profession.

- Une démarche mutualiste solidaire pourrait contribuer à redonner quelques ferments d'unité et d'identité à une profession parfois « insécurisée » par la contraction du statut public et « menacée » par le marché, deux périls souvent identifiés aux « global players ».

<sup>7</sup> Voir site [www.volontaires.sn](http://www.volontaires.sn) pour prendre connaissance des critères à respecter pour être engagé comme volontaires.

- Au vu de la très grande diversité des traditions de sécurité sociale, de la diversification croissante des conditions réservées aux enseignants et à leurs carrières dans la plupart des pays, il est vain de croire en l'existence d'un modèle « clés en main ». Chaque modèle solidaire de protection sociale devrait être conçu de manière particulière, tant en termes de modèle organisationnel, de membership que de produits offerts (Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit-GTZ, 2005).

- Entre une défense bien légitime de la profession par des organisations historiques et les tendances sous-catégorielles d'aujourd'hui, des formules pourrait s'affirmer autour d'organisations représentatives reconstruites ou émergentes (sur des bases sans doute diverses) au sein du milieu éducatif. Alors que nombre d'organisations représentatives s'épuisent à tenir des positions catégorielles voire sous-catégorielles et qu'elles vivent par ailleurs très mal les effets d'injonctions pédagogiques internationales, les professionnels de l'éducation pourraient, à travers leur engagement dans des formules originales d'économie sociale ouvertes à d'autres groupes professionnels, renouveler « leur contrat » avec les sociétés locales.

## **2. Etat des lieux de l'implication des enseignants dans les systèmes de protection sociale solidaires**

### **2.1. Brève note méthodologique**

Cette première recherche exploratoire réalisée via internet apporte une quantité impressionnante d'informations, en un temps record et d'un coût très faible. Elle initie un processus de recherche mais aussi de communication et de mise en réseau. Les recherches parallèles menées par le CIRIEC et Pôle-Sud (Université de Liège) en collaboration avec les partenaires du réseau permettent par ailleurs de leur donner de solides axes d'interprétation. Il faut cependant mettre en garde contre une lecture trop « statistique » des résultats.

Il n'existe aucune liste définissant la population qui serait constituée par l'ensemble des initiatives mutualistes de solidarité propres à des personnels enseignants ou professionnels de l'éducation, ou bien qui, historiquement auraient été initiées par eux. Nous ne pouvions donc avoir donc recours à une quelconque méthode systématique d'échantillonnage par tirage au hasard ni par degré. Nous n'avons par ailleurs aucune information fiable sur une éventuelle classification (éventuellement pondérée) de ces expériences selon un critère déterminant (statut, type de membres, poids financier, idéologie, etc.) qui nous aurait permis de construire un échantillon par quota à partir duquel identifier les unités et les échantillonner. En fait l'ensemble de ces expériences est aujourd'hui non délimité, non classifié, ne fait l'objet d'aucune systématisation juridique, organisationnelle ou financière. Le spectre est extrêmement diversifié (de la micro-expérience jusqu'à des organisations comptant des centaines de milliers de membres ; d'associations à peine reconnues jusqu'à des organisations pleinement intégrées - jusqu'à en perdre leur visibilité en tant qu'organisation de l'économie sociale - dans des systèmes de sécurité sociale parmi les plus solides de la planète !).

Ces considérations et celles qui suivent doivent nous permettre de comprendre que la liste de mutuelles que nous pouvons dresser aujourd'hui est illustrative. Il est tout à fait possible que des expériences correspondant à la cible n'aient pas été touchées. D'autres l'ont été, mais n'ont pas répondu ou pas complètement. Vu la diversité de connaissance et de position des informateurs visés, une réponse - positive ou négative - n'est pas nécessairement toujours fiable, une absence de réponse n'indique pas forcément une absence d'organisation dans le pays.

Les personnes contactées sont des membres de syndicats, de fédérations de mutuelles, de mutuelles, des universitaires ainsi que des personnes n'étant pas en lien direct avec le monde des systèmes solidaires de protection santé mais des experts fournissant une première source d'information à propos soit du secteur de la santé dans ces pays, soit d'organisations d'économie sociale actives dans le domaine de l'assurance, de la prévoyance et des soins de santé. Leurs niveaux d'implication dans les organisations sont donc très divers.

Les informations sont donc partielles (en raison de nombreuses non réponses) et celles qui sont disponibles devraient être recoupées systématiquement plus tard. Mais ces difficultés nous parlent aussi du fond : les organisations solidaires du monde éducatif et les réalités dans lesquelles elles s'inscrivent sont bien plus diversifiées que prévu, il en va de même de leurs « enchâssements » institutionnels.

La suite de cette exploration pourrait utiliser les moyens suivants :

- étude documentaire approfondie sur documents internationaux et locaux ;
- entretiens à distance ou sur place avec les experts nationaux de sécurité sociale reconnus ;
- études de terrain menées sur les organisations typiques et significatives.

## Présentation des résultats des enquêtes

### Préambule

*Cette enquête a pour but de dresser un inventaire des expériences mutuellistes de protection sociale solidaires initiées par ou pour les enseignants au niveau mondial.*

*En automne, un premier questionnaire a été établi en 3 langues (français, anglais et espagnol) et envoyé aux différents réseaux partenaires (MGEN, AIM, IE) et au sein du réseau CIRIEC. Ce questionnaire comporte huit questions dont la 1<sup>ère</sup> permet de déterminer si le répondant a connaissance d'une expérience mutuelliste recherchée. Si c'est le cas, le questionnaire est rempli.*

*Sur quelque 650 questionnaires envoyés, l'équipe de recherche a pu en récolter 90 complétés. Le taux de réponse d'environ 13.8% s'explique en raison des difficultés de langue, de vocabulaire mais aussi de la difficulté d'appréhender correctement le domaine d'investigation (voir aussi section 2.1). L'équipe de recherche met donc en garde le lecteur de l'utilisation de ces données. Les tableaux suivants font l'objet de commentaires mais ne peuvent en aucun cas avoir une valeur représentative. Ils permettent de présenter diverses expériences de type mutuelliste à travers le monde. Sur les 90 questionnaires reçus, seuls 49 sont positifs. Sachant qu'un répondant peut remplir le questionnaire pour plusieurs expériences mutuellistes, les 49 questionnaires positifs correspondent à 42 expériences mutuellistes identifiées dans 34 pays différents.*

*A l'issue de ce travail et sur base de la méthodologie utilisée, nous devons reconnaître qu'il n'est pas possible de dresser un inventaire exhaustif. Il s'agit ici d'une étude exploratoire et il est donc nécessaire pour la suite de développer une autre méthode pour traiter ce sujet de manière plus approfondie et pour couvrir davantage de pays.*

*Ensuite un deuxième questionnaire a été établi en décembre 2008 qui a été envoyé aux 42 expériences mutuellistes identifiées dans le 1<sup>er</sup> questionnaire. Ce 2<sup>ème</sup> questionnaire a aussi été envoyé par la suite à des expériences mutuellistes découvertes par un autre biais (recherches internet, recherches bibliographiques, contacts du CIRIEC).*

*Il faut donc noter que des personnes de contact des expériences mutuellistes ont répondu aux deux questionnaires, d'autres seulement 'au 1<sup>er</sup> questionnaire et enfin certaines uniquement au 2<sup>ème</sup> questionnaire. C'est pourquoi les chiffres et tableaux présentés pour le 1<sup>er</sup> questionnaire et le 2<sup>ème</sup> questionnaire ne peuvent en aucun cas être comparés. Il faut donc les analyser et commenter distinctement.*

*En tout, sur base des deux vagues de questionnaires envoyés, 92 expériences mutuellistes dans 36 pays différents ont été découvertes dans le cadre de cette étude (voir liste en annexe).*



Equipe de recherche : -Marc Poncelet (Pôle-Sud, Université de Liège)  
-Barbara Sak (CIRIEC International)  
-Olivier Vögeli (CIRIEC-Section Belge)  
-Christelle Pasquier (CIRIEC-Section Belge)

## **Etat des lieux des expériences mutuellistes de protection sociale solidaires initiées par ou pour les enseignants au niveau mondial**



### **QUESTIONNAIRE N°1**

## QUESTIONNAIRE N°1

La récolte d'information s'est déroulée en plusieurs étapes. Après l'élaboration du 1<sup>er</sup> questionnaire, celui-ci a été diffusé via les différents réseaux des partenaires. Au total, quelques 650 questionnaires n°1 ont été envoyés. 90 réponses ont été récoltées (taux de réponse 13.8%). Sur les 90 réponses, 49 sont positives et donc exploitables. On s'aperçoit aussi que 38% des réponses expriment la non existence du type d'expérience recherché.

Les mutuelles de santé initiées par/pour les enseignants sont principalement localisées dans 3 zones géographiques : Amérique du Nord et Europe occidentale, Afrique & Amérique Latine. Il faut aussi constater l'inexistence totale de réponses positives en Asie du Sud et de l'ouest et Asie Centrale.

### ❖ Nombre de réponses par régions géographiques au questionnaire n°1

Régions géographiques	Nombre de réponses	Réponses positives	Réponses négatives	Abstention
<b>Amérique du Nord et Europe occidentale</b>	23	10	12	1
<b>Europe centrale et orientale</b>	5	2	3	0
<b>Afrique du Nord</b>	4	3	1	0
<b>Afrique subsaharienne</b>	21	14	6	1
<b>Amérique latine et Caraïbes</b>	22	12	7	3
<b>Asie centrale</b>	2	0	2	0
<b>Asie du Sud et de l'Ouest</b>	3	0	2	1
<b>Asie de l'Est et Pacifique</b>	10	8	2	0
<b>Total</b>	<b>90</b>	<b>49</b>	<b>35</b>	<b>6</b>

❖ **Détails du nombre de réponses par pays au questionnaire n°1*****Amérique du Nord et Europe occidentale***

<i>Pays/Réponses</i>	<i>Total</i>	<i>Oui</i>	<i>Non</i>	<i>Je ne sais pas</i>
Allemagne	3		3	
Autriche	3		2	1
République de Chypre	2	2		
Danemark	2	2		
France	2	2		
Finlande	1	1		
Grèce	1		1	
Irlande	2		2	
Pays-Bas	2		2	
Portugal	2	2		
Royaume Uni	2	1	1	
USA	1		1	
<b>Total</b>	<b>23</b>	<b>10</b>	<b>12</b>	<b>1</b>

***Afrique du Nord***

<i>Pays/Réponses</i>	<i>Total</i>	<i>Oui</i>	<i>Non</i>	<i>Je ne sais pas</i>
Algérie	1	1		
Maroc	2	2		
Mauritanie	1		1	
<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	

***Europe centrale et orientale***

<i>Pays/Réponses</i>	<i>Total</i>	<i>Oui</i>	<i>Non</i>	<i>Je ne sais pas</i>
Pologne	1	1		
République Tchèque	1		1	
Russie	1	1		
Slovaquie	1		1	
Turquie	1		1	
<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>0</b>

***Afrique subsaharienne***

<i>Pays/Réponses</i>	<i>Total</i>	<i>Oui</i>	<i>Non</i>	<i>Je ne sais pas</i>
Bénin	1		1	
Burkina Faso	3		3	
Burundi	1	1		
Cameroun	1	1		
Congo	1	1		
Côte d'Ivoire	1	1		
Gabon	1		1	
Ghana	1	1		
Madagascar	1		1	
Mali	1	1		
Niger	1			1
RDC	3	3		
Sénégal	4	4		
Togo	1	1		
<b>Total</b>	<b>21</b>	<b>14</b>	<b>6</b>	<b>1</b>

*Amérique latine et Caraïbes*

<i>Pays/Réponses</i>	<i>Total</i>	<i>Oui</i>	<i>Non</i>	<i>Je ne sais pas</i>
Argentine	4	2		2
Bahamas	1	1		
Brésil	4	1	3	
Chili	2	2		
Colombie	2	1	1	
Commonwealth of Dominica	1	1		
Costa Rica	1		1	
Mexico	1		1	
Pérou	1	1		
Puerto Rico	1	1		
République dominicaine	2	2		
Uruguay	1		1	
Venezuela	1		1	
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>12</b>	<b>8</b>	<b>2</b>

*Asie centrale*

<i>Pays/Réponses</i>	<i>Total</i>	<i>Oui</i>	<i>Non</i>	<i>Je ne sais pas</i>
Azerbaïdjan	1		1	
Mongolie	1		1	
<b>Total</b>	<b>2</b>		<b>2</b>	

*Asie du Sud et de l'Ouest*

<i>Pays/Réponses</i>	<i>Total</i>	<i>Oui</i>	<i>Non</i>	<i>Je ne sais pas</i>
Bangladesh	1		1	
Inde	1			1
Pakistan	1		1	
<b>Total</b>	<b>3</b>		<b>2</b>	<b>1</b>

*Asie de l'Est et Pacifique*

<i>Pays/Réponses</i>	<i>Total</i>	<i>Oui</i>	<i>Non</i>	<i>Je ne sais pas</i>
Australie	3	2	1	
Corée du sud	2	2		
Japon	1	1		
Malaisie	1	1		
Nouvelle-Zélande	1	1		
Samoa	1		1	
Taiwan	1	1		
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>8</b>	<b>2</b>	

### ANALYSE DES REPONSES AU QUESTIONNAIRE N°1

*Les tableaux suivants répertorient le nombre de réponses obtenues pour chaque question.*

Question n°1 – Connaissez-vous dans votre pays une ou plusieurs mutuelles de santé s'adressant (notamment) aux enseignants ou bien initiées par des enseignants ?

Régions géographiques	Une	Plusieurs	Non	Je ne sais pas	Total
<b>Amérique du Nord et Europe occidentale</b>	6	4	12	1	23
<b>Europe centrale et orientale</b>	0	2	3	0	5
<b>Afrique du Nord</b>	0	3	1	0	4
<b>Afrique subsaharienne</b>	8	6	6	1	21
<b>Amérique latine et Caraïbes</b>	7	5	8	2	22
<b>Asie centrale</b>	0	0	2	0	2
<b>Asie du Sud et de l'Ouest</b>	0	0	2	1	3
<b>Asie de l'Est et Pacifique</b>	4	4	2	0	10

Une première difficulté résultant du mode d'administration du questionnaire (adressée à quelques personnes de contact par pays) résulte de la méconnaissance à l'échelle complète d'un pays de l'existence (ou non) d'une expérience mutuelliste initiée par/pour des enseignants. En effet, ce type d'expérience est géré localement ou régionalement. Ainsi on constate en Amérique du Nord et en Europe occidentale 12 réponses négatives et 10 réponses positives pour la même « région ». Il en est de même pour l'Afrique où on s'aperçoit que les expériences identifiées peuvent être locales et représenter des petites structures. Les micro initiatives, d'un point de vue mondial, sont difficilement identifiables dans leur totalité.

Question n°2 - Ces expériences mutuellistes prennent-elles la forme de :

Régions géographiques	Mutuelle	Assurance	Mutuelle et assurance	Micro-assurance « santé et prévoyance »	Coopérative « santé et prévoyance »	Convention entre syndicat(s) et entreprise (s) d'assurance ou mutuelle(s)	Autre	Pas de réponse
<b>Amérique du Nord et Europe occidentale</b>	5	3	1	0	0	3	1	1
<b>Europe centrale et orientale</b>	1	1	1	0	1	1	1	1
<b>Afrique du Nord</b>	1	0	2	0	0	0	0	0
<b>Afrique subsaharienne</b>	10	1	6	3	1	1	1	1
<b>Amérique latine et Caraïbes</b>	2	3	3	3	5	3	2	0
<b>Asie centrale</b>	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Asie du Sud et de l'Ouest</b>	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Asie de l'Est et Pacifique</b>	3	3	2	2	0	1	0	0

Les expériences identifiées prennent diverses formes mais sont essentiellement des mutuelles. On peut remarquer qu'en Amérique Latine on parle de coopératives. Une autre forme rencontrée également est une convention signée entre un syndicat et une assurance / ou mutuelle. Cette question qui de prime abord, par exemple, peut paraître simple cache pourtant deux difficultés de taille : le vocabulaire et la langue. En effet, la définition du terme « mutuelle » prend différents sens suivant les pays. L'autre difficulté est la langue. Ce questionnaire a été envoyé en trois langues (français, anglais et espagnol). Il s'avère que le terme « mutuelle » n'est pas compris ou connu dans certains pays et ne se traduit pas de la même manière en Espagne et en Amérique Latine.

Question n°3 - Couverture du risque :

Régions géographiques	Maladie/invalidité	Retraite	Hospitalisation	Décès	Autre	Pas de réponse
<b>Amérique du Nord et Europe occidentale</b>	6	3	6	5	1	1
<b>Europe centrale et orientale</b>	2	2	2	1	0	0
<b>Afrique du Nord</b>	3	1	3	1	2	0
<b>Afrique subsaharienne</b>	11	4	12	6	3	0
<b>Amérique latine et Caraïbes</b>	8	5	7	6	0	1
<b>Asie centrale</b>	0	0	0	0	0	0
<b>Asie du Sud et de l'Ouest</b>	0	0	0	0	0	0
<b>Asie de l'Est et Pacifique</b>	6	5	7	5	4	0

Les mutuelles de santé identifiées couvrent principalement la maladie/invalidité et l'hospitalisation. Le décès est le risque le moins couvert.

Question n°4 - Ces expériences « mutuellistes » sont-elles destinées :

Régions géographiques	Exclusivement aux enseignants	Exclusivement aux professionnels d'un secteur (privé ou public) de l'éducation	Aux fonctionnaires en général	A toute personne employée	A un public variable selon les organisations	Pas de réponse
<b>Amérique du Nord et Europe occidentale</b>	3	3	1	2	1	0
<b>Europe centrale et orientale</b>	0	1	0	1	0	0
<b>Afrique du Nord</b>	1	1	2	1	0	0
<b>Afrique subsaharienne</b>	8	2	6	4	4	0
<b>Amérique latine et Caraïbes</b>	6	3	2	0	0	2
<b>Asie centrale</b>	0	0	0	0	0	0
<b>Asie du Sud et de l'Ouest</b>	0	0	0	0	0	0
<b>Asie de l'Est et Pacifique</b>	4	4	1	2	1	0

Sur les 42 expériences mutuellistes répertoriées, 22 sont exclusivement réservées aux enseignants, 14 aux professionnels de l'éducation. Seules 10 sont ouvertes à toutes personnes employées. Ces chiffres montrent l'existence réelle de structures destinées ou créées par les enseignants, ce qui était clairement la cible de l'enquête menée. Cela signifie également que les enseignants sont demandeurs de ce type d'initiatives et que ces mutuelles permettent de rassembler les enseignants.

Question n°5 - Ces expériences « mutuellistes » pour ou par les enseignants sont-elles généralement :

Régions géographiques	Volontaire	Obligatoire	Variable selon les organisations	Pas de réponse
<b>Amérique du Nord et Europe occidentale</b>	8	3	1	0
<b>Europe centrale et orientale</b>	2	1	0	0
<b>Afrique du Nord</b>	1	2	0	0
<b>Afrique subsaharienne</b>	10	2	3	0
<b>Amérique latine et Caraïbes</b>	9	2	2	0
<b>Asie centrale</b>	0	0	0	0
<b>Asie du Sud et de l'Ouest</b>	0	0	0	0
<b>Asie de l'Est et Pacifique</b>	5	1	2	0

Le caractère volontaire dans ces expériences est net. Dans 64.8% des cas, l'adhésion à ces mutuelles est volontaire. De ces chiffres, l'équipe de recherche déduit que les enseignants semblent demandeurs de ce genre de services et qu'il y a un réel potentiel en terme de mutuelles de santé. Considérer que les enseignants peuvent être un réel vecteur dans le développement de la protection sociale solidaire semble dès lors une base valable pour la constitution du réseau « Education & Solidarité ».

Question n°6 - Ces expériences « mutuellistes » pour ou par les enseignants sont-elles :

Régions géographiques	Intégrées dans le système de sécurité sociale ou système national de santé publique	Simplement reconnues par les pouvoirs publics	Soutenues par un partenariat international	Autonome ou à base communautaire	Variable selon les organisations	Pas de réponse
<b>Amérique du Nord et Europe occidentale</b>	1	6	0	1	2	1
<b>Europe centrale et orientale</b>	1	1	1	1	0	0
<b>Afrique du Nord</b>	3	0	0	0	0	0
<b>Afrique subsaharienne</b>	1	14	4	6	2	0
<b>Amérique latine et Caraïbes</b>	2	4	0	1	5	1
<b>Asie centrale</b>	0	0	0	0	0	0
<b>Asie du Sud et de l'Ouest</b>	0	0	0	0	0	0
<b>Asie de l'Est et Pacifique</b>	5	0	0	1	4	0

De manière générale ces expériences mutuellistes sont reconnues par les pouvoirs publics mais peu sont intégrées dans le système de sécurité sociale du pays. Cette reconnaissance valide le concept d'utilité sociale de ces mutuelles. Ceci est significatif en Afrique. Elles peuvent être même soutenues par des partenariats internationaux voire autonomes ou à base communautaire.

Question n°7 - Quelle est la couverture géographique de ces expériences mutualistes pour ou par les enseignants ?

	Locale	Régionale	Nationale	Variable selon les organisations	Pas de réponse
<b>Amérique du Nord et Europe occidentale</b>	1	0	10	0	0
<b>Europe centrale et orientale</b>	1	0	0	1	0
<b>Afrique du Nord</b>	0	0	3	0	1
<b>Afrique subsaharienne</b>	4	4	11	1	0
<b>Amérique latine et Caraïbes</b>	2	4	7	1	0
<b>Asie centrale</b>	0	0	0	0	0
<b>Asie du Sud et de l'Ouest</b>	0	0	0	0	0
<b>Asie de l'Est et Pacifique</b>	0	1	5	2	0

On se rend compte d'après ce tableau que la couverture géographique est majoritairement nationale, même dans les pays d'Afrique subsaharienne et dans la zone Amérique Latine et Caraïbes. Notons tout de même que, théoriquement, la couverture est nationale. En effet, les institutions sont ouvertes à couvrir des adhérents venant de toutes les régions du pays, mais dans la réalité les adhérents proviennent essentiellement de la même région.



Equipe de recherche : -Marc Poncelet (Pôle-Sud, Université de Liège)  
-Barbara Sak (CIRIEC International)  
-Olivier Vögeli (CIRIEC-Section Belge)  
-Christelle Pasquier (CIRIEC-Section Belge)

## **Etat des lieux des expériences mutuellistes de protection sociale solidaires initiées par ou pour les enseignants au niveau mondial**



**QUESTIONNAIRE N°2**

## QUESTIONNAIRE N°2

Les réponses positives obtenues au premier questionnaire peuvent se subdiviser ainsi :

- les réponses concernant une expérience ou plusieurs expériences mutuellistes nettement identifiées par le répondant (nom de l'organisation et nom d'une personne à contacter au sein de cette organisation) ;
- les réponses précisant qu'il existe bien une ou plusieurs expériences mutuellistes dans tel ou tel pays mais sans apporter davantage de précision. Pour désigner ces réponses, nous parlerons d'« organisation/expérience-type ».

Ce premier état des lieux a donc permis, de découvrir un certain nombre d'expériences mutuellistes que nous avons pu clairement identifier. D'autres expériences non identifiées existent néanmoins, elles constituent des expériences-types existantes dans différents pays. Enfin aux organisations ainsi identifiées, il faut ajouter celles découvertes dès cette première phase via d'autres canaux d'informations que le questionnaire. Nous disposons donc au terme de cette première phase d'une liste d'expériences mutuellistes pour lesquelles nous disposons d'informations indicatives mais en aucun cas représentatives.

Etant donné les différentes catégories de réponses au questionnaire 1 précisées plus haut, nous avons différencié le deuxième questionnaire. Ainsi, il existe trois versions de ce questionnaire 2. Chaque version étant ajustée à une des trois grandes catégories de réponse.

Ce second questionnaire a un double objectif :

- 1) Premièrement, s'assurer auprès des différents contacts de la justesse des informations que nous possédons sur les différentes expériences mutuellistes ou expériences-type mises en lumière par le premier questionnaire ou sur les expériences mutuellistes découvertes à l'aide d'autres canaux d'information.
- 2) Deuxièmement, ce questionnaire vise à obtenir davantage d'informations sur le fonctionnement et le mode de financement de ces expériences mutuellistes ou de ces expériences-type.

Ce 2<sup>ème</sup> questionnaire a donc été diffusé auprès des 42 expériences mutuellistes identifiées réparties sur 34 pays via le 1<sup>er</sup> questionnaire. Cependant ce 2<sup>ème</sup> questionnaire a également été envoyé à d'autres institutions dont l'existence et les coordonnées ont été trouvées lors de recherches annexes.

En tout quelque 100 exemplaires du 2<sup>ème</sup> questionnaire ont été diffusés. Ce questionnaire est composé de 9 questions. Il est ici impossible de comparer les réponses obtenues dans le 1<sup>er</sup> questionnaire et le 2<sup>ème</sup> questionnaire. En effet, les 42 mutuelles issues du 1<sup>er</sup> questionnaire n'ont pas toutes répondu au 2<sup>ème</sup> questionnaire et d'autres mutuelles sont venues s'ajouter. Certaines mutuelles n'ont donc répondu qu'au 1<sup>er</sup> questionnaire, d'autres uniquement au 2<sup>ème</sup> et certaines aux deux questionnaires. C'est pourquoi nous avons établi une liste de toutes les expériences mutuellistes identifiées lors de cette étude (voir la liste par pays en annexe). De plus, pour chacune des questions, nous avons indiqué les réponses obtenues pour chaque mutuelle identifiée. Les deux initiales figurant entre parenthèses après l'abréviation de la mutuelle représentent le code ISO-pays.

**Nombre de réponses par régions géographiques au questionnaire n°2**

Europe occidentale	4
Afrique du Nord	7
Afrique subsaharienne	14
Amérique latine et Caraïbes	12
Asie de l'Est et Pacifique	5
<b>Total</b>	<b>42</b>

*Attention, dans ces 42 réponses obtenues, les informations viennent en partie des 42 expériences mutuellistes identifiées via le 1<sup>er</sup> questionnaire, d'autre part des expériences mutuellistes découvertes par un autre canal.*

**❖ Détails du nombre de réponses par pays au questionnaire n°2***Amérique du Nord et Europe occidentale*

Allemagne	1
Chypre	2
Canada (Colombie Britannique)	1

*Afrique subsaharienne*

Congo-Brazzaville	1
Côte d'Ivoire	1
Mali	1
RDC	3
Sénégal	7
Togo	1

*Etats arabes*

Maroc	4
Tunisie	2
Algérie	1

*Amérique latine et Caraïbes*

Argentine	8
Chili	1
Commonwealth of Dominica	1
Pérou	1
Puerto Rico	1

*Asie de l'Est et Pacifique*

Australie	2
Japon	1
Nouvelle-Zélande	1
Philippines	1

Des 42 réponses listées ci-dessus, nous avons pu en extraire 40 expériences mutuellistes.

**ANALYSE DES REPONSES AU QUESTIONNAIRE N°2**

Les tableaux suivants répertorient le nombre de réponses obtenues pour chaque question.

**INFORMATIONS GENERALES :****Date de création**

	<b>Afrique du Nord</b>	<b>Afrique subsaharienne</b>	<b>Amérique latine et caraïbes</b>	<b>Asie du Sud et Pacifique</b>	<b>Amérique du Nord et Europe</b>
<b>1915 – 1950</b>	3		1		
<b>1951– 1975</b>	4	1	3	3	1
<b>1976– 1999</b>		6	4	1	3
<b>2000 - ...</b>		6	1		

	<b>Afrique du Nord</b>	<b>Afrique subsaharienne</b>	<b>Amérique latine et caraïbes</b>	<b>Asie du Sud et Pacifique</b>	<b>Europe</b>
<b>1915 – 1950</b>	-MGPAP (MA)(1946) -OMFAM (MA) (1929) -MNET (TN) (1950)		-AMD Cordoba (AR) (1919)		
<b>1951– 1975</b>	-MGEM (MA) (1963) (2x) -Mutuelle STT – SNTRI (TN)(1967) -MUNATEC (DZ) (1965)	-MUGEFE (CI) (1973)	-Derrama Magisterial (PE) (1965) -Colegio de profesoras CL) (1974) -Asociacion Hospital de Maestros (PR) (1950)	-Teachers Federation Health Fund (AU) (1954) -Teachers Union Health (AU) (1972) -Private School Mutual Aid (JP) (1954)	-OELMEK (CY)(1953)

<b>1976– 1999</b>		-MUTEC (ML) (1987) -Mutuelle du Sud Kivu (CD) (1997) -MVCE (SN)(1995) -Multi Assistance de l'Education (SN) (1988) -MUGEF (1988) (CG) -MUSA CSTT (TG) (1997)	-AMPF (AR) (1994) -A.M de Docentes de la Prov. Del Chaco (AR) (1982) -AMSAFE (AR) (1991) -AMDEC (AR) (1979)	- Alliance of Concerned Teachers (PH) (1982)	-Hannoversche Kassen (DE) (1985) -OLTEK (CY) (1983)
<b>2000 - ...</b>		-MUSECKIN (CD) (2000) -Mutuelle du SUDES (SN) (2000) (2x) -MSEPFA (SN) (2005) -MSE (CD)(2003) -MUSU ( CD)(2007)	-AMUDOSAL (AR) (2005)		

Notons que nous n'avons pas obtenu de réponse pour les mutuelles suivantes: Asociación Mutual de Capacitadores y Emprendedores Cordobeses (AR), pour la Mutual Maestra del Magisterio de la Provincia de Santa Fe (AR), Dominica Association of Teachers (DM), la Mutuelle de l'Education de l'UDEN (SN), NZ Post Primariz Teachers' Association (NZ), British Columbia Teachers' Federation (BCTF) (CA).

Les expériences mutuellistes pour lesquelles nous avons obtenu des réponses via le 2<sup>ème</sup> questionnaire ont surtout été créées dans la seconde moitié du 20<sup>ème</sup> siècle.

D'après ce tableau, on constate que les expériences mutuellistes existent depuis des décennies. 4 ont été créées entre 1915 et 1950 citons entre autres ; l'AMD Cordoba an Amérique Latine créée en 1919 ou l'OMFAM au Maroc qui existe depuis 1929. Ce mouvement a pris de l'ampleur au fil du temps et continue à se développer de nos jours puisque 6 ont vu le jour depuis 2000.

**Nombre d'affiliés**

	<b>Afrique du Nord</b>	<b>Afrique subsaharienne</b>	<b>Amérique latine et Caraïbes</b>	<b>Asie de l'Est et Pacifique</b>	<b>Amérique du Nord et Europe</b>
<b>50-250</b>			1		1
<b>250-1000</b>		4	1		
<b>1000-5000</b>		3	2		1
<b>5000-9999</b>		1			
<b>10000-50000</b>	2	2	3	2	1
<b>50000-100000</b>			1	1	
<b>100000-250000</b>	1	2	1		
<b>&gt;250000</b>	3			1	

Les réponses obtenues quant à la taille des expériences mutuellistes inventoriées, par le deuxième questionnaire, ne permettent pas d'établir de tendance par région géographique

	<b>Afrique du Nord</b>	<b>Afrique subsaharienne</b>	<b>Amérique latine et Caraïbes</b>	<b>Asie de l'Est et Pacifique</b>	<b>Amérique du Nord et Europe</b>
<b>50-250</b>			-AMDEC (AR) (198)		-OLTEK (CY) (98)
<b>250-1000</b>		-MUSU (CD) ( 279) -MUSECKIN (CD)(700) -MSE (CD) (950) -MUSA-CSTT (TG) (406)	-Dominican Association Teachers (DM) (610)		
<b>1000-5000</b>		-Mutuelle du SUDES (SN) (1331) -Multi Assistance de	-AM Capacitadores et Emprendedores Cordobeses (AR)		-OELMEK (CY) (3010)

		l'Education (SN) (1500) -MSPFA (SN) (1200 bénéficiaires)	(1000-5000) -Mutual Maestra del Magisterio de Santa Fe (AR) (>5000)		
<b>5000-9999</b>		-MUTEC (ML)(7650)			
<b>10000-50000</b>	-Mutuelle STT-SNTRI (TN) (12000) -MNET (TN) (10000)	-MUGEF (18730) (CG) -Mutuelle du Sud Kivu (CD)(38243)	-AM del Chaco (AR) (+ de 10000) -AMSAFE (AR) (12000) -AMD Cordoba (AR) (21000)	- Alliance of Concerned Teachers (PH) (14000) -Teachers Union Health (AU) (21000)	- BCTF (CA)
<b>50000-100000</b>			-AMPF (AR) (73000)	-Teachers Federation Health Fund (AU) (92000)	
<b>100000- 250000</b>	-OMFAM (MA) (210800)	-MVCE (SN) (135000) -MUGEF (CI) (221229)	-Derrama Magisterial (PE) (+/- 280000)		
<b>&gt;250000</b>	-MUNATEC (DZ) (277453) -MGPAP (MA) (386467) -MGEN (MA) (351334)			-Private School Mutual Aid (JP) (478856)	

Notons que nous n'avons pas de données pour les mutuelles : la Mutuelle de l'Education de l'UDEN (SN), Colegio de profesoras de Chile (CL), Asociacion Hospital de Maestros (PE), les Hannoversche Kassen (DE), AMUDOSAL (AR) ou encore NZ Post Primary Teachers' Association (NZ).

Leur taille (en fonction du nombre d'affiliés) varie beaucoup. La plupart supporte entre 10000 et 50000 affiliés. Il existe aussi de petites structures (250-1000 affiliés) mais également de très grandes (>250000 affiliés) telles la MGEN ou la MGPAP au Maroc.

**Public-cible**

	<b>Afrique du Nord</b>	<b>Afrique subsaharienne</b>	<b>Amérique latine et Caraïbes</b>	<b>Asie de l'Est et Pacifique</b>	<b>Amérique du Nord et Europe</b>
<b>Les enseignants</b>	1	7	6	3	3
<b>Les professionnels d'un secteur (privé ou public) de l'éducation</b>	3		3	1	
<b>Les fonctionnaires</b>	2	2			
<b>Toutes personnes employées</b>		5	2		1

Il semble à priori normal qu'au vu de l'orientation du questionnaire, la majorité des réponses obtenues concernent les enseignants ou les professionnels de l'éducation comme public-cible.

Notons que nous n'avons pas de données pour NZ Post Primary Teachers' Association (NZ) ni pour AMUDOSAL (AR).

La moitié des expériences mutuellistes présentées dans ce tableau sont strictement réservées aux enseignants. Ce métier qui par essence est fédérateur permet de développer ce genre de structures dans toutes les régions géographiques du globe.

## Question n°1 - Qui fût à l'origine de cette expérience de « santé et prévoyance » ?

	<b>Afrique du Nord</b>	<b>Afrique subsaharienne</b>	<b>Amérique latine et Caraïbes</b>	<b>Asie de l'Est et Pacifique</b>	<b>Amérique du Nord et Europe</b>
<b>Les enseignants</b>	-MNET (TN)	- Mutuelle de l'Education de l'UDEN (SN) -MVCE (SN) -Mutuelle du SUDES (SN) (Membres du syndicat) -Multi Assistance de l'Education (SN) -MSEPFA (SN) -MSE (CD) -MUGEF (CG)	-Mutual Maestra del Magisterio de Santa Fe (AR) -AM Docentes del Chaco (AR) -Colegio de profesores de Chile (CL) -AMSAFE (AR) -AMD Cordoba (AR) -AMDEC (AR)	-Alliance of Concerned Teachers (PH) -Teachers Federation Health Fund (AU) (aux membres du syndicat) -Teachers Union Health (AU) (Idem)	-OELMEK (CY) -OLTEK (CY) -BCTF (CA)
<b>Les professionnels d'un secteur (privé ou public) de l'éducation</b>	-MGEN (MA) -Mutuelle STT-SNTRI (TN) -MUNATEC (DZ)		-A.M. de Capacitadores y Emprendedores Cordobeses (AR) -Derrama Magisterial (PE) - Dominican Association Teachers (DM)	-Private School Mutual Aid (JP)	
<b>Les fonctionnaires</b>	-MGPAP (MA) -OMFAM (MA)	-MUGEF (CI) -MUGEF (CG)			
<b>Toutes personnes employées</b>		-MUTEC (ML) -MUSECKIN (CD) -Mutuelle santé du Sud Kivu (CD) -MUSA-CSTT (TG) -MUSU (CD)	-AMPF (AR) -Asociacion Hospital de Maestros (PR)		-Hannoversche Kassen (DE)

	<b>Afrique du Nord</b>	<b>Afrique subsaharienne</b>	<b>Amérique latine et Caraïbes</b>	<b>Asie de l'Est et Pacifique</b>	<b>Amérique du Nord et Europe</b>
<b>Un groupe d'enseignants</b>	2	4	9	1	1
<b>Un syndicat</b>	1	7		3	3
<b>Une organisation religieuse</b>		1			
<b>Un partenariat international</b>					
<b>Pouvoirs publics</b>		2		1	
<b>Autres</b>	3		1		

De même que la question précédente, l'orientation du questionnaire ciblant les enseignants comme initiateurs d'expérience mutuelliste conduit à une majorité de réponses dans cette catégorie. Les syndicats jouent un rôle important pour mettre sur pied une organisation visant un système de protection sociale solidaire.

	<b>Afrique du Nord</b>	<b>Afrique subsaharienne</b>	<b>Amérique latine et Caraïbes</b>	<b>Asie de l'Est et Pacifique</b>	<b>Amérique du Nord et Europe</b>
<b>Structure fondée par un groupe d'enseignants</b>	-MNET (TN) -MUNATEC (DZ)	-MUSECKIN (CD) -Multi Assistance de l'Education (SN) -MSEPFA SN) -MUSA – CSTT (TG)	-Asociación Mutual de Protección Familiar (AMPF) (AR) -Mutual Maestra del Magisterio de la Provincia de Santa Fe (AR) -Asociación Mutual Docentes de la Provincia del Chaco (AR) -Derrama magisterial (PE) -Colegio de profesores de Chile (CL) -Asociacion Hospital de Maestros (PR) - AMSAFE (AR) -AMD Cordoba (AR) - AMEDEC (AR)	-Teachers Federation Health Fund (AU)	-Hannoversche Kassen (DE)
<b>Structure fondée par un syndicat</b>	-MGEN (MA)	-MUTEC (ML) -Mutuelle du Sudes (SN) (2x) - Mutuelle de l'Education de l'UDEN (SN) -MSE (CD) -MUSU (CD) -MUGEF (CG)		- Alliance of Concerned Teachers (PH) -Teachers Union Health (AU) -NZ Post Primary Teachers' Association (NZ)	-OELMEK (CY) -OLTEK (CY) -BCTF (CA)

<b>Une organisation religieuse</b>		-Mutuelle santé du Sud Kivu (sous statut de l'église de Bukavu) (CD)			
<b>Un partenariat international</b>					
<b>Pouvoirs publics</b>		-MVCE (SN) -MUGEFCI		-Private School Mutual Aid (JP)	
<b>Autres</b>	-Mutuelle STT-SNTRI (TN) -MGPAP (MA) -OMFAM (MA)		-AMPF (AR)		

Notons que nous n'avons pas de données pour AMUDOSAL (AR).

43,6 % des expériences de « santé et prévoyance » ont été fondées par un groupe d'enseignants. 35,9% d'entre elles ont été créées par un syndicat. Ces chiffres confortent l'hypothèse de la volonté mobilisatrice et de la capacité des enseignants à développer de telles structures.

Question n°2 - Quelle est la forme organisationnelle de cette expérience :

	Mutuelle	Assurance	Mutuelle et assurance	Micro-assurance « santé et prévoyance »	Coopérative « santé et prévoyance	Convention entre syndicat(s) et entreprise (s) d'assurance ou mutuelle(s)	Autre	Pas de réponse
<b>Amérique du Nord et Europe occidentale</b>	1	1	1	0	0	0	1	0
<b>Afrique du Nord</b>	6	0	0	0	0	0	1	0
<b>Afrique subsaharienne</b>	8	0	0	0	0	0	6	0
<b>Amérique latine et Caraïbes</b>	7	1	2	0	0	0	1	0
<b>Asie de l'Est et Pacifique</b>	3	0	2	0	0	0	0	0

Autre : OELMEK (CY) : solidarité

Derrama magisterial (PE) : Asbl

MGEN (MA) : Organisme de droit privé

MUSECKIN (CD), MUSU (CD), MSE (CD), MUSA-CSTT (TG) : Association

Syndicat (Mutuelle du SUDES) (SN)

Eglise (Mutuelle de santé du Sud Kivu) (CD)

Notons que nous n'avons pas de données pour AMUDOSAL (AR)

Les expériences identifiées ici sont majoritairement des mutuelles. Comme déjà dit, notre enquête ne pouvait être exhaustive. Toute information qui permettrait de compléter ce tableau est donc la bienvenue.

Basé sur la solidarité, le modèle mutuelliste semble donc convenir dans le système de santé et prévoyance chez les enseignants. Ceux-ci peuvent donc être un vecteur de solidarité dans le système de protection sociale et solidaire.

Question n°3 - Couverture du risque de cette expérience-type de « santé et prévoyance » ? (plusieurs choix possibles)

*Nous souhaitons ici rappeler au lecteur que les tendances dégagées ci-après ne peuvent en aucun cas être représentatives de ce qui peut exister dans le monde. Nous sommes limités dans notre connaissance par les réponses collectées et la qualité de l'information obtenue que nous ne sommes pas à même de vérifier.*

Il est important de préciser ici que nous ne disposons pas de réponses à cette question pour les organisations suivantes : OELMEK (CY), AMD Cordoba (AR), AMUDOSAL (AR), Mutual Maestra del Magisterio de Santa Fé (AR) et Private School Mutual Aid System (JP).

***Couverture du risque maladie invalidité***

	<b>Afrique du Nord</b>	<b>Afrique subsaharienne</b>	<b>Amérique latine et Caraïbes</b>	<b>Asie de l'Est et Pacifique</b>	<b>Amérique du Nord et Europe</b>
<b>Couverture maladie/invalidité de base</b>	2	9	4	1	1
<b>Couverture maladie/invalidité complémentaire</b>	1	1			1
<b>Couverture maladie/invalidité de base et complémentaire</b>	4	2	1	1	
<b>Pas de couverture offerte pour ce risque</b>		2	4	2	1

La couverture uniquement de base se rencontre essentiellement en Afrique subsaharienne.

	<b>Afrique du Nord</b>	<b>Afrique Subsaharienne</b>	<b>Amérique latine et Caraïbes</b>	<b>Asie de l'Est et Pacifique</b>	<b>Amérique du Nord et Europe</b>
<b>Couverture maladie/invalidité de base</b>	-Mutuelle STT-SNTRI (TN) -MGEN (MA)*	-Mutuelle de santé sud Kivuv (CD) -Mutuelle du SUDES (SN) (2X) - Mutuelle de l'Education de l'UDEN (SN) -MVCE (SN) -Multi Assistance de l'Education (SN) -MSEPFA (SN) -MUSA-CSTT (TG) -MUGEFE (CG)	- Dominican Association Teachers (DM) -Derrama Magisterial (PE) -Asociación Hospital de Maestros (PR) -AMSAFE (AR)	-NZ Post Primary Teachers' Association (NZ)	-BCTF (CA)
<b>Couverture maladie/invalidité complémentaire</b>	MUNATEC (DZ)	MUGEFE-CI (CI)			-Hannoversche Kassen (DE)
<b>Couverture maladie/invalidité de base et complémentaire</b>	-MGPAP (MA) -OMFAM (MA) -MNET (TN) -MGEN (MA)*	-MUTEK (ML) -MUSU (CD)	-AMPF (AR)	-Teachers Federation Health Fund (AU)	
<b>Pas de couverture offerte pour ce risque</b>		-MUSECKIN (CD) -MSE (CD)	-AM de Capacitadores y Emprendedores Cordobeses (AR) -AM Docentes de la Provincia del Chaco (AR) -Colegio de profesoras de Chile (CL) -AMDEC (AR)	-Teachers Union Health (AU) -Alliance of Concerned Teachers (PH)	-OLTEK (CY)

\* Nous avons reçu deux questionnaires différents donnant des réponses variables pour la même expérience.

*Couverture du risque hospitalisation*

	<b>Afrique du Nord</b>	<b>Afrique subsaharienne</b>	<b>Amérique latine et Caraïbes</b>	<b>Asie de l'Est et Pacifique</b>	<b>Amérique du Nord et Europe</b>
<b>Couverture hospitalisation de base</b>	3	9	4		
<b>Couverture hospitalisation complémentaire</b>	1	1		1	
<b>Couverture hospitalisation de base et complémentaire</b>	3	2		2	
<b>Pas de couverture du risque hospitalisation</b>		1	5	1	2

Comme pour la maladie/invalidité, la couverture hospitalisation uniquement de base se rencontre sur tout en Afrique subsaharienne.

	<b>Afrique du Nord</b>	<b>Afrique subsaharienne</b>	<b>Amérique latine et Caraïbes</b>	<b>Asie de l'Est et Pacifique</b>	<b>Amérique du Nord et Europe</b>
<b>Couverture hospitalisation de base</b>	-STT-SNTRI (TN) -MNET (TN) -MGEN (MA)*	-MUSECKIN (CD) -Mutuelle de santé sud Kivu (CD) -Mutuelle du SUDES (SN) (X2° - Mutuelle de l'Education de l'UDEN (SN) -MVCE (SN) -Multi Assistance de l'Education (SN) -MSEPFA (SN) -MSE (CD)	-Colegio de profesores de Chile (CL) - Dominican Association Teachers (DM) -Asociacion Hospital de Maestros (Puerto Rico) -AMSAFE (AR)		
<b>Couverture</b>	MUNATEC	MUGEF-CI (CI)		-NZ Post Primary	

<b>hospitalisation complémentaire</b>	(DZ)			Teachers' Association (NZ)	
<b>Couverture hospitalisation de base et complémentaire</b>	-MGPAP (MA) -OMFAM (MA) -MGEM (MA) *	-MUTEC (ML) -MUSU (CD)		-Teachers Federation Health Fund (AU) -Teachers Union Health (AU)	
<b>Pas de couverture du risque hospitalisation</b>		-MUSA-CSTT (TG)	-AMPF (AR) -AM Capacitadores y Emprendedores Cordobeses (AR) -AM Docentes de la Provincia del Chaco (AR) -Derrama Magisterial (PE) -AMDEC (AR)	-ACT (PH)	-OLTEK (CY) - Hannoversche Kassen (DE) -BCTF (CA)

\* Nous avons reçu deux questionnaires différents donnant des réponses variables pour la même expérience.

**Couverture du risque retraite**

	<b>Afrique du Nord</b>	<b>Afrique subsaharienne</b>	<b>Amérique latine et Caraïbes</b>	<b>Asie de l'Est et Pacifique</b>	<b>Amérique du Nord et Europe</b>
<b>Couverture de base du risque retraite</b>	1	1	1		
<b>Couverture complémentaire du risque retraite</b>	5				
<b>Couverture de base et complémentaire du risque retraite</b>		1	1		1
<b>Pas de couverture du risque retraite</b>	1	12	7	4	2

Contrairement à la maladie/invalidité et à l'hospitalisation, le risque retraite est peu couvert dans les expériences et mutuelles qui ont répondu à notre deuxième questionnaire.

	<b>Afrique du Nord</b>	<b>Afrique subsaharienne</b>	<b>Amérique latine et Caraïbes</b>	<b>Asie de l'Est et Pacifique</b>	<b>Amérique du Nord et Europe</b>
<b>Couverture de base du risque retraite</b>	-Mutuelle STT-SNTRI (TN)	-MUGEf (CG)	-AM Docentes de la Provincia del Chaco (AR)		
<b>Couverture complémentaire du risque retraite</b>	-MGPAP (MA) -MGEN (MA) (2X) -OMFAM (MA) -MUNATEC (DZ)				
<b>Couverture de base et complémentaire du risque retraite</b>		-MUTEc (ML)	- Dominican Association Teachers (DM)		-Hannoversche Kassen (DE)
<b>Pas de couverture du risque retraite</b>	-MNET (TN)	-MUSECKIN (CD) -Mutuelle de santé sud Kivu (CD) -Mutuelle du SUDES (SN) (2X) - Mutuelle de l'Education de l'UDEN (SN) -MVCE (SN) -Multi Assistance de l'Education (SN) -MSEPFA (SN) -MSE (CD) -MUSA-CSTT (TG) -MUGEf-CI (CI) -MUSU (CD)	-AMPF (AR) -AM de Capacitadores y Emprendedores Cordobeses (AR) -Mutual Maestra del Magisterio de la Provincia de Santa Fe (AR) -Colegio de profesoras de Chile (CL) -Derrama Magisterial (PE) -AMDEC (AR) - Hospital de Maestros (PR)	-Teachers Federation Health Fund (AU) -Teachers Union Health (AU) -NZ Post Primary Teachers' Association (NZ) -Alliance of Concerned Teachers (PH)	- OLTEK (CY) -BCTF (CA)

**Couverture du risque décès**

	<b>Afrique du Nord</b>	<b>Afrique subsaharienne</b>	<b>Amérique latine et Caraïbes</b>	<b>Asie de l'Est et Pacifique</b>	<b>Amérique du Nord et Europe</b>
<b>Couverture de base du risque décès</b>	2	5	5	2	1
<b>Couverture complémentaire du risque décès</b>	5	1			1
<b>Couverture de base et complémentaire du risque décès</b>		1			
<b>Pas de couverture du risque décès</b>		7	4	2	1

Là où il est couvert, le décès est essentiellement couvert sous une forme de couverture de base et ce dans toutes les régions géographiques.

	<b>Afrique du Nord</b>	<b>Afrique subsaharienne</b>	<b>Amérique latine et Caraïbes</b>	<b>Asie de l'Est et Pacifique</b>	<b>Amérique du Nord et Europe</b>
<b>Couverture de base du risque décès</b>	-Mutuelle STT-SNTRI (TN) -MNET (TN)	-Mutuelle du SUDES (SN) (2X) -MVCE (SN) -MUGEUF (CG) -Mutuelle de l'éducation (SN)	-AM Docentes de la Provincia del Chaco (AR) - Dominican Association Teachers (DM) -Derrama magisterial (PE) -AMSAFE (AR) -AMDEC (AR)	-NZ Post Primary Teachers' Association (NZ) -Alliance of Concerned Teachers (PH)	-OLTEK (CY)
<b>Couverture complémentaire</b>	-MGPAP (MA) -MGEM (MA)	-MUGEUF-CI (CI)			-Hannoversche Kassen (DE)

<b>du risque décès</b>	(2X) -OMFAM (MA) -MUNATEC (DZ)				
<b>Couverture de base et complémentaire du risque décès</b>		-MUTEK (ML)			
<b>Pas de couverture du risque décès</b>		-MUSECKIN (CD) -Mutuelle de santé sud Kivu (CD) - Mutuelle de l'Education de l'UDEN (SN) -Multi Assistance de l'Education (SN) -MSEPFA (SN) -MSE (CD) -MUSA – CSTT (TG)	-AMPF (AR) -AM de Capacitadores y Emprendedores Cordobeses (AR) -Colegio de profesores de Chile (CL) -Hospital de Maestros (PR)	-Teachers Union Health (AU) -Teachers Federation Health (AU)	-BCTF (CA)

De manière générale, les expériences-types de “santé et prévoyance” proposent essentiellement une couverture du risque de base aussi bien pour la maladie/invalidité que pour l’hospitalisation. Les risques retraite et décès semblent moins couverts dans les expériences répertoriées.

Question n° 4 - Cette organisation de « santé et prévoyance » est : (plusieurs choix possibles)

	Intégrée dans le système de sécurité sociale ou système national de santé publique	Simplement reconnue par les pouvoirs publics	Soutenue par un partenariat international	Autonome ou à base communautaire	Variable selon les organisations	Pas de réponse
<b>Amérique du Nord et Europe occidentale</b>	0	3	0	1	0	0
<b>Afrique du Nord</b>	4	2	0	2	0	0
<b>Afrique subsaharienne</b>	2	13	2	7	0	0
<b>Amérique latine et Caraïbes</b>	0	6	1	6	0	1
<b>Asie de l'Est et Pacifique</b>	1	3	0	2	0	0

De manière générale ces expériences mutuellistes sont reconnues par les pouvoirs publics. Mais peu sont intégrées dans le système de sécurité sociale du pays. Cette reconnaissance valide le concept d'utilité sociale de ces mutuelles. Ceci est significatif en Afrique. D'autres expériences peuvent être soutenues par des partenariats internationaux voire autonomes ou à base communautaire.

Question n° 5 - Dans le contexte national qui est le vôtre, dans le cas de la couverture de base, l'adhésion à une organisation de ce type est :

	Volontaire	Obligatoire	Pas de réponse
<b>Amérique du Nord et Europe occidentale</b>	3	1	0
<b>Afrique du Nord</b>	3	4	0
<b>Afrique subsaharienne</b>	14	0	0
<b>Amérique latine et Caraïbes</b>	11	0	1
<b>Asie de l'Est et Pacifique</b>	4	1	0

Le caractère volontaire dans ces expériences est net. De ces chiffres, l'équipe de recherche déduit que les enseignants semblent demandeurs de ce genre de services et qu'il y a un réel potentiel en terme de mutuelles de santé. Par cette envie mais aussi ce besoin on peut considérer que les enseignants peuvent être un réel vecteur dans le développement de la protection sociale solidaire, surtout en Afrique subsaharienne et en Amérique latine et aux Caraïbes, d'après les réponses obtenues.

Question n°6 - Le montant de la cotisation pour la couverture de base est-il :

	Fixe (même montant pour tous)	Proportionnel au salaire	Proportionnel au salaire mais plafonné	Variable selon d'autres critères (nombre d'affiliés dans la famille par exemple)	Pas de réponse
<b>Amérique du Nord et Europe occidentale</b>	2	1	0	0	1
<b>Afrique du Nord</b>	0	3	4	0	0
<b>Afrique subsaharienne</b>	10	0	1	5	0
<b>Amérique latine et Caraïbes</b>	7	2	0	3	1
<b>Asie de l'Est et Pacifique</b>	2	2	0	1	0

En Afrique subsaharienne et en Amérique latine et aux Caraïbes, la cotisation est majoritairement fixe, mais elle peut aussi varier selon le nombre d'affiliés par famille.

Dans les autres régions, les réponses sont trop variables que pour dégager des tendances.

Question n°7 - Pour la couverture de base, les cotisations sont-elles :

	Retenues à la source sur le salaire	Payées par l'adhérent en espèce	Payées par l'adhérent en nature ( par exemple : produits agricoles)	Pas de réponse
<b>Amérique du Nord et Europe occidentale</b>	3	1	0	0
<b>Afrique du Nord</b>	7	2	0	0
<b>Afrique subsaharienne</b>	11	10	0	0
<b>Amérique latine et Caraïbes</b>	9	4	0	1
<b>Asie de l'Est et Pacifique</b>	4	1	0	1

Dans la plupart des situations, les cotisations pour la couverture de base sont retenues à la source (sur le salaire), mais en Afrique subsaharienne, elles peuvent aussi être payées en espèces.

Notre enquête n'a répertorié aucune mutuelle ou expérience mutuelliste où le paiement se faisait en nature.

Question n° 8 - Pour la couverture de base, les prestations fournies à l'assuré consistent (plusieurs choix possibles) :

	Soins gratuits (sans avance monétaire) auprès d'un prestataire imposé	Soins gratuits (sans avance monétaire) auprès d'une prestataire de son choix parmi une liste de prestataires agréés/conventionnés	Remboursement partiel des frais facturés par un prestataire imposé	Remboursement partiel des frais facturés par un prestataire de son choix parmi une liste de prestataires agréés/conventionnés	Remboursement total des frais facturés par un prestataire imposé	Remboursement total des frais facturés par un prestataire de son choix parmi une liste de prestataires agréés/conventionnés	Un nombre déterminé de prestations gratuites payées de façon forfaitaire	Pas de réponse
<b>Amérique du Nord et Europe occidentale</b>	0	0	1	1	0	0	0	2
<b>Afrique du Nord</b>	0	0	0	6	0	4	0	1
<b>Afrique subsaharienne</b>	1	0	0	11	0	0	3	0
<b>Amérique latine et Caraïbes</b>	2	2	4	8	2	0	1	2
<b>Asie de l'Est et Pacifique</b>	0	1	1	3	0	1	0	1

Dans la plupart des cas, on offre à l'assuré un remboursement partiel des frais facturés par un prestataire de son choix mais agréé. On trouve quelques cas en Amérique Latine où les soins sont totalement gratuits.

Question n° 9 - La couverture concerne :

	L'assuré uniquement	L'assuré et sa famille	L'assurée et un nombre déterminé des membres de sa famille	Pas de réponse
<b>Amérique du Nord et Europe occidentale</b>	1	3	0	0
<b>Afrique du Nord</b>	0	6	1	0
<b>Afrique subsaharienne</b>	2	9	4	0*
<b>Amérique latine et Caraïbes</b>	4	6	1	1
<b>Asie de l'Est et Pacifique</b>	0	2	2	1

\*Un répondant a précisé que la couverture était illimitée.

La couverture concerne généralement l'assuré et sa famille, ce qui peut être interprété comme renforçant le caractère solidaire de ces expériences mutuellistes.

Dans 33% des cas en Amérique Latine & Caraïbes, la couverture s'applique uniquement à l'assuré.

## ***Conclusion***

*De toutes les réponses obtenues ressort essentiellement la grande variété des situations rencontrées. Notre enquête n'étant pas représentative, il n'est pas possible de dégager des tendances claires ; cependant, dans toutes les régions du monde, des mutuelles et des expériences mutuellistes ont été créées et se créent encore aujourd'hui. Les enseignants ont joué un rôle important dans leur mise sur pied et dans leur développement ultérieur. Il semble certain que les professionnels de l'éducation peuvent avoir un véritable rôle pour poursuivre et étendre ces initiatives mutualistes. Dans de nombreux cas, il existe un potentiel important de développement, tant pour accroître le nombre d'affiliés et s'étendre géographiquement que pour élargir les types de risques / besoins à couvrir.*

*Par ailleurs, il semble utile de compléter l'étude entamée afin d'améliorer notre connaissance et de mieux refléter la réalité et la richesse des expériences qui se vivent de par le monde.*

*Si vous possédez des informations qui peuvent compléter ou enrichir la base de données, merci de les transmettre à la coordinatrice du Réseau « Education & Solidarité » : [sgrasso@educationsolidarity.org](mailto:sgrasso@educationsolidarity.org)*

### **2.3. Eclairage - Quelques présentations de cas de l'implication des professionnels de l'éducation dans les systèmes de protection sociale solidaires**

L'étude exploratoire menée pour baliser le terrain et avoir un premier aperçu ne permet pas de dresser une typologie des expériences existantes au niveau mondial.

De plus, les caractéristiques institutionnelles et socio-économiques des pays dans lesquels se rencontrent de telles expériences sont à ce point variées qu'aucune comparaison n'est possible. Enfin, les réalités et les mutations récentes du "monde de l'éducation" sont aussi diverses à travers le monde que les initiatives que pourraient prendre des enseignants, éducateurs et professionnels de l'éducation au sens large du terme pour (mieux) répondre à des besoins de protection.

A partir de quelques études de cas réalisées sur base d'interviews téléphoniques, de collecte d'information à partir du site internet d'une organisation et/ou suite à des échanges d'e-mail avec des correspondants locaux, nous allons néanmoins tenter de présenter diverses expériences de type "mutualiste" rencontrées au cours de nos investigations sur base de leur origine ou mode de création.

Les dates de création des expériences répertoriées et toujours existantes aujourd'hui s'étalent sur environ un siècle. Cependant, au cours de nos recherches, nous avons détecté des mutuelles de professionnels de l'éducation créées au milieu du 19<sup>e</sup> siècle : ainsi en Allemagne, une caisse mutuelle d'assurance-maladie fut créée en 1840 pour les professeurs de Saxe et une autre fut mise sur pied à Hambourg en 1842 pour les professionnels de l'éducation et leurs formateurs, qui toutes deux ont existé jusqu'en 1940. En Amérique latine aussi, à Valparaiso au Chili, se crée une société de secours mutuel entre instituteurs et institutrices de Valparaiso.

Les expériences rencontrées peuvent être le fait d'un groupe plus ou moins structuré (notamment sur base syndicale) de personnel de l'éducation, d'une organisation religieuse ou bien émaner suite à l'instigation des pouvoirs publics. Souvent, ces derniers cas se rencontrent dans les pays qui ont une structure étatique un tant soit peu développée avec un système existant de sécurité sociale et une possibilité d'organiser une formule collective de pré-paiement et/ou d'opérer une retenue sur salaire à la source pour organiser la collecte de fonds devant servir à la structure mutualiste.

L'origine ou l'événement ayant conduit à la création, par ou pour le personnel de l'éducation, d'une initiative de type mutualiste répondant à des besoins de protection sociale solidaire semble avoir une importance marquante pour le développement ultérieur de l'initiative. La volonté et la dynamique de mobilisation d'un groupe de personnes ou d'acteurs pour mettre en place l'initiative, mais aussi assurer son développement et sa pérennité une fois les fondateurs partis, semblent avoir un impact non négligeable sur la capacité de survie d'une expérience de type mutualiste visé par cette étude.

Mais il apparaît aussi que le degré de développement économique d'un pays ou d'une région et de son système de sécurité sociale (tant d'un point de vue institutionnel que du point de vue de l'offre de soins et de services pour répondre aux besoins rencontrés) influence fortement l'ampleur d'une initiative et surtout sa pérennité.

Ainsi, il semble nécessaire d'avoir divers pré-requis pour installer durablement une initiative de type mutualiste :

- un système de sécurité sociale plus ou moins institutionnel ou à tout le moins reconnu (et encouragé) par les pouvoirs publics ;
- une structure organisée pour fédérer un groupe de personnes autour d'un projet mutualiste de protection sociale solidaire ;
- une capacité de retenue à la source (sur salaire) pour constituer des versements dans une caisse mutuelle ;
- une structure d'une certaine taille (seuil minimal de rentabilité), stable d'un point de vue financier (nécessité de rentrée régulière de cotisations et maintien ou accroissement du nombre d'adhérents/membres) ;
- une capacité suffisante en termes de ressources humaines pour organiser, gérer et développer le fonctionnement de l'expérience mutualiste.

Les initiatives pour lesquelles nous avons pu récolter suffisamment d'information pour les présenter sous forme de cas illustratifs sont très peu nombreuses et ne reflètent pas la diversité des statuts juridiques, des contextes socio-économiques et institutionnels, des dates et motifs de création, etc. possibles. De plus, dans certains cas, les premières informations récoltées sont partielles et les demandes de renseignements complémentaires n'ont pas abouti. Il reste donc un potentiel non négligeable de cas à exploiter.

Pour surmonter les difficultés rencontrées<sup>8</sup> dans la collecte d'informations, le Réseau "Education & Solidarité" constitue donc certainement un atout pour identifier et répertorier d'autres structures et initiatives. Mais pour poursuivre l'étude et avoir une meilleure vision analytique, il semble indispensable de mener sur place une véritable étude de terrain avec l'appui d'une personne de contact privilégiée, ayant une bonne connaissance non seulement de la réalité « mutualiste », mais également des circonstances sociales, économiques et institutionnelles dans lesquelles une expérience visée par la présente étude est développée.

Les initiatives présentées ci-après sous forme d'encadrés illustratifs pourraient elles-mêmes faire l'objet d'une investigation ultérieure plus poussée, en fonction des objectifs et des objectifs du réseau "Education & Solidarité", car elles présentent des particularités qui mériteraient d'être analysées plus avant. Mais cela nécessite du temps et des moyens qui n'étaient pas disponibles pour la présente étude.

Les cas illustratifs présentés ci-après peuvent viser à :

- créer (ex nihilo) un système de couverture sociale ou une initiative mutualiste (comme ce fut le cas du groupe d'anciens élèves en Inde) ;
- étendre à d'autres bénéficiaires (non couverts par ailleurs) le bénéfice de soins ou de services (cf. la mutuelle créée au Japon pour les enseignants du secteur privé, les mutuelles ou initiatives communautaires développées en Afrique) ;
- assurer une meilleure couverture des soins de santé (offre complémentaire ou supplémentaire) (par exemple au Canada, l'initiative de la British Columbia Teachers' Federation, ou en Argentine l'Association mutuelle des enseignant(e)s de la Province de Chaco, ... ) ;
- à recréer un système après une période de crise ou à répondre à de nouvelles difficultés sociétales, ou encore à suppléer l'offre de pouvoirs publics en retrait ou défailants mais avec la nécessité de mettre en place à côté d'une offre de soins et de services un système de capacité contributive pour pouvoir y faire appel (cf. essentiellement en Afrique) ;

---

<sup>8</sup> Cf. Section sur les aspects méthodologiques.

- à coordonner et étendre au bénéfice du plus grand nombre les services offerts par diverses organisations locales ou basées sur des professions (cf. le développement de la MGEN en France).

Enfin, ces cas illustrent aussi la diversité des partenariats et coopérations d'acteurs rencontrés pour mettre en place une initiative de protection sociale solidaire. .

### Initiatives autour d'un groupe de professionnels de l'éducation

#### **Inde - St. Stanislaus Ex-Students Association**

Lorsqu'en février 2007, la nouvelle se répand parmi la communauté des anciens étudiants de St. Stanislaus High School que Joe Maumkel, un homme ayant servi leur école pendant 60 ans, dépérissait à l'hôpital, un mouvement de solidarité au sein des anciens élèves de cette école, vit le jour et permit de réunir une somme importante afin de venir en aide à leur « vieux » professeur.

Suite à cet événement, ces anciens élèves, basés un peu partout dans le monde, fondèrent « the St. Stanislaus Healthcare Initiative ». Cette initiative a permis d'offrir à la centaine de professeurs, encore ou non en activité, une assurance santé prévoyant la gratuité des hospitalisations et une couverture maladie (« pre-existing illness cover »). Une assurance complète en cas d'accident et destinée au personnel non-enseignant a également été contractée. D'anciens élèves devenus médecins organisent aussi, sur le site de l'école, des « health camps » destinés aux enseignants et permettant à ceux-ci de réaliser un « check up » annuel complet et gratuit.

Un protocole clair détermine la procédure à suivre pour un ancien élève souhaitant rejoindre cette initiative et y apporter sa propre contribution.

Les prestations fournies par cette initiative sont rendues possibles suite à la réalisation de convention avec « Bajaj Allianz Gururaksha » (Compagnie d'assurance) et certaines structures de soins (Tata Aig Hospital Care et Tata Aig Maharaksha).

La St Stanislaus High School est une école en activité depuis 143 ans à Bandra (Mumbai). De nombreuses personnalités sont diplômées de cette école.

C'est notamment via Internet que ces anciens élèves ont mis en place ce projet.

#### **ARGENTINE - Asociacion Mutual de Docentes de la Provincia del Chaco (MUDOC)**

L'Asociacion Mutual de Docentes de la Provincia del Chaco est une mutuelle fondée en 1982 par un groupe d'enseignants qui compte aujourd'hui plus de 12.000 adhérents ("socios") qui sont principalement des femmes du fait de la composition du corps enseignant de cette province. L'adhérent est couvert au même titre que son époux, épouse et ses enfants.

En Argentine, la sécurité sociale est organisée par l'Etat sur base obligatoire pour le secteur formel du marché de l'emploi (privé et public) à partir d'un prélèvement à la source du revenu

et d'une contribution des employeurs pour ce qui concerne le secteur formel privé. Les enseignants bénéficient donc de ce système public qui couvre des prestations de base et ils bénéficient de prestations complémentaires auprès de la MUDOC contre une cotisation fixe.

Ses adhérents sont des enseignants, directeurs et inspecteurs du secteur public de la province du Chaco où la MUDOC n'a pas de concurrent sur ce segment professionnel.

Les « socios » sont bénéficiaires d'un remboursement partiel des frais médicaux pour maladie dont 40% resteraient à charge du socio. 60% de la plupart des coûts de santé seraient donc pris en charge par la Mutuelle et l'Etat. L'hospitalisation, les médicaments, les examens et les traitements particuliers sont couverts selon une clé comparable.

La Mutuelle offre une compensation de revenus lors de la retraite (retraite de l'assuré). En cas de décès de l'assuré ou d'un membre direct de sa famille (conjoint ou enfant de moins 21 ans), l'assuré ou sa famille directe perçoit une intervention pour les frais de funérailles ou de crémation.

L'adhésion à cette structure professionnelle « autonome » et à « base communautaire » est volontaire. Les cotisations sont d'un montant fixe et retenus à l'origine sur le salaire.

La MUDOC a été amenée à réduire son personnel et ses services lors de la grande crise de 2001 et principalement du fait de l'hyperinflation et de la chute de revenus, mais elle a surmonté celle-ci « grâce à la solidarité et sans perdre de membres ». Des associations mutuelles s'adressant à des personnels administratifs et en outre à des enseignants ont pourtant disparu à cette époque.

La MUDOC est reconnue par l'Etat au niveau provincial et à travers une fédération, au niveau national. Elle ne bénéficie pas de subvention ni d'appui technique. Depuis la crise, elle même étendu sa couverture à des soins orthopédiques et ses prestations liées à la retraite. Elle ne bénéficie d'aucun partenariat international.

## Initiatives d'un groupe de professionnels de l'éducation en coopération avec une organisation religieuse

### **RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO -**

#### **Mutuelle des Enseignants des Ecoles Catholiques de Kinshasa (MUSECKIN)<sup>9</sup>**

A Kinshasa, en République Démocratique du Congo (RDC), la MUSECKIN (Mutuelle des Enseignants des Ecoles Catholiques de Kinshasa), créée en 1998 et restructurée en 2000, est une mutuelle de santé d'enseignants d'environ 600 membres et 2.000 bénéficiaires.

#### ***Le contexte***

Les enseignants, comme l'ensemble des fonctionnaires publiques, ont subi les conséquences salariales des Plans d'Ajustement Structurel et de la dégradation socio-économique du pays au cours des années 80 et 90. La baisse de leur rémunération a été telle qu'en 1994 la Conférence Nationale Episcopale du Congo a demandé aux parents d'élèves du réseau conventionné catholique de payer une prime de motivation aux enseignants, en complément au salaire payé par l'Etat. Depuis 1994, cette prime n'a cessé d'augmenter et constitue aujourd'hui l'essentiel de la rémunération des enseignants. La faillite de l'Etat a également mis à mal le système de cartes des ayants-droits qui donnait accès pour les fonctionnaires aux soins médicaux.

Dans le même temps, la décadence économique avait également affecté les services de santé. La monnaie locale a été dévaluée de 500 % et l'inflation galopante, les révisions tarifaires à la hausse des soins sont devenues fréquentes. En corollaire, la population fréquentait moins les centres de santé. Les soins de base sont restés relativement accessibles. Par contre, les hospitalisations sont désormais hors d'atteinte de la majorité de la population.

Dans ce contexte, un groupe d'enseignants du Collège St-Joseph (Gombé, Kinshasa) a décidé de s'organiser en mutuelle pour s'entraider et faciliter l'accessibilité de leurs familles aux soins de santé. La coordination catholique de Kinshasa a voulu étendre l'initiative à l'ensemble des écoles catholiques de la ville.

En 1999, la mutuelle a été contacté par le BIT dans le cadre d'un projet –pilote Mutuelle de santé RDC (étude de faisabilité des Mutuelles de santé par le PNUD) et s'est restructuré sur les soins de santé uniquement (le projet initial prévoyait la prise en charge des décès avec un forfait), avec une couverture individuelle et non familiale et la contractualisation entre un prestataire de service et la Mutuelle.

#### ***Le partenaire : le BDOM***

La mutuelle a signé une convention pour une couverture des soins au profit de ses bénéficiaires avec le réseau du BDOM (Bureau Diocésain des Œuvres Médicales) de

<sup>9</sup> Cette présentation de cas est tirée d'une étude menée par Gael Comhaire (Groupe de Recherche en Appui à la Politique (GRAP-OSC) de l'Université de Liège), sous la coordination du Prof. Marc Poncelet. Cette mutuelle particulière, la MUSECKIN en République Démocratique du Congo, a fait l'objet d'une étude approfondie de terrain, qui permet d'obtenir davantage d'informations concrètes et de mieux cerner les difficultés éventuellement rencontrées dans le fonctionnement de la mutuelle.

Kinshasa. Le BDOM est une ASBL de l'Eglise catholique de l'Archidiocèse de Kinshasa qui collabore également avec le réseau de soins de l'Eglise salutiste. Il assure une couverture sanitaire à 1.100.000 habitants. Il travaille dans 24 zones de santé sur les 35 de la ville de Kinshasa, couvrant ainsi 20 à 25 % des besoins en soins de santé primaire de la capitale. Le BDOM dispose de 48 centres de santé, 8 centres hospitaliers, 22 maternités et un hôpital général de référence. Considéré comme l'un des meilleurs prestataires en termes de rapport qualité/prix et de couverture territoriale, le BDOM a été donc choisi par la MUSECKIN pour signer la convention de couverture de soins.

### ***Le fonctionnement et les difficultés de gestion et de financement***

L'adhésion à la mutuelle est volontaire et chaque membre peut inscrire le nombre de personnes à charge qu'il souhaite. L'ensemble des prestations au profit des bénéficiaires de la MUSECKIN sont gérées et payées via l'administration centrale du BDOM.

Le nouvel adhérent passe par une période de stage de 3 mois avant le droit à la couverture des soins, ce qui permet de constituer avec ces cotisations une réserve financière. Chaque bénéficiaire doit avoir versé l'intégralité du montant mensuel de sa cotisation pour avoir droit à la couverture des soins de santé pour le mois qui suit le versement.

Chaque mois, la mutuelle dresse la liste de tous les bénéficiaires en ordre de cotisation et envoie ces informations au BDOM avec le montant correspondant aux nombres de personnes inscrites comme ayants droit pour le mois en cours.

La gestion initiale de la mutuelle a été inefficace car gérée directement par les enseignants qui n'avaient pas de formation suffisante en la matière et l'absence d'un système de suivi et de contrôle des prestations a eu de lourdes conséquences.

La mutuelle reçoit depuis 2004 le soutien technique du programme STEP du BIT. Début 2006, ce programme a contribué à la création des outils de suivi dont les bordereaux de soins.

L'organisation d'une couverture des coûts d'hospitalisation est particulièrement difficile en raison de l'insolvabilité générale des individus. Parallèlement, les coûts (au tarif population) du niveau primaire restent quant à eux le plus souvent abordables pour les individus ou moins lourds de conséquences financières désastreuses sur les budgets des ménages.

Or, dans le cadre de la mutualisation des risques, ce sont au contraire les coûts des soins.

Excepté en ce qui concerne la couverture des soins hospitaliers, les familles paient pour une personne et en font soigner deux ou plus sur le compte de cette personne. Elles s'y retrouvent de cette manière financièrement au détriment de la mutuelle et du prestataire de soins.

La MUSECKIN a constaté une forte diminution des bénéficiaires cotisants (de quelques milliers au départ, il n'en restait plus que 1.300 en octobre 2007) en raison du montant élevés des nouvelles cotisations demandées pour couvrir les frais liés aux soins de santé. L'accroissement des membres est pour la MUSECKIN le défi majeur actuel afin d'étendre sa couverture parmi les 45.000 bénéficiaires visés (à savoir l'ensemble des réseaux publics d'enseignement, soit 10.000 enseignants et +/- 4 personnes par famille).

En effet, ce manque de financement conduit à ne plus pouvoir couvrir les frais de fonctionnement de base de la mutuelle.

### Initiatives émanant d'un syndicat

#### **CANADA (Colombie britannique) - British Columbia Teachers' Federation (BCTF)**

Cette étude de cas autour d'une fédération d'enseignants est un exemple illustratif d'une des quinze associations mutuelles d'enseignants au Canada fournissant des services de protection sociale solidaire. L'exemple se démarque des autres par l'implication forte de ses membres dans le mouvement travailliste et syndical canadien, mais aussi par sa radicalisation suite aux années de crise et de tensions qui ont conduit à des relations très conflictuelles avec le gouvernement provincial de Colombie britannique qui fixe non seulement les salaires, mais aussi la taille des classes et influence donc fortement les conditions de travail.

La British Columbia Teachers' Federation a été créée en 1917 par un groupe de professeurs de Vancouver et de Victoria. Très vite, cette fédération s'est préoccupée des problèmes particuliers posés dans cette région du Canada, notamment ceux des enseignants dans les milieux ruraux ; elle s'est investie pour améliorer les salaires et les conditions de travail. Elle compte actuellement quelque 41.000 membres (essentiellement des professeurs des niveaux maternel, primaire jusqu'au secondaire) et emploie directement 150 personnes.

Son implication dans l'obtention d'avantages sociaux et de prestations de soins et de protection sociale s'est surtout développée à partir du début des années 1980, lorsque la fédération syndicale s'est trouvée dans une situation de pouvoir négocier avec le gouvernement provincial des indemnités de pension et de licenciement. La BCTF a alors petit à petit développé une structure associant une structure mutualiste et une compagnie d'assurance pour organiser des soins de santé et des prestations de protection sociale à ses membres proposant essentiellement une couverture de base en cas de maladie et d'invalidité. Cette initiative est reconnue par les pouvoirs publics.

Dès cette époque, elle a aussi clairement mis en avant son rôle phare et moteur pour améliorer les conditions de vie et de travail des enseignants en se basant sur « les expériences partagées, les valeurs communes et les objectifs collectifs en termes de type de société que partageaient les enseignants »<sup>10</sup>.

En ce qui concerne la fourniture de soins de santé, les membres de la BCTF et leurs personnes à charge peuvent choisir parmi une liste de prestataires de soins approuvés ou directement sous contrat avec la BCTF. Les cotisations à payer pour bénéficier de cette couverture de soins sont déduites à la source du salaire des enseignants et les prestations des prestataires de soins sont ainsi partiellement remboursées.

Existe également un « Salary Indemnity Plan » à savoir un programme spécifique qui procure des indemnités en cas de maladie, d'accident ou d'invalidité de courte ou longue durée. Sur les 41.000 membres, actuellement 1.700 enseignants bénéficient de ces indemnités de courte ou longue durée.

La structure des cotisations à ce plan est déterminée chaque année par l'Assemblée générale de la BCTF. Ainsi pour l'année scolaire 2008-09, chaque enseignant contribue à raison de 1,5% de son salaire perçu. De ce pourcentage, 0,5% permet de financer les indemnités pour

<sup>10</sup> Cf. <http://www.bctf.ca/AboutUs.aspx?id=3016>

les périodes de maladie/invalidité de court terme<sup>11</sup> et 1% celles pour les périodes d'incapacité de longue durée<sup>12</sup> ainsi que le programme spécifique de réhabilitation mis en place pour combattre le stress spécifique à la profession d'enseignant et permettre aux personnes qui en souffrent de reprendre leur métier, au moins à temps partiel. En cas d'impossibilité de « retour », des pistes de reconversion sont recherchées pour aider l'enseignant.

La structure d'assurance mutualiste mise en place au début des années 1980 a atteint un stade de maturité, d'après ses promoteurs

### **PHILIPPINES - Quezon City Public School Teachers Association (QCPSTA)**

Cette association est l'organisation officielle et reconnue des enseignants des écoles publiques et du personnel non-enseignant des écoles de la ville de Quezon City. Cette organisation est affiliée à l'Alliance of Concerned Teachers (elle-même affiliée à l'IE). Elle regroupe 9500 enseignants et 1000 membres du personnel non-enseignant.

En janvier 2007, la QCPSTA a lancé un programme nommé DACS (Death Aid Contribution System). Actuellement la famille d'un membre de ce système perçoit, en cas de décès, une allocation d'aide de 68 000 pesos philippins.

DACS est un « Mutual benefit system ». A chaque fois qu'un membre décède, tous les autres membres versant un même montant de 10 000 pesos. Cette somme est directement perçue sur le salaire. A cette « death aid contribution » s'ajoute le prélèvement automatique sur le salaire de la somme de 5 pesos comme cotisation mensuelle.

L'allocation d'aide en cas de décès est versée quelques jours après que la somme ait été collectée.

La QCPSTA organise pour ses membres des « check-up » annuels. Les enseignantes ont quant à elles droit à un check up gratuit (examen mammaire et gynécologique) et ce durant la semaine de célébration de la femme.

La QCPSTA est également parvenue à lever des fonds afin de financer un programme d'assistance médicale pour les enseignants à la retraite requérant une assistance médicale immédiate.

Il existe un système d'assurance sociale aux Philippines. Les employés du gouvernement et les militaires bénéficient d'un système spécial.

Le système d'assurance sociale couvre les employés du secteur privé ayant moins de 60 ans et gagnant au moins 1000 pesos par mois, les employés domestiques ainsi que tous les indépendants de moins de 60 ans et gagnant au moins 1000 pesos.

Le système de sécurité sociale<sup>13</sup> collecte les participations et paie les allocations sous la direction et le contrôle de la Commission de la sécurité sociale.

Aux Philippines, l'accès aux soins semble lié à l'examen des ressources de la personne.

<sup>11</sup> Le versement des indemnités pour des périodes d'incapacité de court terme démarre le premier jour d'incapacité.

<sup>12</sup> En cas d'incapacité de longue durée, le versement des indemnités se fait pour une période d'un an. Ensuite, il faut pouvoir faire état d'un handicap ou d'une invalidité physique ou mentale pour pouvoir continuer à bénéficier de ces indemnités.

<sup>13</sup> Cf. [www.sss.gov.ph](http://www.sss.gov.ph)

Le programme d'assurance santé national couvre 79% de la population et principalement les travailleurs du secteur formel. Or le secteur informel représente 15,5 millions de personnes. En 2003, un projet pilote a été lancé afin d'atteindre ces travailleurs de l'économie informelle et ce en développant des coopératives de micro-crédit (ILO-PhilHealth).

### **FRANCE - Mutuelle générale de l'Education Nationale (MGEN)**

A partir du milieu du XIXe siècle, les enseignants, et en premier lieu les instituteurs, ont tissé un vaste réseau de sociétés de secours mutuels, afin de faire face aux aléas de l'existence.

Les premières sociétés de secours mutuels d'instituteurs, créées essentiellement à partir du Second Empire, sont pour la plupart des sociétés locales, de rayonnement départemental. Entre 1886 et 1944, près de 110 groupements de ce genre se développent en France.

Aux sociétés de secours mutuels départementales s'ajoutent, au tournant du XXe siècle, des groupements d'envergure nationale, spécialisés dans la prise en charge d'un risque : c'est le cas de l'Union nationale des sociétés de secours mutuels d'instituteurs et d'institutrices de France et des colonies (surnommée Union des sanas), fondée en 1901 pour construire et gérer des sanatoria réservés aux enseignants. Citons également l'Orphelinat de l'enseignement primaire (1885) et le Soutien mutuel, fondé en 1921 pour intervenir en cas de longue maladie.

Dans les années 1930, les instituteurs mutualistes tentent de regrouper ces sociétés dispersées : en 1933, est créée la Fédération des oeuvres mutualistes de l'Enseignement public (rebaptisée Fédération nationale de l'Enseignement public en 1938). Dans certaines régions sont également esquissés des regroupements, notamment dans les Bouches-du-Rhône en 1936, dans l'Eure ou au Maroc où apparaît en 1938 l'Union marocaine des oeuvres de mutualité des fonctionnaires de l'Enseignement public et laïque.

Interrompue par la guerre et l'Occupation, la réflexion sur l'unification du mouvement mutualiste enseignant reprend à la Libération, à l'initiative de mutualistes et de syndicalistes enseignants, parallèlement à la mise en oeuvre de la Sécurité sociale.

1ère mutuelle santé française, la Mutuelle Générale de l'Education Nationale (MGEN) protège plus de 3,3 millions de personnes, professionnels de l'Education nationale, de la Recherche, de la Culture et de la Jeunesse et des Sports.

Elle assure, pour eux, la gestion de la sécurité sociale, dans le cadre d'une délégation de mission de service public, et/ou celle des prestations complémentaires.

La complémentaire santé MGEN regroupe un grand nombre de garanties sans options pour une seule cotisation. Elle s'inscrit dans un cadre beaucoup plus large que celui de la seule santé avec des services spécifiques pour accompagner les adhérents dans leur vie quotidienne : aide financière exceptionnelle, aide à domicile, complément de revenus en cas d'arrêt de travail prolongé, aide à l'installation et au logement...

Acteur de santé publique, la MGEN gère 33 établissements sanitaires et médico-sociaux et soutient activement la recherche en santé publique, grâce à sa Fondation d'entreprise et à un

partenariat actif avec l'Inserm. Elle met également en oeuvre de nombreux programmes de prévention et d'éducation à la santé.

### Initiatives émanant d'un syndicat, mais encadrées par les autorités publiques

#### **TOGO - Mutuelle Générale des Enseignants du Togo (MUGET)**

Au Togo, moins de 20 % de la population est couverte par un système de sécurité sociale et souvent celle-ci est incomplète.<sup>14</sup>

Le dispositif en matière de sécurité sociale dans le secteur salarié comprend deux volets : la prévention des risques professionnels et les soins de prise en charge.

Concernant ce dernier volet, il est obligatoire pour toute entreprise ou tout établissement d'assurer un service médical aux travailleurs et à leurs familles. Les indépendants et les travailleurs du secteur informel ne sont pas couverts par la sécurité sociale.

Au début de l'année 2006, des assises du dialogue social se sont tenues au cours desquelles les partenaires sociaux et le gouvernement togolais se sont accordés sur la nécessité d'une politique nationale en matière de santé pour tous. Pour ce faire, il a été décidé de promouvoir les associations mutualistes et de construire un système national de sécurité sociale couvrant l'ensemble de la population. Cette nouvelle orientation a permis la mise en place des mutuelles de santé. Une dizaine de mutuelle de santé sont donc apparues, leur financement est réalisé à partir des cotisations mensuelles des membres (de 125F CFA à 1500F CFA).

La Mutuelle Générale des Enseignants du Togo (MUGET) avait déjà été créée en 1973 ; elle s'adresse aux professionnels d'un secteur de l'éducation, est reconnue par les pouvoirs publics et les professionnels de l'enseignement public de l'ensemble du pays peuvent y adhérer librement.

Elle propose une couverture du risque retraite et décès (pas d'intervention en cas de maladie ou d'hospitalisation).

Cette mutuelle est liée à la Fédération des Syndicats de l'Education Nationale (FESEN).

La couverture géographique de celle-ci est nationale.

#### **CÔTE D'IVOIRE - Mutuelle Générale des Fonctionnaires et Agents de l'Etat (MUGEF-CI)**

En 1973, l'Etat de Côte d'Ivoire, à la demande des syndicats des fonctionnaires, a créé la Mutuelle Générale des Fonctionnaires et Agents de l'Etat pour compenser la gratuité des

<sup>14</sup> Réunion régionale des groupes d'experts sur la protection sociale sur le thème « Investir sur la protection sociale en Afrique », communication présentée par Mme Assoumatine Kounon, Mr Dogoumangue Danangue et Mr Denyo Komi – 09 au 11 juin 2008 à Dakar

prestations médicales qui leur a été retirée. L'initiative de cette mutuelle est donc d'origine sociopolitique.

En 1989, la gestion de la mutuelle a été transférée de l'Etat aux syndicats et aujourd'hui l'organisation est dans une phase de stabilisation au plan de sa gestion technique et financière, d'autant que le nombre des adhérents est supérieur au seuil d'équilibre financier.

La mutuelle offre à l'échelon national la couverture de base et complémentaire en maladie/invalidité, une couverture complémentaire en hospitalisation et une couverture complémentaire en cas de décès.

Elle propose, selon une adhésion volontaire, un système de solidarité forte à travers un mode de cotisations proportionnelles au revenu des membres, un soutien entre générations. Les cotisations (dont le montant est plafonné) sont retenues à la source sur le salaire.

Elle est à but non lucratif et gouvernée démocratiquement par ses membres.

Elle compte un peu plus de 220.000 adhérents et occupe 229 agents.

Pour le moment, la mutuelle a développé des conventions avec différents partenaires médicaux pour la fourniture des prestations médicales. Les prestations fournies à l'assuré (et à sa famille) consistent en un remboursement partiel des frais facturés par le prestataire que l'assuré peut donc choisir parmi une liste de prestataires agréés/conventionnés. Mais sous peu, l'organisation aura son premier centre de prestation de soins.

Cette mutuelle est aujourd'hui impliquée dans des partenariats internationaux avec l'AIM (Association Internationale de la Mutualité), l'UAM (Union Africaine de la Mutualité) et l'AISS (Association Internationale de la Sécurité Sociale).

Un des défis serait de pouvoir intégrer cette mutuelle dans un système étatique plus large de sécurité sociale, mais ceci n'existe pas encore en Côte d'Ivoire.

### Initiatives à l'instigation des autorités publiques

#### **JAPON - Private school Personnel (Teachers and Employees) Mutual Aid Association**

Au Japon, il existe deux systèmes d'assurance santé :

- Un système d'assurance santé national pour toutes les personnes résidant au Japon et qui ne sont pas couvertes par le programme d'assurance santé pour les employés. Il s'agit d'assurance santé gérée au niveau régional.

- Un système d'assurance santé basé sur l'occupation (la profession) qui couvre les employés et les personnes qu'ils ont à charge. Les employés d'une firme d'une certaine taille et leurs employeurs forment une association d'assurance santé. Pour les personnes travaillant dans de plus petites firmes, le gouvernement organise une assurance santé collective financée par contributions des employés et des employeurs. Pour d'autres professions ainsi que pour les fonctionnaires, des associations nationales ont été formées. Enfin, une assurance santé collective pour les travailleurs saisonniers, temporaires,... est également octroyée par le gouvernement.

Pour ce qui est du personnel de l'éducation, on trouve au Japon des systèmes d'aide mutuelle destinés aux enseignants des écoles privées, des écoles de l'Etat et des écoles publiques locales. Les services offerts par ces systèmes sont les mêmes.

On rencontre ainsi les trois associations suivantes :

- « Local Public School Mutual Aid Association », dont tous les enseignants des écoles publiques locales sont membres. Cette association octroie des indemnités de pensions, d'invalidité, de veuvage ainsi que des indemnités pour les malades, les blessés et ceux victimes de catastrophe naturelle.
- « National Public Service Mutual Aid Association » ou « The Japan Mutual Aid Association of Public School Teachers » qui offrent les mêmes services et avantages pour les écoles nationales (école de l'Etat) et leurs enseignants.
- « Private school Personnel (Teachers and Employees) Mutual Aid Association ».

Dans ce dernier cas, il s'agit d'une société mutuelle, fondée en 1954 par les pouvoirs publics et réunissant près de 480.000 membres. Elle emploie 1.500 personnes.

Cette mutuelle fait partie du système de sécurité sociale du pays, mais ne couvre que les professionnels de l'éducation du secteur privé ; tout enseignant d'une école privée doit y adhérer, mais quelques universités privées (par ex. l'Université Keio) en sont exemptées.

Les cotisations sont prélevées sur le salaire et sont proportionnelles à ce dernier. Elles accordent au membre et à sa famille un remboursement partiel auprès d'un prestataire conventionné.

Ces trois systèmes sont des créations des pouvoirs publics et sont intégrés dans le système national de santé publique. L'adhésion est obligatoire.

Les frais liés aux prestations de santé sont remboursés partiellement à l'utilisateur.

Un patient japonais peut se faire soigner aussi bien dans un hôpital privé que dans un hôpital public. Il n'y a aucune restriction, pas même géographique.

### Initiatives communautaires

Il existe par ailleurs de nombreuses expériences de type communautaire, sous forme de micro-assurance de soins de santé, par exemple. Dans le cadre d'autres études, celles-ci ont fait l'objet d'analyses approfondies, notamment en Afrique subsaharienne. De telles réalisations de micro-assurance ont notamment été soutenues par le programme STEP (Stratégies et Techniques contre l'Exclusion sociale et la Pauvreté) du Département de la Sécurité Sociale de l'OIT (Organisation Internationale du Travail). Nous nous permettons de citer quelques conclusions d'une synthèse tirée d'une étude réalisée sous la coordination du Prof. Marc Poncelet<sup>15</sup> par, car ces expériences peuvent être très instructives.

Suite au retrait du secteur public dans le financement de la santé, des systèmes de micro-assurance santé ont vu le jour depuis 15-20 ans en Afrique subsaharienne pour améliorer l'accès des populations démunies aux soins de santé primaires de base. Ces systèmes de micro-assurance santé ne sont pas tous viables - les initiatives demeurent parfois au stade

<sup>15</sup> "Mutuelles communautaires de santé en Afrique subsaharienne : synthèse", Julie Failon, Centre de recherche et d'enseignement PôLE SuD de l'Université de Liège et Groupe de Recherche en Appui à la Politique (GRAP-OSC) de l'Université de Liège.

expérimental - et fonctionnels (taux de réussite d'environ 50%), mais ils ne cessent de prendre de l'ampleur surtout en Afrique de l'Ouest.<sup>16</sup>

La prise de conscience et le consensus existant aujourd'hui auprès des grandes organisations internationales pour développer des systèmes de protection sociale à large échelle permettront donc de surmonter une partie des difficultés exposées ci-dessus et contribueront à établir le lien entre ces initiatives de type communautaires et des structures plus solides qui seront développées à plus large échelle et permettant de couvrir une population plus importante.

Il existe non seulement d'importants besoins à couvrir mais également des opportunités pour l'ensemble des partenaires du Réseau "Education & Solidarité" pour créer de nouvelles initiatives dans des pays où on perçoit une réelle attente et demande d'aide et de coopération pour installer des structures pérennes visant à mettre en place un système de protection sociale solidaire pour les professionnels de l'éducation.

\* \* \* \* \*

Malgré ces illustrations de l'implication des professionnels de l'éducation au niveau mondial dans les systèmes de protection sociale solidaires, le tableau reste flou et surtout incomplet, mais cette initiative n'est qu'un début.

Réalisée avec des moyens limités, l'étude a néanmoins permis de mettre en lumière plusieurs constats :

- le grand intérêt du sujet d'analyse, car très peu d'information existe à ce sujet ;
- les difficultés conceptuelles liées au terme "mutualisme" ;
- les pré-requis structurels nécessaires à la mise en place de dispositifs mutualistes, tant au niveau institutionnel qu'en termes de mobilisation d'acteurs ;
- les atouts des partenaires du réseau (mutualistes, syndicats des personnels de l'éducation, représentants de l'organisation coupole internationale de la mutualité et du programme mondial STEP qui travaille pour l'extension de la sécurité sociale dans le domaine de la santé) face au caractère ambitieux du projet, car ils peuvent se renforcer mutuellement dans leur action ;
- la nécessité de poursuivre l'investigation afin d'une part d'enrichir la base de données des initiatives mutualistes et d'autre part de décrire davantage d'expériences vécues pour mieux en cerner toutes les facettes et leurs richesses et apports respectifs.

Il va de soi que les enjeux financiers relatifs aux soins de santé et aux systèmes de sécurité sociale sont énormes. Cependant, dans les divers cas rencontrés, il existe véritablement un grand potentiel de projets pour les membres du Réseau "Education & Solidarité".

De par leur métier, leur expérience, leurs propres réseaux, l'ensemble des membres du Réseau disposeront de tous les atouts pour aider à la création et au développement d'initiatives de type mutualiste pour asseoir de manière durable des systèmes de protection sociale solidaires.

Quant aux partenaires du Réseau, ils ont clairement un grand rôle à jouer, et ce grâce à leur capacité de mobiliser les acteurs et les ressources, par leur apport d'expertise sur place pour développer un projet et en raison de leur présence à moyen et long termes aux côtés des acteurs locaux.

---

<sup>16</sup> Cf. aperçu dans la section 1.1.

Ils peuvent non seulement être à l'origine de création de nouvelles structures mutualistes de protection sociale solidaire, mais ils peuvent aussi renforcer et pérenniser des structures existantes (éventuellement en déclin). Ils peuvent agir sur des leviers institutionnels pour renforcer soit le degré de développement institutionnel de sécurité sociale, soit la mobilisation des enseignants en tant qu'acteurs et vecteurs de développement social solidaire, ou encore la promotion des concepts et idéaux mutualistes.

Enfin, ils peuvent coordonner de manière efficace des partenariats internationaux autour de projets concrets et encourager le développement des idées mutualistes au niveau mondial.

### **3. Conclusion - Les professionnels de l'éducation, vecteurs de la solidarité mutualiste**

#### **3.1. Racines et valeurs de l'engagement mutualiste**

Les racines de la mutualité remontent à l'Antiquité où existaient déjà des sociétés d'artisans, comme en Egypte en 1400 avant JC : les tailleurs de pierre y contribuaient à un fonds destiné à leur venir en aide en cas d'accident. On peut aussi citer la Rome antique où se sont développés des collèges funéraires romains qui ont pour but d'assurer à leurs membres une sorte d'assurance funéraires. De même, au Moyen Âge, les fraternités, les guildes et sociétés d'artisans couvraient les maladies, les incapacités, la vieillesse, la perte d'emploi, l'incendie pour leurs membres ; ceux-ci étaient liés par un serment et versaient une cotisation au fond d'entraide leur servant de secours mutuel (Bennet, 1981 : 19, 27-28, 42, 67-68).

En Europe occidentale, avec les processus d'industrialisation et les mauvaises conditions de travail et de vie pour la classe des travailleurs, beaucoup de mutualités trouvent leur origine dans les sociétés de secours mutuel qui voient le jour dans la première moitié du XIXème siècle. Ces sociétés organisent la prévoyance au sein de groupes socioprofessionnels bien identifiés par appartenance à une entreprise, un métier, un secteur d'activités, une région, une origine nationale... La plupart de ces premières mutualités de même que de nombreuses organisations mutualistes d'aujourd'hui partagent deux logiques complémentaires : l'efficacité du service aux adhérents et l'action collective qui pour beaucoup implique le militantisme voire la contestation de l'ordre établi.

Ainsi certaines de ces premières mutuelles modernes ont organisé la solidarité et l'action collective en lieu et place d'organisations syndicales interdites. Elles se sont développées parallèlement et souvent en synergie avec d'autres initiatives d'action collective de type coopératif. Ces liens étroits en termes d'action et de valeurs entre mutualités, syndicats et coopératives se sont maintenus dans de nombreux pays malgré les soubresauts de l'histoire sociale, économique et politique. Et que peut-on espérer comme signe plus évident de cette proximité d'action et de valeurs que la mise en place de ce nouveau Réseau « Education et Solidarité » à l'initiative des mutualités et des syndicats des personnels de l'éducation ?

L'émergence de l'engagement mutualiste au XIXème apparaît très souvent comme la mise en place d'une forme d'organisation alternative qui, issue des milieux populaires, s'oppose aux forces politiques, sociales et économiques dominantes. Elles seront parfois interdites ou mises sous tutelle publique. Outre la prévoyance, l'éducation qui permet de réduire les fossés entre classes sociales est d'ailleurs souvent une préoccupation majeure comme ce fut le cas explicitement pour les premières sociétés mutualistes chiliennes (Grez Toso, 1992 : 158) comme pour beaucoup d'autres mutualités sous d'autres latitudes.

Le modèle d'organisation mutualiste moderne que les immigrants européens introduisirent dans de nombreux pays d'Amérique latine et d'Afrique en particulier s'inscrit initialement dans un contexte d'absence de protection sociale étatique. Pour se prémunir contre les aléas de la vie (chômage, maladie, infirmité, vieillesse, mort), pour lutter contre la pauvreté, souvent les individus devaient recourir à la charité privée et à la philanthropie dans une relation de dépendance par rapport aux couches aisées de la population ou des institutions religieuses.

Dans certains pays, les autorités publiques, les autorités locales en particulier, offraient une protection minimale d'assistance publique.

L'engagement mutualiste d'hier et d'aujourd'hui se fonde sur des valeurs qui s'opposent aux excès de la charité et de la philanthropie (comme l'écrivait Jean François Draperi (2007 : 33), « l'essor de la philanthropie nécessite des inégalités remarquables ») et à la dépendance à l'égard d'un filet minimal de sécurité étatique. Cet engagement mutualiste conjugue la prise de responsabilité par les individus eux-mêmes, la liberté d'engagement c'est-à-dire le volontariat, la démocratie et la solidarité dans un but de protection et de prévoyance et plus généralement d'amélioration du bien-être physique, économique et social des individus.

La solidarité mutualiste mêle altruisme et intérêt personnel, réciprocité et intérêt commun. Comme l'écrivait J. D. Reynaud (1999), « la solidarité est inséparable du calcul ». C'est évidemment particulièrement le cas dans le domaine d'action prioritaire des mutualités. L'intérêt assurantiel de la protection solidaire par la mutualisation des risques rencontre les préceptes d'un calcul économique rationnel. La non lucrativité et la non sélection des risques ajoutent évidemment des avantages indéniables à la solution mutualiste des problèmes de santé. Léon Walras lui-même s'est fait l'avocat de la légitimité économique (et morale) de la mutualité (Lacan, 2006). La mutualité conjugue donc un engagement altruiste, voire militant et contestataire avec un calcul d'efficacité économique et sociale au service des adhérents.

La mutualité est source d'innovation. Elle a précédé la sécurité sociale étatique là où elle existe. Elle y contribue et la complète. Dans certains cas, elle la gère ou la co-gère. Combien de fois un service initialement proposé par les mutualités n'est-il pas devenu ensuite un service d'intérêt général intégré par l'Etat dans la sécurité sociale ? Soucieuse de prévention et à l'écoute des besoins de ses adhérents, l'organisation mutualiste est un catalyseur de l'innovation et, à ce titre, elle est un complément fondamental à la gestion administrative de la sécurité sociale étatique.

Soulignons l'ambiguïté et la pluralité des relations entre mutualités et pouvoirs publics. Dans certains pays, l'Etat a fait preuve d'une grande méfiance à l'égard d'une école de la démocratie, d'une structure intermédiaire qui peut représenter et défendre les intérêts des citoyens autrement que par les circuits établis de la représentation politique. Les Etats totalitaires ont généralement interdit ou instrumentalisé les organisations mutualistes. D'autres plus démocratiques, plus ouverts aux structures de la société civile ont au contraire aidé, promu, subventionné les mutualités de façon à exploiter au mieux la complémentarité des actions étatiques et mutualistes.

La place de la mutualité entre société civile et marché est clairement dépendante des relations de confiance entretenues entre cette même société civile et l'Etat et, de ce fait, de la qualité et la capacité de l'action publique. Comment ne pas faire de parallèle entre la situation des sociétés de secours mutuel en Europe occidentale au XIXème siècle dans un contexte d'Etat a-social et les initiatives mutualistes dans certains pays africains où les Etats n'ont plus les moyens de financer la moindre action sociale. Quand l'Etat n'a plus les moyens d'assurer la protection sociale, les initiatives collectives et communautaires réapparaissent comme seules réponses aux besoins élémentaires de la population. La méfiance envers un Etat « instrumentalisateur » ne fait que renforcer cette tendance au « self help » mutualiste.

### 3.2. Les professionnels de l'éducation dans la solidarité mutualiste

Souvent l'initiative et le succès d'un projet mutualiste reposent sur une personne ou un petit groupe de personnes qui disposent d'une éducation et d'une capacité d'action, de communication et de conviction supérieures à la moyenne. Souvent le projet lui-même concerne une population qui dispose d'une cohérence forte liée au métier exercé. Ce n'est donc pas un hasard si le personnel de l'éducation s'est souvent investi dans des initiatives mutualistes s'adressant au corps enseignant, aux fonctionnaires plus généralement (quand les enseignants sont fonctionnaires ce qui n'est pas toujours le cas), voire à des catégories plus diversifiées de la population. Ce n'est pas un hasard si dès le XIX<sup>ème</sup> siècle se créent des mutualités pour les enseignants ou grâce à l'action des enseignants. Mentionnons par exemple la création au Chili en 1873 d'une société de secours mutuel entre instituteurs et institutrices de Valparaiso (Grez Toso, 1992 : 163). Soulignons la conviction mutualiste du personnel républicain, et tout particulièrement des instituteurs, en France au cours de la 3<sup>ème</sup> République (Gueslin, 1998 : 228). Rappelons les mutualités scolaires et maternelles fin XIX<sup>ème</sup> et début XX<sup>ème</sup> (Gueslin, 1998).

Nous sommes aujourd'hui confrontés à un grave problème de couverture des besoins de santé et de protection sociale en général. Dans de nombreux pays, il n'y a pas de protection sociale universelle. Dans d'autres, cette protection universelle est insuffisante et/ou remise en cause. Il faut réformer, consolider, construire ou reconstruire les systèmes de protection sociale. La situation économique actuelle fragilise encore plus les systèmes de protection mais elle constitue peut-être une formidable opportunité à saisir. Il y a aujourd'hui une prise de conscience mondiale et un consensus pour la mise en place à large échelle de systèmes durables de protection sociale. Les grands bailleurs de fonds mondiaux et les organisations multilatérales ont compris que le soutien à de multiples petites initiatives locales ne permettait pas d'engranger des résultats satisfaisants et que ces initiatives ne se développaient pas géographiquement. Le développement de systèmes d'assurance santé (et de protection sociale plus largement) est clairement un objectif dans le cadre de la lutte contre la pauvreté. Il faut dépasser le stade de petites structures non solvables, trop petites pour survivre et participer à une extension de la protection sociale la plus universelle possible. Dans ce contexte, les mutualités ont évidemment un rôle à jouer pour développer des systèmes de sécurité sociale durables et solidaires. C'est particulièrement vrai en Afrique et dans de nombreux pays en retard de développement.

Le mutualisme n'est peut-être pas la solution à tous les problèmes. L'Etat, les compagnies d'assurance, les mécanismes de marché sont d'autres leviers qui peuvent chacun contribuer à une solution durable. Cela étant, les dirigeants doivent prendre davantage conscience des atouts de l'économie sociale et du mutualisme. Dans cette perspective, les enseignants (universitaires notamment) doivent mieux expliquer et promouvoir les avantages de l'action solidaire et mutualiste, en particulier dans le domaine de la santé.

Les enseignants constituent une catégorie socioprofessionnelle « homogène », organisée, ouverte à l'engagement et à la promotion d'un intérêt commun. Ils forment une composante essentielle de la société civile en périphérie ou au cœur du service public. Qu'ils soient ou non intégrés à la fonction publique, ils partagent des valeurs de promotion de l'individu, d'émancipation et d'élévation de la personne, de bien-être social. Autant d'éléments qui les rendent naturellement ouverts à la solidarité mutualiste. Ils peuvent pleinement mesurer les avantages de l'organisation mutualiste en complémentarité de l'action sociale étatique ou en

substitution des pouvoirs publics défaillants. Ils peuvent « incarner » la solidarité et reconstruire les liens sociaux.

Certes aujourd'hui dans de nombreux pays, le métier d'enseignant est dévalorisé. Soumis à la critique des parents et des étudiants, victimes du sous-investissement dans l'éducation, préoccupés par leurs conditions de travail (salaire et stress), ils sont peut-être moins prompts à s'impliquer dans un projet d'action solidaire.

Les valeurs du mutualisme (responsabilité, volontariat, solidarité, égalité, démocratie) sont pourtant partagées par de nombreux enseignants et la promotion de la mutualité peut constituer un projet mobilisateur qui redonne ses lettres de noblesse à une profession essentielle pour l'avenir de notre civilisation et pour la transmission des valeurs aux nouvelles générations. Pour eux-mêmes mais aussi pour une population plus large, nous pouvons compter sur leur engagement pour porter et concrétiser ces valeurs dans le domaine de la protection sociale et de la prévoyance. Qu'il s'agisse de structures réellement mutualistes ou d'organisations plus capitalistiques mais fondées sur des valeurs semblables, qu'il s'agisse d'une action solidaire avec l'Etat, contre l'Etat ou en l'absence d'Etat, les personnels de l'éducation peuvent jouer un rôle clé. En ces temps d'incertitude, dans ce contexte de crise financière, économique et sociale mondialisée, le lancement de ce réseau « Education et Solidarité » qui mobilisera les énergies individuelles et collectives est un réel espoir.

### **Le personnel de l'éducation est un vecteur de la solidarité mutualiste**

La reconnaissance de l'objectif de protection santé universelle pour les pays à faible et moyen revenu est porté à l'agenda international et partagé par nombre de ces pays, comme moyen de lutte contre la pauvreté et de développement socio-économique. L'accès abordable à des soins de santé de qualité est un droit fondamental.

Pour atteindre cet objectif, l'extension de la protection santé ne peut se faire que par une combinaison et une articulation des mécanismes de couverture santé.

La mutualité est un acteur important de cet enjeu. Les conditions de sa participation à une réelle extension de la protection santé, passent par une couverture plus large de population et par une gestion professionnelle. Il s'agit aussi de mettre en œuvre un défi majeur de solidarité, une des valeurs fondatrices de l'Economie sociale.

Dans ce contexte, le personnel de l'éducation a un rôle clé à jouer pour promouvoir et développer la mutualité et participer à l'extension de la couverture santé. Il est clairement un vecteur majeur de la solidarité mutualiste.

## Bibliographie

Association internationale de la Mutualité (AIM), Allocutions du 50<sup>ème</sup> anniversaire de l'AIM, Paris, 2000, 94 p.

BAEZA C., PACKARD T., « Etendre la mutualisation des risques en matière de santé dans les pays en développement : les défis d'une évolution vers un financement par le budget de l'Etat » in *Revue internationale de sécurité sociale*, 60 (2-3), 2007, pp. 91-109.

BENNET J., *La Mutualité Française - Des origines à la Révolution de 1789*, Coopération d'Information et d'Edition Mutualiste, Collection "Patrimoines", 1981, 916 p.

BONED O., « Est-il légitime de parler d'identité mutualiste en Europe ? Une réponse fondée sur quelques mutuelles santé », in *Revue internationale de l'économie sociale (RECMA)*, N°299, février 2006, 85<sup>e</sup> année, pp. 9-23.

BOURDON J., NKENGNE-NKENGNE A.-P., « Les enseignants contractuels : avatars et fatalités de l'éducation pour tous », in *La professionnalisation des enseignants de l'éducation de base : les recrutements sans formation initiale*, Séminaire international du Centre International d'études pédagogiques (CIEP), Sèvres, 11-15 juin 2007.

CARRIN G., *Reaching universal coverage via social health insurance: key design features in the transition period*, Health Financing Technical Paper, OMS, Genève, 2004.

CIRIEC (under the direction of R. CHAVES and J.L. MONZÓN), *The Social Economy in the European Union*, 2006-07, 129 p. (available in three languages and summary in 21 languages<sup>o</sup> - [http://eesc.europa.eu/groups/3/index\\_en.asp?id=1405GR03EN](http://eesc.europa.eu/groups/3/index_en.asp?id=1405GR03EN))

CLOSSE E., *Les politiques mutualistes. Etude de la dimension politique du militantisme mutualiste*, Paris, Sciences PO, 2004, 146 p.

COHEUR A., *The state of development of private non-profit social protection organizations*, ISSA, 2008, 17 p.

COHEUR A., JACQUIER J., SCHMITT-DIABATE V., SCHREMMER J., *Articulations entre les régimes légaux de sécurité sociale et les mécanismes de protection sociale à base communautaire : une nouvelle approche prometteuse*, Forum Mondial de la Sécurité sociale, 29<sup>ème</sup> Assemblée générale de l'AISS, Moscou, 10-15 septembre 2007.

DE ALLEGRI M. et al., « Understanding enrolment in community health insurance in sub-Saharan Africa: a population-based case-control study in rural Burkina Faso », in *Bulletin of World Health Organisation*, 84 (11), 2006, pp. 852-858.

Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ), *Social Health Insurance, a contribution to the international development policy debate on universal systems of social protection*, Discussion paper, Bonn, 2005.

DRAPERI J.-F., *Comprendre l'économie sociale. Fondements et enjeux*, Paris, Dunod, 2007, 262 p.

FONTENEAU B., *Les défis des systèmes de micro-assurance santé en Afrique de l'Ouest. Cadre politique, environnement institutionnel, fonctionnement et viabilité*, Hoger Instituut voor de Arbeid, Leuven, 2003.

FONTENEAU B., GALLAND B., « The community-based model: mutual health organizations in Africa », in *Protecting the poor. A microinsurance compendium*, ILO, Munich, 2006.

GBENAHOU H., *Socio-anthropologie de la pluralité des logiques de prévoyance face aux aléas sanitaires en milieu « fon » au Bénin. Cas des populations du département du Zou*, Note de mémoire (Master complémentaire), UCL, FUCaM, FSGAx, ULg, 2008.

GOTTELMANN-DURET G., « Le recrutement des enseignants sans formation initiale : Quelles alternatives ? Quels risques ? Quelles stratégies de formation ? », in *La professionnalisation des enseignants de l'éducation de base : les recrutements sans formation initiale*, Séminaire international du Centre International d'études pédagogiques (CIEP), Sèvres, 11-15 juin 2007.

GREZ TOSO S., « La mutualité aux origines du mouvement ouvrier chilien (1853-1890) », n° spécial "La Mutualité en Europe, à l'Est, en Amérique latine de la *Revue de l'économie sociale*, XXVI, Montreuil, 1992, pp. 155-183.

GUESLIN A., *L'invention de l'économie sociale. Idées, pratiques et imaginaires coopératifs et mutualistes dans la France du XIXe siècle*, 2<sup>ème</sup> édition, *Collection Economies et sociétés contemporaines*, Paris, Economica, 1998, 430 p.

HERMESSE J., *Protection santé aujourd'hui – structures et tendances dans 13 pays*, Dresden, AIM, 2008.

ILO, « Philippines : Extension of social health insurance coverage to workers in the informal economy through organized groups », *PhilHealth experience*, ILO

Institut de Statistique de l'UNESCO (ISU), *Les enseignants et la qualité de l'éducation : suivi des besoins mondiaux d'ici 2015*, ISU, Montréal, 2006.

Internationale de l'Education (IE), *Rapport de l'Internationale de l'Education au Comité des experts sur l'application de La recommandation OIT/UNESCO de 1966 concernant la condition du personnel enseignant et de La recommandation UNESCO de 1997 sur la condition du personnel enseignant de l'enseignement supérieur*, Bruxelles, 2006.

International Social Security Association (ISSA), *Social Policy Highlight 06*, ISSA, Genève, 2008a.

International Social Security Association (ISSA), *Social Policy Highlight 07*, ISSA, Genève, 2008b.

JAFFRE Y., OLIVIER DE SARDAN J.P., *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*, Paris, APAD, Karthala (« Hommes et sociétés »), 2003, 449 p.

LACAN A., « Léon Walras et les sociétés d'assurance mutuelles », in *Revue internationale de l'économie sociale (RECMA)*, N° 299, février 2006, 85<sup>e</sup> année, pp. 68-82.

MACCATORY B., PAUL E., *Quelle participation pour quelles OSC à l'approche sectorielle santé au Mali ? Analyse du rôle des Organisations de la Société Civile (OSC) dans l'Approche sectorielle Santé (AS) au Mali*, GRAP OSC, GRAP SWAP, 2008.

Organisation Internationale du Travail (OIT), *La protection sociale de la santé – stratégie de l'OIT pour un accès universel aux soins de santé*, Document de réflexion 19, Genève, 2007.

Organisation Mondiale de la Santé (OMS), *Maintenant plus que jamais – Les soins de santé primaires, Rapport sur la santé dans le monde 2008*, Genève, 2008.

Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO), *Rapport mondial de suivi de l'EPT, Un bon départ, Education et protection de la petite enfance*, Paris, 2007.

PONCELET M., PIROTTE G., « L'invention africaine des sociétés civiles : déni théorique, figure imposée, prolifération empirique » in *Mondes en développement*, Bruxelles, de Boeck Université, 2007, 35,3, n°139, pp.9-23.

Programme des Nations unies pour le développement (PNUD), *Rapport mondial sur le développement humain*, Economica, Paris, 1997.

RALAMBOMANANA S., Première réunion des coordonnateurs nationaux de l'Initiative de l'UNESCO pour la formation des enseignants en Afrique subsaharienne, BRENDA, Dakar, 7-9 mars 2006 : Madagascar, UNESCO, 2006.

REYNAUD J.D., préface, *Les règles du jeu*, Paris, A. Colin, 1999, p. III.

SAUVAGEOT C., STOEFFLER-KERN F., « Les Objectifs de l'Education pour tous, contexte démographique et scolarisation » in *Mondes en développement*, 2005, 33, 4, n°132.

SENOU B., *Contractualisation of teachers function and comportment of teachers: Benin's case*, University of SOA, Cameroun, Munich Personal RePEc Archive (MPRA), paper n°11528, 2008.

SINISCALCO M.-T., *Un profil statistique de la profession d'enseignant*, BIT, UNESCO, Paris, 2002.

TEULADE R., « Des idéaux et des principes » in R. Teulade, *La mutualité française. Un idéal pour 25 millions d'hommes et de femmes*, Paris, Editions Ramsay, 1984, pp. 59-83.

Union des Banques Suisses (UBS), *Prices and Earnings*, A comparison of purchasing power around the globe, Edition 2003, Zurich, UBS AG, 2003.

VINOKUR A., « Public, privé... ou hybride ? L'effacement des frontières dans l'éducation » in « Ecoles publiques, écoles privées au "Sud" : usages pluriels, frontières incertaines », *Cahiers de la recherche sur l'éducation et les savoirs*, ARES, Paris, 2004,3, pp. 13-33.

WAELEKENS M.-P., CRIEL B., *Les mutuelles de santé en Afrique subsaharienne. Etat des lieux et réflexions sur un agenda de recherche*, HNP Discussion Paper, Banque Mondiale, Washington DC., 2004.

The World Bank, *Health Financing revisited, a practitioner's guide*, The World Bank, Washington DC, 2006.