

Temps fort de l'actualité

Serge Koulytchizky et Rémi Laurent

Numéro 294, novembre 2004

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1022017ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/1022017ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Institut de l'économie sociale (IES)

ISSN

1626-1682 (imprimé)

2261-2599 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer ce document

Koulytchizky, S. & Laurent, R. (2004). Temps fort de l'actualité. *Revue internationale de l'économie sociale*, (294), 5–8.
<https://doi.org/10.7202/1022017ar>

TEMPS FORTS DE L'ACTUALITÉ

XXV^e congrès international du Ciriec⁽¹⁾

Après Montréal en l'an 2000 et l'Italie, à Naples, il y a deux ans, c'est la France qui organisait le congrès international du Ciriec, dans la ville de Lyon, les 27 et 28 septembre 2004. Plus de cinq cents participants originaires de vingt-sept pays se sont réunis sur le thème de « La réponse de l'économie publique sociale et coopérative aux attentes de la société », dans l'optique de l'appréciation des droits fondamentaux, des besoins sociaux et de la demande solvable. Il s'agissait du troisième volet – celui des attentes – d'un triptyque dont les premiers volets, l'action des opérateurs et l'intervention des pouvoirs publics, avaient fait l'objet des deux congrès précédents, dans une continuité voulue par le directeur général, Bernard Thiry, et par les présidents successifs, dont le Français Jacques Fournier, la présidence du moment appartenant à l'Espagnol J. L. Monzon Campos.

Une publication complète des exposés faits dans quatre ateliers (« Habitat et vie sociale », « Services publics économiques et financiers », « Développement humain », « Environnement et développement durable ») est prévue d'ici un an sur le site www.ulg.ac.bc/ciriec.

Vu avec l'œil français, ce congrès piloté par le président Pierre Vionnet et le bureau du Ciriec France marque le grand retour de l'économie sociale; on a remarqué une forte représentation française au travers du Crédit coopératif, de sa fondation, de l'AddeS, de l'IES et de la *Recma*. Juste retour de balancier en un temps où le secteur public dans sa partie privatisée tend à glisser, d'un côté, vers le privé – l'économie sociale

non lucrative pouvant alors éviter le risque de banalisation bilatérale, c'est bien dans cet esprit qu'ont été conçues par le législateur les Caisses d'épargne désormais coopératives – et, d'un autre côté, vers les sociétés d'économie mixte (SEM) à forte implication territoriale et vers les sociétés de l'économie paritaire adossées aux syndicats et pour une large part aux structures en évolution de la protection sociale des Français. Ces glissements sont significatifs d'une économie de plus en plus transversale, avec des alliances et des rapprochements qui s'imposent désormais au-delà même des éventuels partenariats d'entreprises. Il suffit de s'intéresser aux contributeurs financiers qui ont apporté leur plein appui au lancement de la manifestation pour découvrir un très large éventail allant du public-public au public-privé jusqu'au privé-privé qui pointe plus ou moins subtilement le bout du nez; à remarquer, la traditionnelle fidélité des opérateurs publics – même en cours de semi-privatisation – en tête desquels la SNCF, dont le président, Louis Gallois, a été très écouté en séance plénière (voir les logos en quatrième de couverture de la plaquette programme).

Même transversalité dans la recherche. Le conseil scientifique international du Ciriec est désormais conduit par le Canadien Benoît Lévesque, après une longue et remarquable présidence de Lionel Monnier. Le conseil coordonne les travaux de deux commissions: l'une, « Services publics, entreprises publiques » (G. Obermann, Autriche), s'intéresse actuellement au livre vert de la CE sur les services d'intérêt général (voir l'intervention de L. Cartelier et J. Fournier); l'autre, « Economie sociale et coopérative » (R. Chaves, Espagne), va travailler sur les pratiques d'évaluation, en vue de la construction de l'intérêt général. En outre, un groupe de travail dit « transversal » piloté par B. Enjolras (Norvège et France) s'intéresse

(1) Centre international de recherches et d'information sur l'économie sociale et coopérative.

aux régimes de gouvernance dans la construction de l'intérêt général. Il n'y a pas là redondance, mais au contraire remarquable cohérence dans les chemins convergents de la recherche avançant sur des pistes différentes (micro-macro et économie-gestion-sociologie). De nombreuses publications sont annoncées sur le site déjà indiqué, dont les numéros parus et à paraître des *Annales de l'économie publique, sociale et coopérative* (Liège, Montréal, Valence).

Au cours de l'assemblée générale qui a clôturé le congrès a été choisie une nouvelle présidente. De nationalité belge (Anvers), elle remplacera J. L. Monzon à la fin de son mandat de deux ans et mènera le Ciriec jusqu'au prochain congrès, à Istanbul au mois de juin 2006.

Quinze jours après cette grande réunion du Ciriec à Lyon, se tenait à Bordeaux le congrès national des sociétés d'économie mixte (SEM), sous la conduite d'Albert Mahé, président de la fédération des SEM et ancien vice-président du Ciriec France. Mille deux cents SEM métropolitaines et d'outre-mer étaient représentées, et également quelques-uns des 16 000 établissements publics locaux (EPL) que compte désormais l'Europe élargie (voir l'étude, diffusée en primeur au congrès, *Les EPL dans les vingt-cinq pays de l'union européenne*, 173 p., Dexia éd. : 7-11, quai A.-Citroën, 75015 Paris). Le congrès a lui aussi décliné les missions d'intérêt général sous l'angle de la libre administration des collectivités locales, du droit positif des services d'intérêt général et de l'adoption d'un cadre juridique commun à toutes les entreprises publiques locales. La rencontre des centres d'intérêt n'est pas fortuite, même si s'y ajoute ici une dimension localiste très forte.

Transversalité des formes et voies de construction de l'intérêt général, nécessaire alliance des partenaires du non-lucratif, dont l'économie sociale est une des composantes les plus anciennes, porteuse des riches enseignements hérités des diverses expérimentations de l'extroisième voie et de son implication dans le local, tels sont les maîtres mots que l'on peut retenir de ces deux congrès.

Serge Koulytchizky ●

● Comment l'économie sociale peut-elle améliorer l'accès des usagers au système de santé et leur information ? L'exemple du Japon

Pour Akira Kurimoto, directeur et chercheur principal de l'Institut des coopératives de consommateurs au Japon, « *le Japon se trouve certainement à un tournant de son histoire* » du fait du vieillissement accéléré de la population et des lourds déficits cumulés des programmes d'assurance médicale. Dans son intervention lors du XXV^e congrès du Ciriec⁽²⁾, le chercheur a précisé que ces deux facteurs confrontent le système de santé japonais à certains défis et notamment celui de la réduction des dépenses médicales. Cette réduction des dépenses est devenue un enjeu crucial pour l'économie nationale, même si celles-ci ne représentaient, en 2000, que 7,8 % du PIB – ce qui place le Japon à la seizième position parmi les pays de l'OCDE ; la France consacre, quant à elle, environ 10 % de son PIB aux dépenses de santé.

Le système de santé japonais a enregistré, globalement, de bons résultats au regard notamment de l'espérance de vie et de la mortalité infantile, respectivement la plus longue et la plus basse des pays développés. Cependant, comme A. Kurimoto l'a rappelé, si la nécessité de rapprocher l'éducation à la santé, les traitements médicaux et les services sociaux est largement admise au Japon, des obstacles institutionnels et fonctionnels en entravent la mise en réseau et l'intégration. La réduction des dépenses de santé, ou tout au moins la réduction du rythme de leur croissance, passe notamment par la levée de ces obstacles. La question de l'amélioration de l'accès aux soins et du niveau d'information des usagers dans un univers où prévaut une très forte asymétrie d'information entre les professionnels et les patients est également soulevée.

(2) Lyon, 27-28 septembre 2004, contribution intitulée "How can social economy improve user access and capability? Case of health co-ops".

De la présentation du système médical japonais, on peut retenir que les services de santé sont dispensés par tout un éventail d'organisations qui relèvent essentiellement du secteur public et des organisations non lucratives (sociétés médicales, sociétés publiques, entités individuelles, coopératives de santé...). Ces organisations sont financées, pour la majeure partie, par l'assurance médicale obligatoire et universelle instaurée par la loi de 1961 qui a permis à tous les citoyens d'être couverts par l'un des huit programmes d'assurance médicale publique. Les patients doivent s'acquitter de 30 % de leurs frais médicaux – des compagnies d'assurances proposent des polices d'assurance médicale qui couvrent certaines dépenses comme l'hospitalisation ou certaines maladies comme le cancer. Comme dans d'autres pays, on constate au Japon une aggravation de l'écart en matière d'offre entre les grandes villes, où elle est surabondante, et les régions reculées, où elle est insuffisante.

Comment améliorer l'accès aux soins pour le patient et son information ? Pour répondre à cette question, A. Kurimoto a choisi de présenter deux exemples significatifs : celui d'une structure de défense des intérêts des patients et celui des coopératives santé.

Créée en 1990 à Osaka par des citoyens, l'organisation de consommateurs « Droit et Médecine » vise à promouvoir une médecine centrée sur le patient. Avec pour slogan « *Nous sommes maîtres de notre vie et responsables de notre santé* », elle appelle à la participation active des patients dans le système de soins. Des bénévoles de l'association ont mis en place un système d'assistance téléphonique qui traite actuellement plus de 4000 demandes chaque année. Les opérateurs ne donnent pas de conseils médicaux, mais sont à l'écoute des personnes qui téléphonent et les aident à trouver des solutions par elles-mêmes. L'association organise également chaque année des forums pour faciliter le dialogue et les échanges entre patients et professionnels de santé. Autre innovation, l'association a mis en place un groupe de bénévoles se faisant passer pour des patients auprès de médecins. A la suite de leur visite, les bénévoles échangent avec les médecins afin de

les aider à améliorer leur communication vis-à-vis des patients.

Selon les statistiques établies en 2001 par l'association des coopératives de santé, 2,37 millions de citoyens sont sociétaires des 119 coopératives de santé au Japon. Relevante de la loi de 1948 sur les coopératives de consommateurs, elles comptent également parmi leurs membres des salariés des coopératives (médecins, infirmières, etc.), soit 22 026 membres représentant 0,9 % des sociétaires. Ainsi, leur particularité réside dans le fait qu'elles ne sont pas exclusivement composées de patients. Outre les salariés des coopératives, les membres sont essentiellement des personnes qui souhaitent se prémunir de la maladie et mener une vie saine. Ces coopératives visent à créer des synergies en réunissant les différentes parties prenantes autour des objectifs communs que sont la prévention et la promotion de la santé ainsi qu'une guérison rapide des malades. Les patients doivent s'engager dans le processus de guérison aux côtés des praticiens et les professionnels de santé doivent, quant à eux, aider les membres à adopter des comportements constructifs pour rester en bonne santé.

Comme le souligne A. Kurimoto, les coopératives de santé s'efforcent d'émanciper les patients. Elles facilitent leur implication dans la prévention et dans les processus de guérison, des structures intermédiaires ayant été créées pour encourager la participation des membres. Au premier niveau, 25 731 groupes dénommés « Han », petites associations de quartier réunissant plus de 243 000 membres, développent la promotion de la santé par le biais, notamment, de réunions chez les membres ou bien encore de conférences. Certains membres deviennent, après formation, des « conseillers de santé » et dirigent ensuite des activités bénévoles au sein des groupes « Han » ; ils deviennent « *les chevilles ouvrières de l'éducation à la santé* ». Les membres des groupes pratiquent également, au début avec l'aide d'infirmières, des examens médicaux sur eux-mêmes au moyen d'appareils faciles à utiliser (tensiomètre automatique et bandelettes de test d'urine pour contrôler tension ou taux de sucre). Ces autocontrôles se sont

révélés efficaces pour la détection précoce et le traitement de maladies. A. Kurimoto note ainsi que 79 % des membres de coopératives subissent un examen médical annuel, alors que la moyenne nationale se situe à 60 %.

Depuis 1997, les coopératives de santé font la promotion d'un programme intitulé « Sept habitudes à prendre pour être en bonne santé » qui vise à réduire les comportements à risques de leurs membres en modifiant les habitudes sanitaires et alimentaires. Les coopératives, pour améliorer la transparence et associer le patient au traitement, ont élaboré une charte des droits des patients.

Dans sa conclusion, Akira Kurimoto a insisté sur le fait que, potentiellement, les organisations d'économie sociale peuvent avoir une grande importance lorsqu'elles impliquent les consommateurs en tant qu'agents de changement dans un processus déterminé. Pour le directeur de l'institut de recherche sur les coopératives de consommateurs, « *il nous appartient d'identifier les meilleures*

pratiques de développement humain au niveau des utilisateurs et des fournisseurs de soins afin que ceux-ci puissent coopérer plus efficacement en vue d'atteindre l'objectif commun de l'amélioration de la santé et de la qualité de vie des citoyens ».

Les pratiques et le savoir-faire des coopératives de santé japonaises, et plus particulièrement en matière de structuration de groupes locaux, pourraient être utiles aux mutuelles de santé françaises dans leur recherche de l'amélioration de la participation et de la responsabilisation des adhérents mutualistes. De plus, le système de parts sociales détenues par les membres de coopératives – la part sociale est de l'ordre de 230 euros – permet de financer les structures de santé et contribue certainement à la participation des membres. C'est aussi une piste de réflexion pour les mutuelles françaises du livre III, mutuelles gérant des établissements sanitaires et sociaux, qui n'ont pas de capital social.

Rémi Laurent ●