

rencontres
enseignement
actions
recherches
gestion
dossiers
sécurité
sociale

regards

d o s s i e r

Les minima sociaux



numéro 38 • juillet 2010


en3s

ÉCOLE NATIONALE SUPÉRIEURE
DE SÉCURITÉ SOCIALE

www.en3s.fr

s o m m a i r e

1 LES ÉVOLUTIONS DE LA PROTECTION SOCIALE

Un panorama des minima sociaux et les avantages connexes

Coordonnateurs

Claude Bigot,
Directeur de l'École
Nationale Supérieure
de Sécurité Sociale

Gilles Huteau,
Directeur de la Caisse
Primaire d'Assurance
Maladie de l'Allier,
Président
de l'Association
des anciens élèves
de l'EN3S

- **RMI, RMA, RSA dans l'histoire récente des minima sociaux**
par Julien Damon, Professeur associé à Sciences Po 9
- **Les minima sociaux : la Couverture maladie universelle (CMU)**
par Jean-François Chadelat, Inspecteur général des affaires sociales, Directeur du Fonds CMU 22
- **Le minimum vieillesse du FNS à l'ASPA : l'ordonnance du 24 juin 2004 et les limites inhérentes à la simplification de la règle de droit**
par Franck Le Morvan, ancien Sous-directeur des retraites à la Direction de la Sécurité sociale 36
- **Les effets pervers des minima sociaux : mythe ou réalité ?**
par Aurélien Purière, élève de la 48^e promotion de l'EN3S 50

- **L'allocation de solidarité spécifique, une allocation à la croisée de l'indemnisation du chômage et de la solidarité nationale**
 par Laetitia Tailliez, Chargée de mission à la délégation générale à l'emploi et à la formation professionnelle
 Ministère du Travail, de la Solidarité
 et de la Fonction Publique 64
- **Action sociale familiale de la branche famille et minima sociaux**
 par Hervé François, Directeur de la CAF
 de Seine-et-Marne 75
- **Revenus minima sociaux en Europe : esquisse à partir d'évolutions législatives**
 par Francis Kessler, Directeur du master droit de la Protection sociale d'entreprise, École de droit de la Sorbonne, Université de Paris 1, Avocat, *Senior counsel*,
 cabinet Gide Loyrette Nouel AARPI, Paris 82

2. LE MANAGEMENT DE LA PROTECTION SOCIALE : TENDANCE ET ÉVOLUTION

- **L'offre de santé dans les Collectivités ultramarines**
 par Jacqueline André-Cormier, Conseiller économique,
 social et environnemental, Groupe de l'Outre-mer,
 Présidente de la Caisse de Prévoyance Sociale
 de Saint-Pierre-et-Miquelon 99
- **Quelques opinions de dirigeants de Caisses de Sécurité sociale, au regard de celles des Français et des Européens**
 par Julien Damon, Professeur associé à Sciences Po 106
- **Régime général des salariés et régime des travailleurs indépendants : à prestations quasi identiques, charges contributives inégalitaires**
 par Vincent Ravoux, Directeur général de l'Urssaf de Paris
 et région parisienne 113

3. REGARDS DES ACTEURS

- **Six solutions pour transformer le secteur social**
par Vincent Lequenne, Social Industry Leader, Responsable Social, IBM France 129
- **La démarche déontologique à la Sécurité sociale ou comment l'éthique peut raviver nos valeurs et rénover nos pratiques ?**
par Delphine Bardie, Amandine Deslandes, Sébastien Martine et Clarisse Petitjean, Élèves de la 48^e promotion de l'EN3S, sous la direction de M. Alain Bouilloux, Maître de conférences à l'IET de Lyon 144
- **Le modèle de l'agence est-il le modèle d'avenir de la gestion des actions publiques dans le domaine social ?**
par Doriane Derne, Bertrand Lemonnier, Franck L'Hospital, Élèves de la 48^e promotion de l'EN3S, sous la direction de Nathalie Rubio, Maître de conférences en droit public, Université Aix-Marseille 159
- **Quel avenir pour le modèle social suédois dans un contexte de crise ?**
Article co-rédigé par Anne Baudeneau, journaliste à « La correspondance économique » et Camille Dorival, journaliste à « Alternatives Economiques » (auditrices du premier cycle de formation organisé par l'IHEPS sur le thème : « Protection sociale et compétitivité ») 171

4. BIBLIOGRAPHIE

- Ouvrages sélectionnés par le centre de documentation de l'EN3S 181
- Notes de lecture 185



COMPOSITION DU COMITÉ DE RÉDACTION

- ✎ **M. Gérard ARCEGA**, Président honoraire de l'Association des anciens élèves de l'EN3S, Directeur évaluateur – CNAMTS
- ✎ **M. Gilles ARZEL**, Directeur évaluateur – CNAMTS
- ✎ **M. Claude BIGOT**, Directeur de l'École Nationale Supérieure de Sécurité sociale
- ✎ **M. Pierre-Louis BRAS**, Inspecteur des Affaires sociales
- ✎ **M. Jean-François CHADELAT**, Inspecteur général des Affaires sociales, Directeur du fonds CMU
- ✎ **M. Alain CHAILLAND**, Conseiller Référéndaire à la Cour des Comptes
- ✎ **M. Julien DAMON**, Professeur associé à Sciences-Po
- ✎ **M. Christophe DEMILLY**, Directeur de la Caisse d'Allocations Familiales d'Ille-et-Vilaine
- ✎ **M. Pascal ÉMILE**, Directeur de la Caisse Régionale d'Assurance Maladie du Centre
- ✎ **M. Philippe GEORGES**, Président du COMEX (Comité Exécutif de l'UCANSS)
- ✎ **M. Gilles HUTEAU**, Directeur de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de l'Allier
- ✎ **M. Xavier PRETOT**, Conseiller à la Cour de Cassation, Professeur associé à l'Université Panthéon-Assas (Paris II)
- ✎ **M. Vincent RAVOUX**, Directeur Général de l'URSSAF de Paris et de la région parisienne
- ✎ **M. Jean-Louis REY**, Chef de service adjoint au Directeur de la Sécurité sociale Ministère de la Santé et des Sports



ÉCOLE NATIONALE SUPÉRIEURE
DE SÉCURITÉ SOCIALE

POUR EN SAVOIR PLUS

**sur les sommaires des précédents numéros
ou pour commander les numéros
qui vous intéressent**

www.en3s.fr

ou

Tél. 04.77.81.15.15 – Fax 04.77.81.15.00



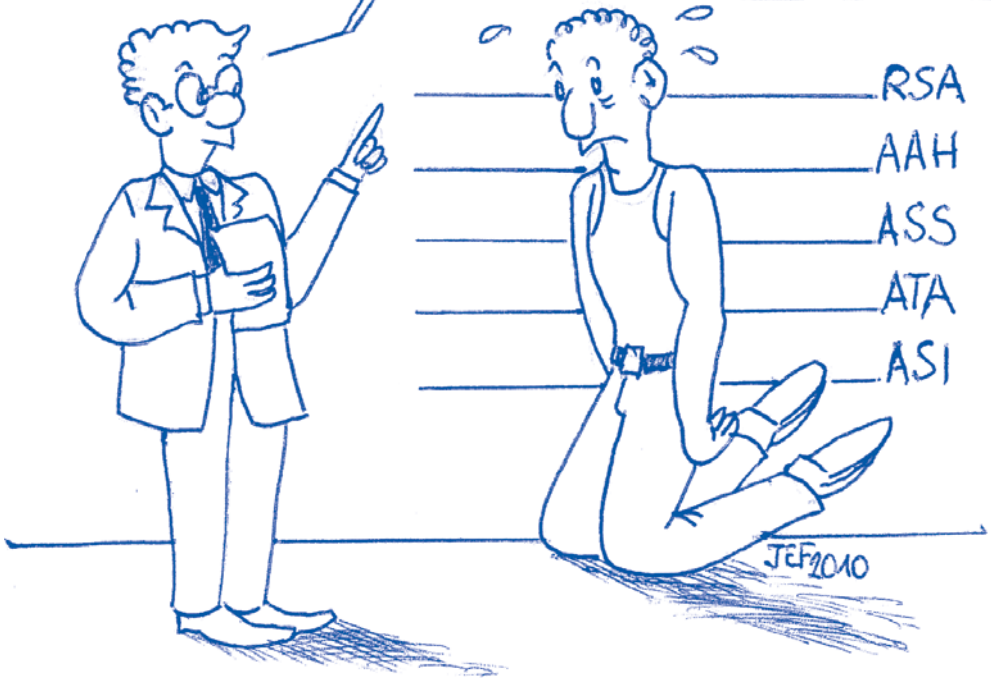
1

LES ÉVOLUTIONS DE LA PROTECTION SOCIALE

**Un panorama des minima
sociaux et les avantages
connexes**

DÉSOLÉ, MAIS VOUS DÉPASSEZ TOUJOURS LES SEUILS...

... ESSAYEZ DE BAISSER D'AVANTAGE LA TÊTE ?



Jean-François CONRAUX, ancien Directeur des finances et de la comptabilité de la CPAM de Nancy

RMI, RMA, RSA dans l'histoire récente des minima sociaux *

Julien Damon

Professeur associé à Sciences Po

Dans la forêt des sigles de la Protection sociale, le Revenu de solidarité active (RSA), le Revenu minimum d'insertion (RMI) et, entre les deux, le Revenu minimum d'activité (RMA), ont fait couler beaucoup d'encre. Que dire de neuf qui n'ait déjà été dit, soit pour célébrer les vertus de ces innovations soit pour en décrier les défauts, soit encore pour en détailler les mécanismes de plus en plus sophistiqués ? Plutôt que d'entrer à nouveau dans les relectures et les controverses spécialisées, on propose dans cet article, en s'appuyant sur de précédentes contributions relatives à ces instruments de l'aide et de l'action sociales, quelques remarques à l'occasion des débats qui ont entouré le dixième anniversaire puis le vingtième anniversaire du RMI¹. Dans le premier cas les échanges, préalables à ce qui allait devenir le RMA, étaient rudes. Dans le deuxième, marqué symboliquement à l'exacte date anniversaire par l'avènement juridique du RSA, les débats ont été un peu moins vifs sur le fond mais tout de même prononcés sur les modalités, le financement notamment.

À chaque fois présentées comme des réformes majeures, ces innovations bousculent les principes et les institutions. Véritable prestation *sui generis*, le RMI est le socle des transformations suivantes qu'ont été le RMA puis le RSA. Alors que le RMI avait fait, dans son principe et son contenu, globalement consensus, il n'en a pas été de même pour le RMA et pour le RSA. Dans les deux cas les oppositions ont été exprimées, de manière passionnée ou larvée. Toutes les controverses et toutes les argumentations techniques relèvent d'une même problématique générique, celle des liens entre activités et garantie de ressources². Le RMI dans

* Cette contribution reprend un article publié sous le titre « Du RMI au RSA, en passant par le RMA », *Revue de droit sanitaire et social*, vol. 46, n° 2, 2009, pp. 213-22.

1. Pour un jalon d'informations et d'analyses établi à l'occasion de ce vingtième anniversaire, voir M. Lelièvre, E. Nauze-Fichet (dir.), *RMI. L'État des lieux, 1988-2008*, La Découverte, 2008.

2. V. M. Borgetto, *Minima sociaux et revenus d'activité : éléments d'une problématique générale*, DS, 2000, p. 683.

1

LES ÉVOLUTIONS
DE LA PROTECTION
SOCIALE

ses grandes lignes, même si lui est attachée une contrepartie (non assortie de toutes les contraintes imaginables) en termes d'effort d'insertion, relevait dans son épure de la logique pure d'un minimum social différentiel. Dès l'origine lui ont été ajoutés ou adjoints des dispositifs associés cherchant à inciter au mieux les allocataires à se replacer ou se placer pour la première fois sur le marché de l'emploi. De fait le souci de lien avec l'activité, d'« activation » dit-on, a toujours été présent.

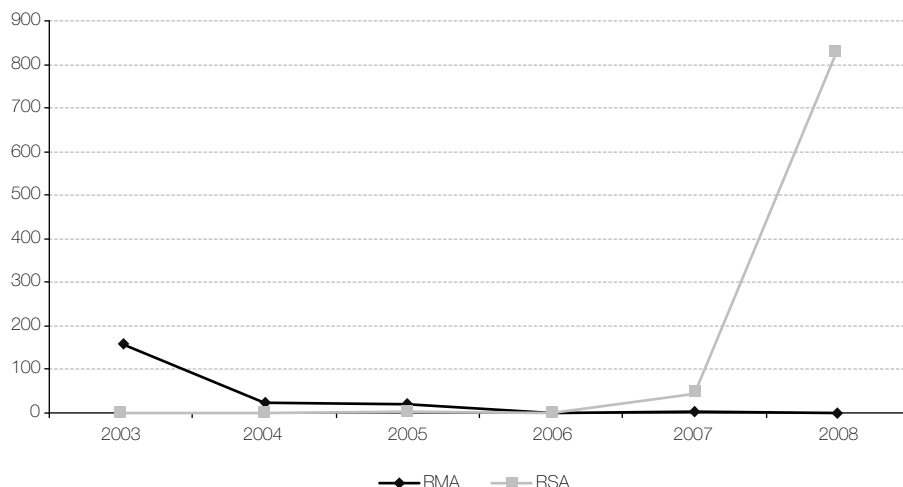
Fin 2003, le RMI a été décentralisé tandis qu'était créé un nouvel outil, le RMA, avec vocation première d'inciter les allocataires à trouver un emploi. Tout juste quelques mois avant cet avènement du RMA naissait en France un instrument fiscal relevant de la logique de l'impôt négatif, la Prime pour l'emploi (PPE). Parmi les idées au fondement du RSA, idées émises tout juste un an après l'apparition du RMA, présidait celle d'une fusion de la prestation sociale (le RMI) et du mécanisme fiscal (PPE). La création du RSA n'a pas compris, on le sait, l'intégration de la PPE.

En tout état de cause et de reprise rapide de l'histoire, le RSA a totalement effacé de l'agenda politique, à défaut du droit, le RMA. En quelques années, deux réformes présentées comme majeures ont concerné le RMI. Certains considèrent qu'il y a réorientation, d'autres dénaturation. Il nous semble y avoir plus prolongement d'un mouvement dont l'origine date de la création du RMI consistant à toujours chercher à rapprocher ce qu'on baptise insertion de ce qu'on appelle activité.

Au-delà des débats savants, relevons donc d'abord cet effacement rapide et total du RMA par le RSA. Si l'on prend en considération, comme approximation de l'intensité du débat public, le nombre de dépêches AFP qui abordent dans leur titre le RMA ou le RSA depuis 2003 on voit clairement que dès 2005 on ne parle déjà quasiment plus du RMA (il a alors un an) et que l'on commence à évoquer le RSA (qui n'est qu'un projet).

Cette mise en évidence concomitante du déclin public du RMA et de montée en puissance du RSA, sur très courte période, a quelque chose de cruel pour le réformateur. En effet les attendus et l'enthousiasme étaient déjà de grande portée à l'occasion de la création du RMA. La réforme est maintenant oubliée. Pour le RSA les ambitions sont importantes (davantage même que pour le RMA rétorqueront autant les partisans que les opposants de la mesure) et les interrogations nombreuses au moment de la généralisation du dispositif.

Nombre de dépêches AFP abordant dans leur titre le RMA ou le RSA



Un débat et une réforme maintenant oubliés : le RMA

Le RMA a été mis en place à partir du 1^{er} janvier 2004³. Complétant, sans le remplacer, le RMI, le RMA est une idée qui a germé et qui s'est progressivement affirmée depuis le milieu des années 1990, avant d'être consacrée par la loi du 18 décembre 2003.

C'est lors de la campagne présidentielle de 1995, largement menée autour des thèmes de l'exclusion et de la fracture sociale, que l'idée d'un RMA a été explicitement émise. Mais elle n'a pas alors fait grand bruit. C'est, par exemple, une association, Droit de cité, qui a fait part, en les rencontrant, aux trois principaux candidats de son idée selon laquelle « la première cause d'exclusion, c'est l'inactivité » et de sa proposition de création d'un « revenu minimum d'activité (RMA), qui valorise l'activité des chômeurs, par exemple dans les associations »⁴.

Début 1997, lors des préalables au débat parlementaire sur le projet de loi de cohésion sociale, présenté par le Gouvernement Juppé avant la dissolution de l'Assemblée nationale, la proposition de remplacer le RMI par le RMA, de transformer l'allocation RMI en revenu d'activité a également été évoquée, sans trop d'échos. Dans ces prémices d'un RMA, l'idée est

3. On reprend ici des éléments de J. Damon, F. Marinacce, *Le RMA : genèse, contenu et enjeux*, RDSS, 2004, p. 30.

4. AFP, 18 avril 1995.

1

LES ÉVOLUTIONS
DE LA PROTECTION
SOCIALE

de remplacer le RMI, voire le SMIC, par le RMA. La suggestion en est faite par Michel Godet qui souligne qu'il « ne devrait pas y avoir de revenu ou d'indemnisation, sans contrepartie d'activité ou d'insertion ». Dans cet esprit, le RMA, au moins équivalent au SMIC, serait un « impôt négatif versé en complément du salaire perçu de l'entreprise »⁵.

Fin 1997, au sein de l'opposition, des parlementaires appellent à supprimer SMIC et RMI, et à le remplacer par un RMA. Une proposition est déposée à l'Assemblée nationale pour la création du RMA⁶. Dans cette proposition, les collectivités territoriales doivent mettre en place des « comités de pilotage chargés de confier aux bénéficiaires du RMI aptes à une activité professionnelle et résidant dans la commune des travaux d'intérêt général ». Ces travaux ne doivent pas concurrencer le secteur marchand. Les bénéficiaires du RMI percevant une allocation à taux plein, auxquels est réservé le dispositif, bénéficieraient d'un RMA, au niveau du SMIC, qui se substituerait au RMI.

Au moment de l'anniversaire des dix ans de la loi du 1^{er} décembre 1988, le dispositif RMI fait l'objet d'un renouveau des diverses controverses habituelles (sur l'opportunité de son ouverture aux moins de vingt-cinq ans, sur les difficultés et les faibles résultats de l'insertion). À l'automne 1999 deux sénateurs de la Commission des finances (le centriste Alain Lambert, Président de la Commission, et le gaulliste Philippe Marini, rapporteur général) proposent, en amont de l'examen de la loi de Finances, le remplacement du RMI par le RMA. S'interrogeant sur l'augmentation de la charge du RMI pour l'État même en période de croissance, ils se demandent « si le RMI n'est pas désormais un revenu minimum d'inactivité ». Dans le système envisagé, le bénéficiaire du RMI deviendrait salarié percevant un RMA. Une part du salaire serait versée par l'entreprise et l'État paierait un complément de ressources. Le principe est d'opérer un virage de l'insertion « devenue simple assistance déresponsabilisante », à « la promotion de l'emploi, de l'activité productive et profitable à tous »⁷.

Traduction de cette argumentation, une proposition de loi est déposée par les deux sénateurs le 20 avril 2000. Cette proposition portant création du revenu minimum d'activité⁸, instituerait, selon son premier

5. M. Godet, *Les salaires ou l'emploi*, Les Échos, 18 juin 1997. Voir également, pour les bases du raisonnement, M. Godet, *Le Grand mensonge. L'emploi est mort. Vive l'activité*, Fixot, 1994.

6. Proposition n° 456 pour la création d'un revenu minimum d'activité, par François Vannson, enregistrée à l'Assemblée le 26 novembre 1997.

7. Le Figaro, 8 octobre 1999.

8. Proposition de loi n° 317, portant création du revenu minimum d'activité (RMA), enregistrée au Sénat le 20 avril 2000.

article, un RMA « pour les personnes sans emploi et titulaires d'un minimum social depuis six mois ». Outre le RMI, les autres minima sociaux concernés sont l'Allocation de solidarité spécifique (ASS), l'Allocation d'insertion (AI), l'allocation d'assurance veuvage et l'Allocation de parent isolé (API). Le RMA comprendrait deux parts. La première, appelée aide dégressive, correspondrait aux allocations de minimum social perçues jusqu'alors par le bénéficiaire. Elle serait versée par l'État ou par l'UNEDIC (selon les minima sociaux initialement perçus) aux entreprises qui l'utiliseraient pour rémunérer le nouvel embauché. Le versement à l'entreprise diminuerait progressivement pendant trois ans, au profit d'un « salaire négocié » exonéré de charges sociales, composant la seconde part du RMA. Cette seconde part correspondrait bien au salaire proprement dit, versé par l'entreprise, avec un montant égal à la différence entre le montant total du RMA et l'aide dégressive.



Cette proposition de loi a été adoptée en première lecture au Sénat le 8 février 2001, la droite ayant voté le texte, la gauche s'étant prononcée contre. Le rapporteur de la commission des affaires sociales (le centriste Philippe Nogrix) devait notamment déclarer à cette occasion, que « le RMA constitue un dispositif complémentaire de la future prime pour l'emploi annoncée par le Gouvernement » tandis que le ministre délégué à la ville, Claude Bartolone, indiquait que « le RMA ne nous paraît pas suffisamment ciblé sur les publics les plus en difficulté », ajoutant que la mesure « augmentera les effets d'aubaine » pour les entreprises⁹. Au printemps 2001, lors des débats sur la création de la Prime pour l'emploi (PPE), Philippe Marini, toujours rapporteur général de la commission des finances, estime que cette innovation fiscale devra s'accompagner d'une réforme du RMI, à remplacer par le RMA¹⁰.

Lors de la campagne présidentielle pour l'élection de 2002, moins marquée par les questions de pauvreté que par celles d'insécurité, la transformation du RMI en RMA se trouve dans le « projet de relève » de François Bayrou. Le candidat libéral, Alain Madelin, dans son programme « 200 jours pour faire bouger la France », entend également substituer le RMA au RMI. L'idée d'un RMA est également reprise par le candidat Jacques Chirac sans qu'elle donne lieu, comme pour les autres candidats d'ailleurs, à beaucoup de commentaires. Après les élections, c'est d'ailleurs avant tout le sujet de la décentralisation du RMI qui occupe les esprits.

9. Voir les discussions au Sénat lors de la séance du 8 février 2001.

10. Les Échos, 4 avril 2001.

1

LES ÉVOLUTIONS
DE LA PROTECTION
SOCIALE

Le RMA reste cependant un des engagements à tenir, avec, pour les élus de la majorité, une visée de profonde remise en cause du RMI. Le principe énoncé est d'en finir avec « la culture de l'assistance »¹¹.

Les propositions accumulées et l'engagement pris de réformer le RMI ouvrent la voie du débat qui a lieu de l'automne 2002 au vote de la loi fin décembre 2003.

Le 15 octobre 2002 François Fillon, Ministre des Affaires sociales du Travail et de la Solidarité annonce le double projet de transfert de la gestion du RMI aux départements, et de création du RMA, avec une mise en application envisagée à l'origine pour le second semestre 2003. Les débats qui ont été « parfois vifs »¹² notamment au moment du vote de la loi à l'Assemblée débutent de manière bien plus feutrée. Le ministre annonce le 29 octobre la mise en place d'une mission de réflexion « pour faire le tour des points de vue des départements, associations et partenaires sociaux »¹³. Michel Rocard, considéré comme un des « pères » du RMI, se déclare favorable à une adaptation du dispositif RMI. « Tout ce qui peut être fait pour améliorer l'insertion doit être tenté. L'important c'est que le RMA ne soit qu'un complément, et non un substitut à l'actuel RMI »¹⁴. Le ministre confirme que le RMA ne sera pas une transformation radicale du RMI (même si celui-ci sera décentralisé) : il relève essentiellement d'un souhait « d'élargir l'offre des contrats aidés pour les bénéficiaires du RMI »¹⁵.

Un projet de loi est présenté au Sénat en mai 2003. Les sénateurs adoptent le texte en première lecture. Le rapporteur Bernard Seillier (non-inscrit) avait fait part de son aspiration, relayée par les amendements adoptés par la commission des Affaires sociales, à donner plus de souplesse au dispositif. Le débat sur le projet de loi, vivement contesté en particulier par les associations de solidarité, a été beaucoup plus houleux lors de son passage à l'Assemblée en novembre. La rapporteur du projet de loi, la députée Christine Boutin, qui s'était prononcée en faveur d'un RME (« revenu minimum d'existence ou d'espoir ») pour tous ceux qui ne pourraient bénéficier du RMA¹⁶, dépose une série d'amendements soutenus

11. Intervention de P. Douste-Blasy, Président du Groupe UDF à l'Assemblée nationale, le 6 juin 2002 sur TF1.

12. C'est ce que note en avant-propos B. Seillier dans son rapport (n° 96, 3 décembre 2003) fait au nom de la commission des Affaires sociales du Sénat sur le projet de loi relatif à la décentralisation du RMI et au RMA.

13. Le Figaro Économie, 29 novembre 2003.

14. AFP, 30 octobre 2002.

15. Les Échos, 15 novembre 2002.

16. Entretien C. Boutin, La Croix, 29 novembre 2002. Voir également la proposition de loi n° 748 portant création d'un revenu minimum d'existence et d'un revenu minimum d'activité présentée par C. Boutin le 26 mars 2003 à l'Assemblée nationale.



par l'opposition, l'UDF et les associations. Cette série d'amendements de fond adoptés par la commission des affaires sociales, est défendue en séance publique lors d'un débat passionné et parfois même chahuté, même si celui-ci se déroule dans un hémicycle relativement clairsemé. Les députés refusent d'assimiler le RMA à un salaire. Ils n'acceptent pas non plus la limitation à 5 % des effectifs de l'embauche en RMA dans les entreprises de plus de vingt salariés. L'amendement ouvrant le dispositif RMA aux entreprises de travail temporaire est néanmoins accepté.

À l'occasion de ce débat, les organisations syndicales ont émis de vives réserves sur le RMA. Le Président de la CFTC, Jacques Voisin, a jugé le projet « scandaleux » en soulignant que « donner aux entreprises des salariés qui ne leur coûtent rien, c'est suicidaire »¹⁷. Le secrétaire général de la CFDT, François Chérèque, a dénoncé « l'iniquité en termes de mesures sociales » accompagnant le RMA, cet accompagnement étant proprement scandaleux »¹⁸. Favorable sur le fond aux objectifs du RMA, la CFDT en critique l'impréparation. Le syndicat avait d'ailleurs demandé fin octobre le report du projet de loi. Le secrétaire général de la CGT, Bernard Thibault a estimé que le RMA constituait « une supercherie doublée d'une flexibilisation accrue du marché du travail » ajoutant que « la transformation du RMI en RMA constitue un subventionnement public de plus de l'emploi privé, sans offrir aucune garantie en termes de pérennité de l'emploi »¹⁹.

Le RMA a également donné lieu à des actions de protestation et de mobilisation des organisations de chômeurs et de précaires. À l'ouverture des débats au Sénat, fin mai, plusieurs organisations de lutte contre le chômage ont remis au rapporteur du projet de loi, B. Seillier, une pétition de 2 500 signatures demandant le retrait du texte. À l'automne, une centaine de personnes, rassemblées à l'appel des associations de chômeurs AC !, Apeis, MNCP et du syndicat SUD, ont occupé le 19 novembre le siège de l'UMP pour dénoncer le RMA. Au sein même de l'Assemblée, dans les tribunes du public, des personnes ont perturbé le 19 décembre l'examen du projet de loi, après la présentation par un député socialiste d'une exception d'irrecevabilité.

Le projet de loi a même provoqué des tensions au sein du Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion (CNLE).

17. AFP, 19 novembre 2003.

18. AFP, 27 novembre 2003.

19. AFP, 28 novembre 2003.

1

LES ÉVOLUTIONS
DE LA PROTECTION
SOCIALE

Lors de la séance du Conseil du 4 décembre, consacrée à l'examen de trois projets de décrets d'application, plusieurs de ses membres ont quitté la réunion. Le 8 décembre, une motion signée par 13 membres (sept représentants associatifs sur les huit, six personnalités qualifiées) a été envoyée au Premier ministre afin d'obtenir une modification du texte avant son adoption définitive. Des signataires soulignaient le risque de « retour en arrière dans les politiques d'insertion » et relevaient une « situation discriminatoire » qualifiée de « particulièrement intolérable » en matière de droits sociaux²⁰. La FNARS (qui fédère 750 organismes d'accueil et d'insertion) de son côté, qui avait demandé le 24 novembre le retrait du projet de loi, a adopté le 6 décembre, une motion en assemblée générale demandant d'empêcher la création de ce « sous-contrat de travail ». Face à cette effervescence critique une délégation du collectif Alerte, qui regroupe une quarantaine d'associations de solidarité, a été reçue le 15 décembre par le Premier ministre pour apaiser les tensions.

Dans la suite de ces débats et de ces confrontations, le Conseil constitutionnel a été saisi le 15 décembre du projet adopté définitivement par le Parlement le 11 décembre. Pour les députés signataires de la saisine, la création du RMA « viole le principe d'égalité » car ce mécanisme « conduit à faire travailler au sein d'une entreprise des personnes qui, du fait de la composition juridique de leur rémunération, bénéficieront de droits sociaux moindres que ceux des autres salariés de l'entreprise accomplissant les mêmes tâches pendant une durée semblable »²¹. Le 18 décembre le Conseil constitutionnel a rejeté le recours. Il a jugé que l'institution du RMA ne méconnaissait ni le principe d'égalité, ni les exigences du Préambule de la Constitution de 1946, ni la liberté personnelle des allocataires, ni la liberté contractuelle.

La loi finalement promulguée décentralise le RMI et crée le RMA à compter du 1^{er} janvier 2004. Le RMA naît donc sur une franche opposition. La gauche, dans sa plus grande partie, y voit une dérogation inacceptable au droit du travail et un effet d'aubaine pour des entreprises qui pourront trouver de la main-d'œuvre à bon marché. La droite, dans sa majorité, y voit un dispositif nouveau, incitatif pour faciliter le retour à l'emploi des allocataires du RMI.

Voté, le RMA s'est peu à peu mis en place et en œuvre, sans grande ampleur toutefois, alors que naissait l'idée d'un RSA.

20. ASH, n° 2337, 12 décembre 2003.

21. Texte du recours adressé au Conseil constitutionnel, JO, 19 décembre 2003.

Une réforme appelée à être complétée : le RSA



Le projet de RSA est issu d'un rapport rendu par son promoteur, Martin Hirsch, au Gouvernement début 2005, quelques mois seulement après le début de la montée en charge du RMA. Le rapport contenait une série de quinze recommandations ambitieuses, dont celle de créer ce RSA, consistant dans sa formulation initiale en une fusion de l'API, de l'ASS, du RMI mais aussi de la PPE, des prestations logement, voire de certaines prestations familiales²². L'idée, reposant sur une ambition simplificatrice volontariste, a peu à peu infusé dans le débat public, gauche et droite du spectre politique se prononçant favorablement. Les deux principaux candidats à l'élection présidentielle de 2007 ont fait savoir leur accord avec le principe de la réforme, sans entrer dans le détail de sa mise en forme.

Le RSA a pu commencer à voir le jour grâce à des expérimentations locales. Après l'élection et la nomination de Martin Hirsch comme Haut Commissaire aux Solidarités actives, en charge précisément de la création du RSA, la dynamique de concertation, d'expérimentation et de création a été accélérée.

Après un livre vert, des débats nourris sur son périmètre, des controverses poussées sur son financement, des expertises délicates sur ses paramètres, un « Grenelle » consacré aux politiques d'insertion, le RSA a vu pleinement le jour 20 ans exactement après le RMI qu'il remplace. La loi du 1^{er} décembre 2008 généralisant le revenu de solidarité active et réformant les politiques d'insertion est une belle performance en termes d'élaboration politique²³. Avec le RSA, le législateur renomme, recompose et réoriente le RMI. La loi transcrit également quelques recommandations et conclusions du « Grenelle de l'insertion » qui a accompagné la création du RSA²⁴.

Le RSA remplace le RMI, l'API et les différents mécanismes d'intéressement à la reprise d'activité. L'essentiel est ainsi dit dans l'article 1^{er}

22. Pour une présentation du rapport séminal, voir J. Damon, Le rapport « "Hirsch" : filiation, contenu et enjeux », RDSS, 2005, p. 610. Pour une présentation *in vivo* et *in utero* du RSA, voir J.-B. Dujol, E. Grass, *La construction du RSA*, DS, 2009, p. 300. Voir également M. Dagnaud, Martin Hirsch, *Le parti des pauvres. Histoire politique du RSA*, L'Aube, 2009.

23. Affichés comme constituant une réforme importante, voire majeure, la loi, sa logique et son contenu ont leurs critiques. Voir D. Roman, *RSA : 20 ans après le RMI, une réforme a minima*, La semaine juridique, n° 51, 16 décembre 2008, p. 13 ; J. Rigaudiat, *RSA : en avant vers le passé*, DS, 2009, p. 315.

24. Sur ce « Grenelle », voir J. Damon, *Les fondements du « Grenelle de l'insertion »*, RDSS, 2008, p. 1110, et J. Damon, *Grenelle de l'insertion : orientations et principales propositions*, Regards sur l'actualité, n° 345, 2008, p. 5.

1

LES ÉVOLUTIONS
DE LA PROTECTION
SOCIALE

de la loi. Si le nouvel outil a des qualités, il est loin du projet initial qui constituait en une fusion, et, partant, en une simplification plus radicale²⁵.

Concrètement, le RSA corrige et renforce l'intéressement qui existait avec le RMI. Ces mécanismes d'intéressement, plusieurs fois revus, deviennent une des dimensions essentielles du nouveau dispositif. Cet intéressement – alambiqué dans sa gestion – devient uniforme et, surtout, stable dans le temps. Il est de la sorte certain que le RSA fera que le produit de chaque heure travaillée améliore le revenu du ménage. Deuxième novation, il permettra également, pour des travailleurs pauvres²⁶ ne bénéficiant pas du RMI, de voir leurs revenus augmenter comme cela est toutefois déjà le cas avec la PPE. Les liens entre ces deux mécanismes de complément (PPE) ou de remplacement de revenus (RMI) sont au cœur des débats techniques et politiques autour de la nouvelle mesure (RSA). Avec un ciblage très large, et par conséquent peu concentré sur les plus pauvres, la PPE est un impôt négatif relativement classique, servi par l'administration fiscale. Par essence centré sur les plus défavorisés, inactifs principalement, le RMI est une prestation différentielle servie par les CAF pour le compte des départements.

RSA et PPE vont maintenant être gérés dans une même logique, mais par des opérateurs qui restent distincts. Le point crucial est que dans la mesure où le RSA ne repose pas sur une fusion intégrale avec la PPE, il n'atteindra pas ses objectifs initiaux de simplicité. En outre, le RSA ne supprime ni les fondements, ni les logiques, ni les objectifs, ni les instruments du RMI. Il les aménage. Les droits et devoirs du bénéficiaire et de la collectivité publique font toujours l'objet d'un contrat d'insertion. C'est toujours le département qui pilote la prestation, à travers un programme département d'insertion auquel s'ajoutera un « pacte territorial d'insertion » dont l'objet est la coordination avec les différents opérateurs intervenant dans le champ de l'insertion. Il y a renforcement et aménagement. Il n'y a pas mutation intégrale. Le RSA ne peut donc être qualifié de « révolution sociale ». Avec ses limites et ses vertus, il s'inscrit plus dans un sentier qui a été ouvert il y a une vingtaine d'années qu'il n'ouvre véritablement un nouveau chemin²⁷.

25. On développe ici une argumentation contenue dans J. Damon, *Revenu de solidarité active : petit pas ou révolution sociale*, Dictionnaire permanent. Action sociale, n° 253, 2009, p. 3.

26. Sur cette question des travailleurs pauvres, voir J. Damon, *Travailleurs pauvres : de quoi parle-t-on ?*, DS, 2009, p. 292. Voir également D. Clerc, *La France des travailleurs pauvres*, Grasset, 2008.

27. On file ici la métaphore, appréciée par la science politique, du sentier de dépendance. Voir B. Palier, G. Bonoli, *Phénomènes de Path Dependence et réformes des systèmes de protection sociale*, RFSP, 1999, p. 399 ; F.-X. Merrien, *La restructuration des États-providence : « sentier de dépendance », ou tournant néolibéral ? Une interprétation néo-institutionnaliste*, Recherches sociologiques, 2000, n° 2, p. 29.



Soulignons tout de même deux avancées, peu commentées mais importantes, du texte. Tout d'abord il fusionne le RMI et l'API, et il envisage l'intégration à venir de l'ASS dans le RSA : l'article 6 de la loi prévoit en effet que le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur les conditions de cette intégration dans un délai d'un an à compter de l'entrée en vigueur de la loi. Le RSA permet également un progrès en ne limitant plus l'attribution de certains avantages connexes au RMI au statut d'allocataire mais en l'étendant à toutes les personnes en fonction de leurs ressources. Ces deux éléments de simplification et d'égalisation peuvent être consacrés, au regard de 20 ans d'évolution du RMI, comme des transformations réellement structurelles.

Dans un même souci de datation symbolique qui a prévalu à promulguer la loi RSA vingt ans exactement après celle portant création du RMI, le « Grenelle de l'insertion » s'est formellement tenu le 27 mai (40 ans exactement après les célèbres « accords de Grenelle »). Il en est ressorti un ensemble de recommandations qui ont connu leurs premières traductions concrètes dans la loi du 1^{er} décembre 2008. Ces recommandations tiennent dans un souci de triple unicité : un référent unique pour le bénéficiaire du RSA ; un contrat unique d'insertion ; un guichet unique de prise en charge. Le texte permet des retouches utiles sur ces trois dimensions, sans pour autant atteindre un niveau de clarté qu'on pourrait souhaiter²⁸.

Les travaux du Grenelle ont d'abord autorisé un cadrage et un calibrage des politiques publiques qui, dans le domaine de l'« insertion » s'étendent, se structurent et se diversifient depuis une trentaine d'années, bien au-delà du seul RMI et même, avec un périmètre plus large, du RSA.

Les politiques d'insertion sont, comme les publics en insertion, à géométrie variable selon les périmètres que l'on prend en considération. Envisager l'insertion de manière restrictive, c'est limiter les politiques et, partant, les populations concernées, aux cas les plus prononcés d'exclusion sociale, les sans-abri et leur prise en charge. À ce titre, envisager la réforme des politiques d'insertion, c'est se cantonner à un pan singulier des politiques sociales. À l'inverse, envisager l'insertion de manière très étendue, c'est considérer l'insertion comme une notion centrale de la Protection sociale, affectant tous les secteurs d'intervention. À ce titre, la réforme des politiques d'insertion suppose celle de l'ensemble des politiques d'emploi et de Protection sociale²⁹.

28. Sur les diverses dimensions et appréciations du Grenelle, voir les numéros spéciaux de deux revues : Regards sur l'actualité (n° 345, 2008) ; La Revue de la CFDT (n° 91, 2009).

29. Autour de ces deux conventions possibles, et, surtout, de ce qu'elles emportent en termes de dualisation de la protection sociale, v. R. Lafore, *La lutte contre l'exclusion. Le point aveugle de la protection sociale*, Informations sociales, n° 142, 2007, p. 26.

1
 LES ÉVOLUTIONS
 DE LA PROTECTION
 SOCIALE

En prenant en compte tous ceux et celles qui suivent un parcours dans des dispositifs d'accompagnement et d'insertion socioprofessionnelle – c'est l'option retenue dans le cadre du Grenelle de l'insertion – on aboutit à un total de 3,5 millions de personnes, soit environ 13 % de la population active. Dit plus nettement, un actif sur huit relève actuellement des politiques d'insertion, entendues dans un sens relativement large. Avec cette acception, l'insertion professionnelle, loin d'être un segment marginal de l'action publique, mobilise en 2007 19 milliards d'euros de crédits publics.

Naturellement une telle ampleur amène à s'interroger. N'y a-t-il pas des redondances ? Les instruments sont-ils véritablement efficaces ? Est-il possible de simplifier un système à la complexité inouïe ? Ces questions, malgré le 27 mai et le 1^{er} décembre 2008, demeurent pertinentes... En effet, les minima sociaux forment encore un ensemble redoutablement compliqué. Les politiques d'insertion demeurent organisées à partir d'un enchevêtrement de compétences assez alambiqué, avec des rapports entre Pouvoirs publics, entreprises, associations, et secteur spécialisé de l'insertion par l'activité économique qui ne sont toujours pas d'une grande clarté. Le secteur de l'insertion continue à demander de la stabilité et de la visibilité.

Au final, il est assez malaisé d'émettre une opinion simple sur le RSA et les nouvelles modalités des politiques d'insertion. Soit on juge ces instruments timides, incapables de produire une stratégie nouvelle et efficace, soit on se satisfait du pas à pas réalisé... Et le pas est tout de même d'ampleur. Tout d'abord il met fin à des distinctions discutables entre des personnes bénéficiant d'un statut autorisant des aides connexes et des personnes aux mêmes niveaux de revenus, généralement tirés d'une activité, pour bénéficier d'exonérations, de réductions, et de prestations extralégales³⁰. Certes la pleine mise en œuvre de cette disposition d'égalisation dépendra des politiques des collectivités territoriales. Il y a cependant un changement radical. Ensuite, parce que la loi implique pleinement le service public de l'emploi, elle fait, pour les bénéficiaires du RSA, un saut en cherchant à les faire bénéficier complètement des outils mis en place pour tous les actifs. Dans l'éternel et très franco-français débat sur une insertion qui pourrait être professionnelle ou sociale³¹, le RSA veut combler

30. Comment soutenir qu'à revenu égal le titulaire du RMI ait accès gratuitement aux piscines municipales parisiennes (et à tout autre sorte d'équipements dans bon nombre de municipalités) et pas le travailleur à tiers temps au SMIC ?

31. Pour évaluer la pertinence d'une distinction entre accompagnement social et accompagnement professionnel, v. F. Petit, *Le droit à l'accompagnement*, DS, 2008, p.413.

le fossé. Il n'y parviendra assurément pas isolé d'une réforme plus profonde de l'aide et de l'action sociales. Mais c'est incontestablement un pas précis dans une direction nette : une volonté de concilier de manière renouvelée solidarité et travail.



Après ces quelques reprises terminons par une note prospective. Le RSA fait aujourd'hui l'objet de nombreuses critiques doctrinales³² et opérationnelles. Une inquiétude importante touche les opérateurs confrontés à la complexité du dispositif. Il est certain que la mesure n'a rien de simple. Elle ne prendra donc véritablement, à notre sens, son plein essor et sa vraie valeur que lorsqu'elle reviendra à son projet initial, notamment en fusionnant rapidement avec l'ASS et, surtout, lorsqu'elle intégrera la PPE. À défaut le risque est grand de voir le RSA connaître le sort politique du RMA, c'est-à-dire beaucoup d'agitation technico-politique (avec il est vrai en l'espèce des coûts bien plus importants), une accumulation de critiques, puis une nouvelle invention, aménageant plus ou moins marginalement les dispositions. La perspective positive est d'en revenir aux fondements du projet et de bâtir, par absorptions progressives, un outil pleinement efficient. Qui vivra verra ce que deviendra le RSA.

32. Pour un rassemblement d'arguments voir les différentes contributions et réponses réunies dans le dossier réalisé par le site la vie des idées www.laviedesidees.fr/+Reformer-les-minima-sociaux-+.html



Les minima sociaux : la Couverture maladie universelle (CMU)

Jean-François Chadelat

Inspecteur général des affaires sociales, Directeur du Fonds CMU

Introduction

Le 27 juillet 1999 fut promulguée la loi instituant la couverture maladie universelle. Le 8 septembre 2009, le Fonds CMU et la chaire santé de Sciences-Po ont organisé un colloque pour célébrer le dixième anniversaire de cette loi qui, avec le recul du temps, peut être qualifiée de grande loi. Les grandes lois sont le fruit de lentes évolutions, et la loi du 27 juillet 1999 ne déroge pas à cette règle.

Cette loi achève, après plus d'un demi-siècle d'avancées législatives, le processus de généralisation de l'assurance maladie entamé en 1945.

Elle tend à répondre aux droits fondamentaux édictés dès le préambule de la Constitution du 27 octobre 1946 : « La nation garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé ».

Toutefois cinquante ans après la création de la Sécurité sociale, l'enquête « Santé, soins et Protection sociale en 1996 » du CREDES, rendue publique en 1997, révèle qu'une frange de la population (150 000 personnes soit 0,3 % de la population) n'est pas affiliée à l'assurance maladie et ne bénéficie d'aucune couverture maladie.

Par ailleurs, la même enquête menée en 1998 révèle qu'un quart de la population ne peut financer la part complémentaire de ses dépenses de santé, ni souscrire à une complémentaire santé et ainsi renonce à se soigner pour des raisons financières.

Dans un tel contexte, la loi instituant la couverture maladie universelle visait à répondre à trois objectifs :

- permettre à toute personne résidant en France métropolitaine ou dans un département d'outre-mer de façon stable et régulière de relever du régime général lorsqu'elle n'a droit, à aucun autre titre aux prestations



en nature d'un régime d'assurance maladie et maternité (art. L. 380-1 du Code de la Sécurité sociale) ;

- permettre l'accès aux soins des personnes démunies, en offrant une complémentaire santé gratuite dès lors que leurs ressources sont inférieures à un plafond déterminé par décret (art. L. 861-1 du Code de la Sécurité sociale) ;
- ouvrir l'accès à la couverture maladie de base des personnes ne remplissant pas la condition de résidence régulière.

Ainsi, cette loi visait, d'une part à conclure le processus de généralisation de l'assurance maladie entamé en 1945, et d'autre part à mettre en place une couverture complémentaire tendant à apporter une réponse au besoin des personnes en situation de précarité.

Jean-Claude Boulard, député de la Sarthe et rapporteur de la loi à l'Assemblée nationale pourra dire : « on passe du droit juridiquement affirmé à la santé, au droit réellement exercé, de se soigner ».

Dans la longue liste des minima sociaux, qui va du FNS : minimum vieillesse devenu ASPA, au RMI devenu RSA, en passant par l'ASS des chômeurs, la Couverture maladie universelle se distingue, dans la mesure où les autres minima sociaux sont des prestations en espèces alors que la CMU et surtout la CMU-C est de fait une prestation en nature.

I. Les grandes étapes de la généralisation de l'assurance maladie depuis 1945

A. Les principes de l'assurance maladie

L'assurance maladie permet aux personnes confrontées à des risques de maladie, maternité ou invalidité, de bénéficier du remboursement partiel de leurs frais médicaux. Ce remboursement par la Sécurité sociale n'est pas total et l'existence d'un ticket modérateur a été prévue dès 1945.

L'affiliation à l'assurance maladie se fait en fonction de plusieurs critères : au titre d'une activité professionnelle, au titre d'une prestation perçue par l'assuré, en tant qu'ayant droit d'un assuré, au titre d'un maintien de droit.

B. La logique assurantielle de 1945

La mise en place de la CMU de base, et de la CMU complémentaire, fut le fruit d'une lente évolution initiée en 1945 par les pères fondateurs de la Sécurité sociale.

1

LES ÉVOLUTIONS
DE LA PROTECTION
SOCIALE

Avant 1945, les salariés et leurs ayants droit étaient assurés au titre de leur activité professionnelle, principe que l'on retrouve pour les salariés du secteur privé avec la loi du 30 avril 1930. Par ailleurs une multitude de régimes spéciaux s'étaient mis en place bien avant 1945.

En 1945, influencé par les travaux de Lord William Beveridge, économiste britannique, qui dans son célèbre rapport avait développé notamment le principe de l'universalité de la Protection sociale par la couverture de toute la population et de tous les risques sociaux, les Pouvoirs publics envisagent la création d'un régime général.

Reprenant le programme du Conseil national de la Résistance dans lequel figure « *un plan complet de Sécurité sociale, visant à assurer à tous les citoyens des moyens d'existence, dans tous les cas où ils sont incapables de se le procurer par le travail, avec gestion appartenant aux représentants des intéressés et de l'État* », le gouvernement du Général de Gaulle crée la Sécurité sociale par le biais de deux ordonnances.

L'ordonnance du 4 octobre 1945 est la date de naissance officielle d'une Sécurité sociale qui « garantit les travailleurs et leur famille contre les risques de toute nature susceptibles de réduire ou supprimer leur capacité de gain, à couvrir les charges de famille qu'ils supportent ». Ce régime général substitue aux multiples organismes de Sécurité sociale un réseau unique et coordonné.

Cette ordonnance, ne permet toutefois pas une totale unicité de la Sécurité sociale. Elle maintient à titre temporaire et transitoire des régimes spéciaux (fonctionnaires, marins, cheminots, mineurs...) !

L'ordonnance du 19 octobre 1945 institue une assurance volontaire, qui octroie aux assurés le bénéfice des prestations en nature de l'assurance maladie-maternité moyennant le paiement d'une cotisation. Cette assurance volontaire vise les personnes qui ne sont pas affiliées à la Sécurité sociale du fait d'une activité professionnelle.

On observe ici la différence fondamentale existant entre le législateur de 1945 et celui de 1999. La protection contre le risque maladie est liée au fait que l'assuré travaille et que ce travail génère le paiement d'une cotisation.

On voit bien que la partie la plus démunie de la population pose problème, dans la mesure où elle peut être au chômage, donc sans travail, ou bien que ses ressources ne lui permettent pas de payer une cotisation.

C. De 1945 au plan Juppé



Des lois viendront étendre le champ du régime général à d'autres catégories de personnes : aux étudiants (loi du 23 septembre 1948), aux militaires de carrière (loi du 14 avril 1949), aux invalides, veuves et orphelins (loi du 29 avril 1954), aux exploitants agricoles (loi du 2 janvier 1961), aux non-salariés non agricoles (loi du 12 juillet 1966)

En 1967, Jean-Marcel Jeanneney, alors ministre des Affaires sociales, est à l'initiative de la mise en place du régime d'assurance volontaire destiné aux personnes sans activité professionnelle ou sans droits ouverts à l'assurance maladie, mais du fait de cotisations élevées, la mise en place de ce régime ne permettait pas d'assurer l'accès aux soins des personnes démunies.

La loi du 4 juillet 1975 et surtout la loi du 2 janvier 1978 eurent pour but d'achever la généralisation en aménageant le rattachement de la population résiduelle à un régime, en assouplissant des dispositions sur l'ouverture des droits et surtout en créant une assurance personnelle qui se substitue à l'assurance volontaire. La loi prévoit que les cotisations d'assurance personnelle peuvent être prises en charge par l'aide sociale, ou par le régime de prestations familiales si la personne bénéficie de prestations familiales.

Un premier pas visant à rendre universelle la couverture du risque maladie est accompli, puisqu'il n'est plus obligatoire d'exercer une activité professionnelle pour bénéficier d'une couverture. Par contre une forme de principe assurantiel subsiste en liant l'affiliation au versement d'une cotisation, même si cette cotisation est, de fait, payée pour les plus démunis par un tiers.

Dix ans plus tard, les bénéficiaires du RMI furent automatiquement affiliés à l'assurance personnelle (loi du 1^{er} décembre 1988), les Caisses d'Allocations familiales se chargeant de payer leur cotisation.

La loi du 29 juillet 1992 prévoit l'admission de plein droit à l'aide médicale pour la prise en charge des cotisations d'assurance personnelle des personnes bénéficiant du RMI, des personnes âgées de 17 à 25 ans qui satisfont aux conditions de ressources et de résidence en France pour l'attribution du RMI. En outre, les allocataires du RMI bénéficient de plein droit de l'aide médicale pour la part des dépenses de santé laissée à leur charge, ainsi que pour le forfait journalier.

Malgré toutes ces mesures tendant à généraliser l'accès aux soins, des obstacles et des inégalités subsistent notamment dues à l'absence d'homogénéité de l'aide médicale, sur le territoire.



II. L'avènement d'une assurance maladie universelle

A. Le projet de l'AMU

Comme on l'a vu, lors de la création de l'assurance maladie, il a été posé le principe d'un reste à charge, c'est le Ticket Modérateur. Ainsi, les personnes qui sont affiliées à l'assurance maladie n'ont droit qu'à la prise en charge partielle de leurs dépenses de santé (part obligatoire).

La part complémentaire, reste à la charge de l'assuré, elle peut être remboursée par une assurance santé complémentaire. Cette part des dépenses de santé, restée à la charge de l'assuré, a constitué un frein incontestable dans l'accès aux soins des personnes ayant des faibles ressources.

Le régime d'assurance maladie de 1945 avait été conçu pour couvrir la population contre les risques de maladie, d'invalidité, de chômage mais non pour permettre la prise en charge de personnes en situation de précarité durable.

La période des trente glorieuses a occulté ce type de situation.

Mais les années 80, sont marquées par une augmentation du chômage débouchant sur des phénomènes d'exclusion. La précarisation est croissante et nécessite une intervention plus importante de l'État.

Face à ces difficultés, la direction de la Sécurité sociale lance, en 1993, une réflexion sur la mise en place d'une assurance maladie universelle.

Deux ambitions sont exprimées, généraliser l'assurance maladie, et rendre effectif l'accès aux soins des personnes en situation de précarité.

Le 15 novembre 1995, Alain Juppé, alors Premier ministre, présente son plan de réforme de la Sécurité sociale à l'Assemblée Nationale. Dans ce plan, une mesure vise à l'instauration d'un droit à l'assurance maladie fondé sur la résidence et non sur le rattachement à une activité professionnelle : une assurance maladie dite universelle.

L'AMU tend à offrir les mêmes prestations en nature pour tous les affiliés. Il s'agirait en outre d'un droit continu, l'affiliation durant tant que le critère de résidence est rempli.

« L'AMU est la forme nouvelle de la garantie donnée à toute personne, d'obtenir la couverture des charges, et au nom du même principe de solidarité nationale, elle implique l'ensemble des résidents sur le territoire. Il y aura une obligation pour tout résident de s'affilier et de contribuer, dans les conditions, qui sont appelées à évoluer, fixées par l'AMU, c'est-à-dire,



au terme du processus d'harmonisation des prestations en nature d'un niveau égal à celui de l'assurance maladie du régime général. Le passage à l'AMU ne remet pas en cause le principe d'assujettissement obligatoire aux régimes de Sécurité sociale chargés de la gestion de la couverture de base du risque maladie. Bien au contraire, il conduit à l'élargissement de l'obligation d'assujettissement à l'ensemble des résidents » (rapport d'Alain Bacquet).

Le projet de l'AMU partagé, il est confronté à quelques résistances émanant des partenaires sociaux (CGT, FO, syndicats de médecins). Il bénéficie du soutien du CNPF, de la CFDT, de la Fédération Nationale de la Mutualité Française et de la CNAMTS.

L'idée d'une assurance maladie de base assortie d'une complémentaire santé gratuite pour les plus démunis est exprimée par quelques associations (l'Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux – UNIOPSS).

Les travailleurs indépendants sont opposés à l'harmonisation des prestations dont la conséquence serait une augmentation de leur contribution du fait de l'alignement sur celle des autres catégories socioprofessionnelles.

En 1997, le projet de l'AMU avorte suite à la dissolution de l'Assemblée nationale. En effet le gouvernement d'Alain Juppé cède sa place à un gouvernement socialiste.

B. L'émergence de la CMU

Martine Aubry est nommée Ministre de l'Emploi et de la Solidarité en charge des affaires sociales et de la santé. Bernard Kouchner devient Secrétaire d'État à la Santé et à l'Action sociale.

Malgré le changement de gouvernement, le projet de l'assurance maladie universelle reste au programme du gouvernement, mais un changement intervient dans le fil conducteur de ce projet.

Bien que la question de l'accès à un régime de base, reste un problème à résoudre, il ne s'agit plus tant de généraliser et d'unifier l'assurance maladie, que surtout de fournir une protection complémentaire aux personnes les plus démunies. Car il apparaît que le véritable vecteur d'accès aux soins pour les personnes en situation de précarité, est la complémentaire santé.

Le 4 mars 1998, Martine Aubry annonce en Conseil des ministres la mise en place pour l'automne de la CMU.

1

LES ÉVOLUTIONS
DE LA PROTECTION
SOCIALE

La volonté première est de réfléchir à un dispositif luttant contre les inégalités engendrées par l'aide médicale et luttant contre le renoncement aux soins pour raisons financières des plus précaires.

L'aide médicale gratuite est gérée différemment selon les départements, les critères d'attribution sont variables d'un département à l'autre.

Les régimes d'assurance maladie obligatoires ne remboursent en moyenne que 74 % des dépenses de santé, la part complémentaire reste donc conséquente. Les complémentaires santé s'étaient progressivement généralisées, toutefois il restait environ 10 % des assurés qui n'en disposaient pas essentiellement pour des raisons financières.

Un quart de la population ne peut financer la part complémentaire de ses dépenses de santé, ni souscrire à une mutuelle, et renonce donc à se soigner pour des raisons financières (enquête CREDES 1998).

Le 2 juin 1998, le Premier ministre Lionel Jospin, adresse au député J.-C. Boulard une lettre de mission, pour réfléchir à la mise en œuvre d'une assurance maladie effectivement universelle.

La loi comporte trois volets : une assurance de base pour tout résident, une couverture complémentaire pour les plus démunis permettant de se faire soigner gratuitement par le biais d'une dispense d'avance des frais, une aide médicale d'état pour les personnes ne remplissant pas le critère de régularité de séjour.

L'entrée en vigueur de la loi instituant la CMU, entraîne la suppression de l'assurance personnelle et de l'aide médicale départementale qui prenait en charge les cotisations d'assurance, le forfait journalier et le ticket modérateur pour les personnes les plus démunies.

Les personnes antérieurement affiliées par le biais de l'assurance personnelle sont automatiquement affiliées à la CMU de base.

C. Les oppositions rencontrées à la naissance de la loi

Les professionnels de santé

La CMU complémentaire assure à son bénéficiaire la gratuité des soins. La volonté affichée étant de permettre à ses bénéficiaires de soigner sans qu'aucun frein financier ne vienne altérer ce postulat de base. La solution retenue a ainsi consisté en un jumelage de deux principes : d'une part une complémentaire santé de bon niveau, d'autre part des limites aux



tarifs des professionnels de santé (obligation pour les médecins du secteur 2 d'appliquer les tarifs opposables du secteur 1, bases fixées par arrêté aux prothèses dentaires et aux lunettes).

Ce principe de gratuité totale a posé certains problèmes aux professionnels de santé, pour la dentisterie par exemple, il était nécessaire de fixer la valeur des forfaits CMU d'un certain nombre d'actes prothétiques. C'est ce qui fut fait par un arrêté du 31 décembre 1999 et par une circulaire de la direction de la Sécurité sociale du 25 avril 2000. Les syndicats dentaires ont formé un recours contre ces textes devant le Conseil d'État, qui a conduit à leur modification par un arrêté du 10 avril 2002. Toutefois les tarifs des prothèses dentaires restant à un niveau que les professionnels de cette profession jugeaient inférieur au prix de revient, ce fut un autre arrêté du 30 mai 2006, qui résulte directement de la convention dentaire signée le 11 mai 2006, qui revalorise de 30 % le tarif des prothèses applicable dans le cas de la CMU.

Les assureurs

La CMU complémentaire peut être gérée, au choix du demandeur, par sa Caisse d'assurance maladie, ou par un organisme complémentaire. Cette option retenue par le législateur allait provoquer un certain courroux parmi des acteurs de la complémentaire santé. Pour la première fois, les régimes de base allaient gérer une complémentaire. Des Caisses primaires d'assurance maladie furent accusées de captation de clientèle.

Les associations

Les associations se soulevèrent contre le caractère non universel de la CMU. En effet certaines reprochèrent l'exclusion des étrangers en situation irrégulière du dispositif.

En outre, le niveau de plafond de ressources retenu fut critiqué.

Le plafond de ressources arrêté par les Pouvoirs publics pour l'ouverture du droit à la CMU complémentaire a entraîné des cas d'exclusion chez des personnes, qui bien qu'ayant des revenus très faibles se trouvaient au dessus du plafond : bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés, du minimum vieillesse (devenu Allocation de solidarité aux personnes âgées – ASPA).

En fait le choix de placer les bénéficiaires de ces minima en dehors des limites de la CMU-C, résulte d'une décision financière, guidée par la crainte de voir exploser le coût du dispositif par un afflux de bénéficiaires.

1

LES ÉVOLUTIONS
DE LA PROTECTION
SOCIALE

Ce seuil couperet prive ces personnes en situation financière précaire de tout droit à une assurance complémentaire santé.

Afin d'atténuer cet effet de seuil, la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie crée une aide financière permettant aux personnes dont les ressources sont situées légèrement au dessus du plafond d'attribution de la CMU complémentaire de financer une assurance complémentaire santé.

Les oppositions liées au coût de la CMU

La mise en place de la CMU souleva immédiatement un débat sur le coût d'un tel dispositif. Certains craignaient que ses bénéficiaires ne fassent de la surconsommation de soins. Il a bien été noté dans les premières années de la mise en place, un surcoût par rapport aux autres assurés, mais deux explications ont été émises, la première étant que ces assurés sont en plus mauvaises santé que les autres assurés, la seconde étant que ces assurés ayant renoncé à se soigner pendant plusieurs années, il y avait un phénomène de « rattrapage ».

Force est de constater qu'au-delà de cette première période, d'une part le coût moyen de la CMU-C s'est révélé sensiblement en-deçà de celui d'une complémentaire santé moyenne, d'autre part aucune dérive n'a été constatée, l'évolution du coût moyen de la CMU complémentaire étant resté inférieure à celle de l'ONDAM.

III. Les dispositifs mis en place

A. Les principes de la CMU de base

La CMU de base tend à résoudre le problème des personnes qui n'avaient pas de droit aux prestations en nature d'un régime d'assurance maladie.

Ses principes sont en grande partie tirés des travaux préparatoires réalisés en vue de la mise en place de l'AMU, et en particulier du rapport de J.-C. Boulard.

La CMU de base repose sur un critère de résidence en s'adressant à toute personne résidant de façon stable et régulière sur le territoire français.

L'assurance maladie rompt ainsi totalement avec tout lien professionnel et se fonde uniquement sur le critère de résidence, le versement d'une

cotisation n'est plus le symbole de l'affiliation, même si, au-delà d'un certain seuil une cotisation est due. En pratique seules 50 000 personnes sur un total de 2 millions payent cette cotisation.



Elle a un caractère subsidiaire. Elle n'intervient que si aucun droit à l'assurance maladie ne peut être ouvert à un autre titre : activité professionnelle, bénéfice d'une prestation particulière (allocation adulte handicapé, pension d'invalidité, allocation de solidarité aux personnes âgées...), maintien de droit, ayant droit d'un autre assuré.

Les personnes remplissant ces deux critères sont affiliées obligatoirement à la CMU de base. Cette affiliation est immédiate dès lors que la personne a déclaré résider sur le territoire français de façon stable et régulière et ne pas bénéficier des prestations en nature de l'assurance maladie (art. L. 162-2-1, alinéa 1, du Code de la Sécurité sociale).

B. La CMU complémentaire : une complémentaire santé gratuite

1. Les principes de la CMU complémentaire

Le principe fondateur de la CMU est la lutte contre les freins d'accès aux soins que sont le taux d'effort requis pour l'acquisition d'une complémentaire santé, l'avance des frais demandée lors des consultations et les restes à charge après remboursement du régime obligatoire d'assurance maladie.

En second lieu, l'esprit de la loi est d'éviter l'écueil consistant à cantonner les personnes démunies à une « médecine de pauvres ».

Enfin, la CMU complémentaire résout les reproches opposés à l'aide médicale concernant le manque d'homogénéité : barèmes d'attribution différents en fonction du département.

2. Le panier de soins

La CMU complémentaire offre à son bénéficiaire une protection complémentaire totalement gratuite lui permettant de se faire soigner sans avoir à payer (dès lors que les soins sont remboursables par l'assurance maladie).

En effet, la CMU complémentaire dispense son bénéficiaire de l'avance des frais quel que soit le professionnel de santé consulté. C'est ainsi l'accès à l'ensemble du système de santé qui est consacré.

1

LES ÉVOLUTIONS
DE LA PROTECTION
SOCIALE

Les consultations sont tarifées au tarif de responsabilité de la Sécurité sociale, c'est-à-dire qu'il est interdit au professionnel de santé, quel que soit son secteur de conventionnement (1 ou 2) d'appliquer des dépassements d'honoraires (hors exigences particulières du patient : rendez-vous en dehors des heures d'ouverture du cabinet, demande de prestations supplémentaires hors du panier de soins de la CMU complémentaire).

La CMU complémentaire prend en charge le ticket modérateur des consultations de ville ou hospitalière des médecins généralistes ou spécialistes, dentistes, auxiliaires médicaux, des médicaments prescrits.

Elle prend en charge, sans limitation de durée, le forfait journalier en cas d'hospitalisation.

Elle intervient au-delà des tarifs de responsabilité de la Sécurité sociale pour les prothèses dentaires, les soins orthodontiques, les équipements optiques, les audioprothèses et certains dispositifs médicaux sur la base de forfaits fixés par arrêté (arrêté du 30 mai 2006 modifié par arrêté du 27 mars 2007 en matière de prothèses dentaire et d'orthopédie dento-faciale ; arrêté du 31 décembre 1999 modifié par l'arrêté du 14 août 2002 en matière d'optique, d'audioprothèses et de dispositifs médicaux).

3. Le financement de la CMU complémentaire

La loi du 27 juillet 1999 créant la CMU, a créé le « Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie » dont la mission est de financer la couverture de la part complémentaire des dépenses de santé des bénéficiaires de la CMU complémentaire.

À l'origine de la CMU complémentaire, les recettes du Fonds de financement de la CMU étaient constituées d'une dotation budgétaire de l'État, et du produit d'une contribution au taux de 1,75 %, versée par les organismes complémentaires, assise sur leur chiffre d'affaires santé.

En 2005 est venue se rajouter le produit de la cotisation sur les boissons alcooliques, puis en 2006 une fraction des taxes sur les tabacs.

Au 1^{er} janvier 2006 la contribution des OC fut portée à 2,50 %.

L'ensemble de ces nouveaux financements a permis à l'État de réduire considérablement sa dotation budgétaire.

En outre à partir du 1^{er} janvier 2005, une dotation de l'assurance maladie destinée à financer l'Aide complémentaire santé (ACS) est venue compenser le coût de cette dernière pour le Fonds CMU.



Depuis le 1^{er} janvier 2009, les recettes du Fonds de financement de la CMU complémentaire sont exclusivement constituées du versement par les organismes complémentaires (mutuelles, assurances, institutions de prévoyance) d'une contribution de 5,9 % assise sur « le montant hors taxes des primes ou cotisations afférentes à la protection complémentaire en matière de frais de santé, émises ou recouvrées au cours d'un trimestre civil ».

La CMU-C se distingue donc des autres minima sociaux par une absence de financement du budget de l'État.

IV. Des dispositifs perfectibles

La mise en place de la CMU complémentaire a été unanimement saluée comme une grande avancée sociale.

Cependant, les failles du dispositif se sont rapidement révélées, parmi elles on compte le non-recours au dispositif, le renoncement aux soins, les refus de soins opposés aux bénéficiaires par les professionnels de santé.

A. Non-recours et renoncement aux soins

Avec une population cible estimée environ à 6 millions de personnes, le taux de non-recours à la CMU-C est d'environ 20 %.

Ces résultats, cependant, restent conformes au taux habituellement retenu pour évaluer l'adaptation d'une mesure d'aide sociale aux besoins d'un public défini.

Les causes de ce non-recours sont diverses et souvent liées aux difficultés caractérisant le public visé : incompréhension du dispositif, manque d'information sur les démarches à effectuer, voire peur de la stigmatisation vis-à-vis des médecins.

Ce manque d'information est également le vecteur d'un renoncement aux soins, les bénéficiaires n'étant pas systématiquement informés sur la dispense d'avance des frais, la prise en charge de soins onéreux tels que les lunettes ou les prothèses dentaires, l'interdiction des dépassements d'honoraires.



B. Les refus de soins

Dès 2003, l'association Médecins du Monde sou-
 lève un autre frein à l'accès aux soins, le problème des
 refus de soins opposés aux bénéficiaires de la CMU
 complémentaire et de l'Aide médicale d'État dans le
 rapport 2002 de l'Observatoire de l'accès aux soins de sa mission France.
 Ce rapport décrit une enquête téléphonique anonyme menée auprès de
 230 dentistes libéraux choisis de manière aléatoire dans onze villes de
 France, il en ressort que dans 35,3 % des cas, les dentistes ont refusé
 de soigner un bénéficiaire de la CMU.

Au cours des mois suivants, d'autres études suivront (Direction de
 la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques du ministère
 de la Santé, l'association de consommateurs Que choisir), toutes arrivent
 à la conclusion qu'une partie conséquente des professionnels de santé
 n'accepte pas les bénéficiaires de la CMU du seul fait qu'ils sont bénéfi-
 ciaires de la CMU.

En juin 2006, le Fonds CMU rend publique une étude par testing
 relative au refus de soins réalisée par le groupe d'étude de recherche en
 Santé publique : Développement, innovation, évaluation, santé (DIES).

L'étude est réalisée auprès de 215 médecins et dentistes dans six
 villes du département du Val-de-Marne.

La méthode a consisté à demander un rendez-vous à un profession-
 nel de santé en indiquant être bénéficiaire de la CMU, si le rendez-vous
 était refusé ou différé, un deuxième appel, cette fois sans référence à la
 CMU, permettait de vérifier si le refus était directement lié au statut de
 bénéficiaire de la CMU.

Il en ressort que le refus de soins concerne 41 % des médecins
 spécialistes de secteur II, 39,1 % des dentistes, 4,8 % des médecins
 généralistes.

Xavier Bertrand, ministre de la Santé, condamne fermement ces
 refus contraires à la déontologie médicale et demande à Jean-François
 Chadelat, inspecteur général des affaires sociales et directeur du Fonds
 CMU de rédiger un rapport faisant des préconisations pour faire disparaître
 ces pratiques. Dans ce rapport est rappelé le fondement même de la loi
 CMU : traiter le bénéficiaire de la CMU comme un assuré social comme
 les autres et lui permettre d'avoir accès à toutes les formes de soins sans
 le renvoyer vers une « médecine de pauvre ».

Des propositions sont formulées, et elles permettent quelques
 avancées.

Un décret autorisant les associations et les Caisses de Sécurité sociale (en plus des DRASS) à saisir les ordres lorsqu'elles ont connaissance de telles situations a été publié le 25 mars 2007 (décret 2007-434 modifiant l'article R. 4126-1 du Code de la Santé publique).



Les bénéficiaires de la CMU se voient rappelés leurs droits et leurs devoirs, ainsi que la possibilité de signaler les refus de soins qui leurs sont opposés.


Les bénéficiaires de la CMU-C ont été incités à choisir un médecin traitant, considérant que ce choix faciliterait l'accès au système de soins dans son ensemble et les médecins sont sensibilisés et informés sur la CMU.

Pour autant les refus de soins persistent et sont confirmés par d'autres testing : le testing du CISS (Collectif inter associatif sur la santé) réalisé au mois de mai 2009 révèle un taux de refus de soins de 22 %, celui du Fonds de financement de la CMU réalisé à Paris, rendu public le 1^{er} juillet 2009, auprès de 861 médecins et dentistes révèle un taux de refus de soins de 25,5 %.

Conclusion

Le plus bel hommage qui fut rendu à la loi du 27 juillet 1999 réside sans doute dans une lettre adressée au Fonds CMU, à l'occasion du rapport d'évaluation de la loi, par l'association Médecins sans frontières :

« Pendant plus de dix ans, MSF a soigné des personnes sans accès aux soins dans l'attente de l'ouverture de leurs droits. Aujourd'hui dans certaines villes, MSF n'a plus aucune activité médicale et le nouveau programme est consacré aux droits sociaux des étrangers. La loi CMU a permis la fermeture de certains centres médicaux et l'ouverture de programmes est désormais centrée sur d'autres activités. Les bénéficiaires de la CMU sont à l'intérieur du système de soins et non dans les salles d'attente humanitaires. Nous avons cessé de faire de l'accès aux soins en général et de la CMU en particulier le centre de notre observation. »



Le minimum vieillesse du FNS à l'ASPA : l'ordonnance du 24 juin 2004 et les limites inhérentes à la simplification de la règle de droit

Franck Le Morvan

Ancien Sous-directeur des retraites à la Direction de la Sécurité sociale

Jusqu'en 2004, le minimum vieillesse était un concept juridiquement mal défini. La notion de « *minimum de pension de vieillesse* » était plutôt employée par les textes – et l'a encore été de manière très récente¹ – pour désigner le minimum couramment qualifié de « contributif » auquel est portée la pension à taux plein servie par le régime général, prévu par l'article L. 351-10 du Code de la Sécurité sociale. Le titre I^{er} du livre VIII du Code de la Sécurité sociale qui comporte les principales dispositions dont il sera question ici figurait et figure toujours sous l'intitulé assez sibyllin : « *Allocations aux personnes âgées* ».

La réalité de ce concept ne faisait pour autant pas de doute. Ainsi, lorsque le Gouvernement présentait en 2002 le système français de retraites aux autres États membres de l'Union européenne, dans le cadre de la méthode ouverte de coordination en matière de pensions, il indiquait : « *Le minimum vieillesse garantit un revenu minimal à toute personne de plus de 65 ans qui ne bénéficie pas d'une pension de retraite suffisante* »².

Le principe du minimum vieillesse découle de la deuxième phrase du 11^e alinéa du préambule de la Constitution de 1946 qui dispose que « *Tout être humain qui, en raison de son âge, de son état physique ou mental, de la situation économique, se trouve dans l'incapacité de travailler a le droit d'obtenir de la collectivité des moyens convenables d'existence* ».

On peut en voir les prémices dans la loi du 22 mai 1946 qui institue à titre transitoire et subsidiaire une « allocation aux vieux » pour « *toute personne de nationalité française résidant sur le territoire de la France*

1. Cf. le décret n° 2007-1899 du 26 décembre 2007.

2. Rapport de stratégie nationale sur les pensions, 11 septembre 2002, p. 2.

métropolitaine, âgée de 65 ans au moins, privée de ressources suffisantes » – transitoire car dans l'attente que la Sécurité sociale « ait permis aux Français... d'acquies droit à une pension de vieillesse », subsidiaire car réservée aux personnes ne bénéficiant d'aucun autre avantage de vieillesse. Mais elle ne sera pratiquement pas appliquée³.



Tel que défini dans son acception universelle par le rapport de 2002, le minimum vieillesse a véritablement été mis en place par la loi du 30 juin 1956, qui institue un Fonds national de solidarité (FNS) « en vue de promouvoir une politique générale de protection des personnes âgées par l'amélioration des pensions, retraites, rentes et allocations de vieillesse ». Elle dispose que « toute personne de nationalité française⁴, résidant sur le territoire métropolitain ou dans un département d'outre-mer, âgé d'au moins soixante-cinq ans, ou soixante ans en cas d'invalidité au travail, titulaire d'un ou plusieurs avantages de vieillesse résultant de dispositions législatives ou réglementaires, ou bénéficiaire d'une allocation d'aide sociale [...], bénéficie d'une allocation supplémentaire », dans la limite d'un plafond de ressources différent pour une personne seule et pour un couple⁵.

Mais l'allocation du FNS venait alors compléter, sans s'y substituer, d'autres allocations de solidarité et ce qu'il est convenu d'appeler le minimum vieillesse est resté jusqu'à l'ordonnance n° 2004-605 du 24 juin 2004 constitué d'une dizaine de prestations distinctes dont les caractéristiques essentielles n'ont pas été sensiblement modifiées dans l'intervalle, en dehors bien sûr de leurs montants.

Le présent article s'attachera à présenter le dispositif antérieur à l'ordonnance de 2004, les modalités retenues pour sa simplification et les difficultés auxquelles celle-ci s'est heurtée.

3. Cf. les articles 14 et 15 de la loi n° 46-1146 du 22 mai 1946 portant généralisation de la Sécurité sociale. L'article 32 de la loi prévoyait en outre que la mesure n'entrerait en vigueur qu'au fur et à mesure de l'instauration de cotisations obligatoires d'assurance vieillesse pour chaque catégorie d'assurés considérée. Dans l'intervalle, la loi n° 46-1990 du 13 septembre 1946 fixant la date d'application de la loi du 22 mai 1946 instaure une allocation temporaire à la charge de l'État qui sera reconduite tous les six mois jusqu'en 1952, date à laquelle l'allocation spéciale se substituera à l'allocation aux vieux, cf. *infra* I.C.

4. La condition de nationalité française n'est plus applicable depuis 1998, cf. *infra* II.A.

5. Cf. les articles 4 et 5 de la loi n° 56-639 du 30 juin 1956 portant institution d'un fonds national de solidarité.



I. Le minimum vieillesse avant la réforme de 2004 : un système de prestations construit en fonction de l'organisation professionnelle de la Sécurité sociale

Tel que défini *a posteriori* par l'ordonnance de 2004, le minimum vieillesse est composé avant la réforme de neuf prestations, pour l'essentiel réparti en deux étages :

- le premier étage est constitué par un ensemble de 7 prestations alternatives, attribuées en fonction de l'activité professionnelle passée (ou de son absence) du bénéficiaire ou de son conjoint, permettant d'atteindre un niveau de retraite d'au moins 241 € par mois ;
- le second étage comporte une prestation unique, l'allocation supplémentaire, pouvant atteindre 346 € par mois pour une personne seule et 571 € par mois pour un couple marié⁶.

Seule une prestation, l'allocation viagère aux rapatriés âgés, échappe en première apparence à cette construction puisque son montant maximum est égal à la somme des deux étages.

38

Toutes ces prestations ont en commun d'être servies au regard d'une même condition de ressources, appréciant les autres revenus d'une manière identique. Le seuil au-delà duquel elles sont réduites est fixé à 602 € pour une personne seule et à 1 054 € pour un couple marié.

Même si elles ont un caractère non contributif, elles ont principalement été créées dans le cadre d'une organisation professionnelle de la Sécurité sociale qui cherche à rattacher les allocations de solidarité à une activité passée, de manière directe ou dérivée s'agissant d'un conjoint survivant.

A. Les prestations directement liées à l'activité passée

Plutôt qu'à la deuxième phrase du 11^e alinéa de la constitution de 1946, elles répondent davantage à la première, aux termes de laquelle « *[La Nation] garantit à tous, notamment... aux vieux travailleurs... la sécurité matérielle, le repos et les loisirs* ».

6. Chiffres arrondis au 1^{er} janvier 2004 ; les valeurs réglementaires sont annuelles ; elles ont été fixées en dernier lieu par le décret n° 2002-1619 du 31 décembre 2002 portant revalorisation de divers avantages de vieillesse et d'invalidité et de l'allocation supplémentaire prévue aux articles L. 815-2 et L. 815-3 du Code de la Sécurité sociale du texte ; depuis 2004 la revalorisation est identique à celle des pensions contributives, en application de l'article 27 de la loi n° 2003-775 du 21 août 2003 portant réforme des retraites.



La première, en termes chronologiques, et celle qui sert de référence à toutes les autres prestations du premier étage est l'Allocation aux vieux travailleurs salariés (AVTS). Créée par le régime de Vichy et expressément reprise par une ordonnance du 2 février 1945⁷, l'AVTS est ouverte aux personnes :

- ayant occupé en dernier lieu un emploi salarié ou assimilé au sens de la législation sur les assurances sociales ; la condition minimale est de cinq ans après l'âge de cinquante ans, ou de vingt-cinq ans indépendamment de l'âge ; les périodes de chômage sont assimilées à des périodes de travail ;
- ayant perçu à ce titre une rémunération « normale » ; ainsi, pour ne mentionner que le quantum le plus aisément transposable, les années postérieures à 1971 doivent avoir été rémunérées sur la base de 800 fois la valeur horaire du SMIC.

L'AVTS se substitue à tout autre avantage de vieillesse. Mais elle est en contrepartie majorée forfaitairement d'un montant représentatif de la valeur des cotisations versées aux anciennes assurances sociales (voire au titre des anciennes retraites ouvrières et paysannes), ce qui manifeste la volonté de tenir compte de l'effort contributif passé⁸. Comme les prestations contributives, elle peut également faire l'objet d'une majoration au titre du conjoint à charge ou lorsque le bénéficiaire a eu ou élevé au moins trois enfants.

L'AVTS a son pendant, issu d'une loi de 1948, pour les travailleurs non salariés des professions artisanales, industrielles et commerciales, dans l'Allocation aux vieux travailleurs non salariés (AVTNS)⁹. Toutefois le minimum de durée d'activité est de quinze années soumises à l'obligation de cotiser ou de vingt-cinq années dans le cas général¹⁰.

La loi de 1948 était applicable à l'ensemble des professions non salariées, et une troisième prestation constitutive du minimum vieillesse en est issue : l'allocation de vieillesse agricole est accessible aux exploitants

7. Articles 1^{er} à 8 de l'acte dit loi du 14 mars 1941 et articles 2, 3 et 5 à 11 de l'ordonnance n° 45-170 du 2 février 1945 organisant sur de nouvelles bases les allocations aux vieux travailleurs salariés et modifiant le régime des pensions de vieillesse et d'invalidité des assurances sociales ; articles L. 811-1 et suivants et D. 811-1 et suivants du Code de la Sécurité sociale.

8. Articles L. 811-10-3° et 4° ; la majoration est fixée par l'article D. 811-13 à 10 % des cotisations versées.

9. Article 10 de la loi n° 48-101 du 17 janvier 1948 instituant une allocation de vieillesse pour les personnes non salariées ; articles L. 812-1 et D. 812-1 et suivants du Code de la Sécurité sociale ; l'allocation était initialement égale à la moitié de l'AVTS mais elle a été ensuite portée au même niveau.

10. Cf. respectivement les articles D. 812-5 et D. 812-2 du Code de la Sécurité sociale.

1

LES ÉVOLUTIONS
DE LA PROTECTION
SOCIALE

agricoles s'ils ont exercé leur activité pendant quinze ans au moins et ne peuvent bénéficier d'aucune pension de retraite ¹¹.

Il faut signaler que l'allocation correspondante pour les professions libérales n'a pas été considérée en 2004 comme relevant du minimum vieillesse. L'article L. 643-1 du Code de la Sécurité sociale qui est lointainement issu de la loi de 1948 prévoit en effet que la pension « *est, le cas échéant, portée au montant de l'allocation aux vieux travailleurs salariés en ajoutant aux périodes d'assurance les périodes d'exercice de l'activité libérale antérieures à l'obligation de cotiser* ». Mais il ne prévoit pas de condition de ressources ¹².

B. Les prestations « de droit dérivé »

Deux autres prestations sont accordées aux conjoints survivants de bénéficiaires effectifs ou potentiels des trois prestations précédentes, dans une logique comparable à celle de la réversion des droits contributifs. Originellement fixées à la moitié de l'AVTS, elles ont ensuite été alignées sur son montant.

Le secours viager, créé par l'ordonnance du 2 février 1945 ¹³, est attribué à la veuve d'une personne titulaire de l'AVTS ou qui en remplissait les conditions, hors celle de l'âge, au jour de son décès.

Les conditions spécifiques à la bénéficiaire, précisées par décret, ont été au fil du temps assouplies en miroir des règles de la réversion contributive :

- un âge minimum de 55 ans (c'est la seule des prestations examinées ici pour laquelle la condition d'âge est systématiquement inférieure à la condition habituelle – 65 ans ou 60 ans en cas d'inaptitude) ;
- la pension est cumulable avec des avantages personnels de vieillesse et d'invalidité dans la limite de 73 % du montant maximum de la pension de vieillesse du régime général.

La loi de 1948 a, de même que pour l'AVTS, étendu le dispositif du secours viager aux veuves de non-salariés ¹⁴. Le renvoi est désormais

11. Articles 1110 et suivants du Code rural ; articles 1142-3 et 4 pour les DOM où elle est servie dès 60 ans.

12. Même si le caractère non contributif de la prise en compte des périodes non cotisées a justifié sa prise en charge par le FSV, cf. *infra* II. L'ancien article L. 643-6 permettait jusqu'en 2003 d'instaurer une condition de ressources pour une activité professionnelle déterminée mais cette faculté n'était plus utilisée.

13. Article 4 de l'ordonnance n° 45-170 du 2 février 1945 précitée ; articles L. 811-11 et D. 811-15 à 17 du Code de la Sécurité sociale.

14. Article 18 de la loi n° 48-101 précitée.

1 LES ÉVOLUTIONS DE LA PROTECTION SOCIALE

D'autre part, les personnes qui ne relèvent d'aucun régime d'assurance vieillesse et ne peuvent bénéficier d'aucune prestation ni à titre personnel ni du fait de leur conjoint, ont droit à une allocation spéciale²⁰. En l'absence de régime de rattachement, la prestation est versée par le Service de l'allocation spéciale vieillesse, établissement public géré par la Caisse des dépôts et consignations.

L'allocation supplémentaire créée par la loi du 30 juin 1956²¹ répond à la même logique que la majoration de l'article L. 814-2, mais elle peut compléter soit une pension de retraite soit une des allocations du premier étage. Toutefois, à la différence de la majoration, qui a un caractère individuel, même si elle prend en compte les ressources du couple du bénéficiaire, c'est le montant même de l'allocation qui diffère pour une personne seule ou pour un couple marié.

D. Le cas particulier de l'allocation viagère aux rapatriés âgés

Cette prestation, créée par la loi de finances rectificative du 2 juillet 1963²², est la plus récente et elle est de ce fait une sorte de synthèse des autres prestations constitutives du minimum vieillesse. Mais son objet est spécifique puisqu'il s'agissait avant tout de suppléer à l'impossibilité pour les intéressés de faire valoir des droits contributifs au régime algérien, d'où une première particularité qui était d'être servie dès 60 ans pour les anciens salariés.

Son autre spécificité, on l'a vu, est de se substituer aux deux étages habituels pour atteindre le même montant global de prestations. Plus précisément son montant est égal, lorsqu'il y a déjà une pension à la charge d'un régime métropolitain ou à défaut suivant l'activité antérieurement exercée hors de France, au montant de l'allocation correspondante du premier étage (AVTS, AVTNS, allocation de vieillesse agricole ou allocation spéciale en l'absence de toute activité passée), majoré de l'allocation supplémentaire²³.

20. Articles 42 et 44 de la loi de 1952 – l'allocation spéciale se substitue de manière permanente à l'allocation aux vieux et à l'allocation temporaire instituées en 1946 ; article L. 814-1 du Code de la Sécurité sociale.

21. Ancien article L. 815-2 du Code de la Sécurité sociale.

22. Article 14 de la loi de finances rectificative pour 1963 n° 63-628 du 2 juillet 1963 portant maintien de la stabilité économique et financière. Il n'est ici question que de l'« élément de base » de l'allocation, qui faisait jusqu'au 1^{er} juillet 1966 l'objet d'une majoration exceptionnelle, compte tenu du contexte particulier de l'installation des rapatriés en métropole.

23. Article 2 du décret n° 63-834 du 6 août 1963 portant application de l'article 14 de la loi de finances rectificative pour 1963 ; en cohérence avec ce mode de calcul le service et le financement de l'allocation incombait à l'origine au régime de rattachement à charge pour lui de se retourner vers le régime algérien et/ou le FNS, cf. l'article 15 du même décret.

II. La réforme de 2004 : la création d'une allocation unique et les difficultés de la simplification



La complexité du dispositif que l'on vient de décrire n'avait plus aucune justification, et notamment pour les bénéficiaires, dès lors que les diverses combinaisons possibles de prestations aboutissaient en principe au même résultat en termes de montant.

Le rattachement aux régimes professionnels avait initialement un enjeu financier, mais celui-ci avait disparu avec l'institution en 1993 du Fonds de solidarité vieillesse (FSV)²⁴. Dès l'origine la majoration prévue à l'article L. 814-2, l'allocation spéciale et l'allocation supplémentaire étaient à la charge d'organismes tiers²⁵ ; depuis la création du FSV c'est l'ensemble des prestations du minimum vieillesse qui était financé par la solidarité nationale.

Un dernier élément de contexte favorable à une simplification était l'évolution du nombre des bénéficiaires, compte tenu de l'amélioration des droits contributifs, en particulier pour les non-salariés (pour des raisons exposées par d'autres articles du présent volume).

Les cinq prestations originelles et l'allocation aux rapatriés ne concernaient plus en 2004 que des effectifs limités – environ 12 600 personnes – et en forte décroissance²⁶. L'allocation de vieillesse agricole ne comptait plus aucun bénéficiaire du fait de l'assouplissement des conditions de service des pensions des exploitants, l'allocation viagère aux rapatriés âgés n'en comptait plus que 23 et l'AVTS 1321²⁷.

Dès lors, l'essentiel des effectifs des bénéficiaires du minimum vieillesse se concentrait sur les trois prestations sans lien avec l'activité passée, au premier chef l'allocation supplémentaire (623 000 allocataires), la majoration de l'article L. 814-2 (384 000 allocataires) et l'allocation spéciale (68 000 allocataires).

Mais même réduits en pratique à ces trois prestations, l'existence de deux étages était une source d'incompréhension et d'inintelligibilité du droit.

24. Loi n° 93-936 du 22 juillet 1993 relative aux pensions de retraite et à la sauvegarde de la Protection sociale.

25. Les deux premières étaient à la charge du service de l'allocation spéciale, initialement fonds spécial de l'allocation spéciale de vieillesse, créé par l'article 46 de la loi de 1952 précitée, et financé par une contribution de l'ensemble des régimes de retraites. L'allocation supplémentaire était à la charge du Fonds national de solidarité financé par l'État.

26. Deux ans plus tard, avant même la mise en place effective de l'ASPA, ils n'étaient plus que 10 300.

27. Données tous régimes au 31 décembre 2004 – source : rapport d'activité du Fonds de solidarité vieillesse pour 2008, p. 30.

1

LES ÉVOLUTIONS
DE LA PROTECTION
SOCIALE

En même temps le minimum vieillesse se prêtait d'autant plus à une mesure de simplification qu'il n'était pas alors au cœur des débats politiques et sociaux sur l'évolution des retraites. Il est significatif que le relevé de décisions du 15 mai 2003 discuté avec les partenaires sociaux interprofessionnels et sur la base duquel a été construite la loi portant réforme des retraites du 21 août 2003 n'en fasse aucune mention.

Pour toutes ces raisons, le véhicule choisi est une ordonnance de l'article 38 de la Constitution. Le Gouvernement est habilité à « *simplifier la réglementation des prestations constitutives du minimum vieillesse* »²⁸. Il s'engage expressément lors de l'examen du projet de loi d'habilitation à ce que le nouveau dispositif n'ait aucun impact financier, notamment pour les régimes, et n'entraîne aucune baisse des prestations pour les bénéficiaires²⁹. L'ordonnance est ultérieurement ratifiée sans aucune modification³⁰.

Elle refond les dispositions législatives du titre I^{er} du livre VIII du Code de la Sécurité sociale et remplace le dispositif antérieur par une prestation unique, l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA).

L'ordonnance doit être considérée avec ses décrets d'application, beaucoup d'éléments importants – et notamment le montant de l'allocation – relevant du pouvoir réglementaire. Deux décrets du 12 janvier 2007 ont refondu les dispositions correspondantes du Code de la Sécurité sociale³¹. Ils ont sur ce point strictement repris les dispositions antérieures en fixant, au 1^{er} janvier 2006, la valeur maximale de l'allocation à 610 € par mois pour une personne seule et à 1 095 € pour un couple, ce qui correspond exactement à la somme de l'AVTS (ou de deux AVTS pour un couple) et de l'allocation supplémentaire³².

Mais le nouveau dispositif n'a pu se borner à une telle simplification, pour deux raisons principales tenant à la condition de résidence en France et au caractère récupérable de l'allocation supplémentaire, qui ont notamment conduit à maintenir transitoirement les anciennes prestations pour les personnes qui en bénéficiaient déjà.

28. Article 15 de la loi n° 2003-591 du 2 juillet 2003 habilitant le Gouvernement à simplifier le droit.

29. Cf. par exemple Rapport n° 752 du 26 mars 2003 par M. Étienne Blanc au nom de la Commission des lois de l'Assemblée nationale, p. 91.

30. XXVIII de l'article 78 de la loi n° 2004-1343 du 9 décembre 2004 de simplification du droit.

31. Décrets n°s 2007-56 et 57 du 12 janvier 2007, modifiant les 2^e et 3^e parties (décrets en Conseil d'État et décrets simples) du Code de la Sécurité sociale.

32. La différence avec les chiffres précédemment cités résultant de l'application de la revalorisation automatique en fonction des prix entre 2004 et 2006. Le même principe a été appliqué aux plafonds de ressources ; cf. les articles D. 815-1 et 2 nouveaux du Code de la Sécurité sociale.

A. Les conditions de résidence

Les anciennes prestations constitutives du minimum vieillesse étaient en 2004 soumises à deux types de conditions de résidence en France (métropole et DOM)³³ :



- une condition de résidence préalable dont la formulation variait selon les prestations : en général au moment de la demande (implicitement au regard de la compétence des organismes payeurs pour l'AVTS, l'AVTNS et l'allocation de vieillesse agricole, explicitement pour l'allocation aux mères de familles, l'allocation spéciale et l'allocation supplémentaire, par construction pour l'allocation viagère aux rapatriés âgés) ; le cas échéant pendant une durée renvoyée à un décret (qui n'avait jamais été pris) pour la majoration de l'article L. 814-2 et l'allocation supplémentaire ;
- surtout, une condition de résidence en cours de service : explicitement pour l'allocation supplémentaire aux termes de l'ancien article L. 815-11 du Code de la Sécurité sociale, implicitement pour l'allocation spéciale.

Ainsi, la majorité des prestations et notamment la majoration de l'article L. 814-2 pouvaient être servies à l'étranger, alors que l'allocation spéciale et l'allocation supplémentaire ne pouvaient l'être qu'en France. Même en laissant de côté les prestations en voie d'extinction, et compte tenu de l'importance et du dynamisme de la majoration, le sujet ne pouvait être considéré comme négligeable³⁴.

Une solution aurait pu consister à maintenir une exportabilité partielle, sous des conditions et dans des limites équivalentes à celles prévalant pour les prestations antérieures. Mais outre qu'elle aurait rendu vaine la simplification attendue, elle aurait soulevé la question de la nature même de l'ASPA.

Le droit communautaire – en l'espèce le règlement (CEE) n° 1408/71 organisant la coordination des systèmes nationaux de Sécurité sociale – pose en effet le principe de l'exportabilité sur le territoire des autres États membres de toutes les prestations de Sécurité sociale, dont font partie les prestations constitutives du minimum vieillesse. La possibilité de subordonner leur service à la résidence sur le territoire national est certes prévue lorsqu'elles sont considérées comme des « *prestations spéciales à caractère non contributif* » et qu'elles sont inscrites à ce titre à l'annexe II bis

33. La condition de nationalité française, prévue pour l'AVTS, l'allocation aux mères de famille et l'allocation supplémentaire, ayant en revanche été neutralisée par l'article L. 816-1 inséré dans le Code de la Sécurité sociale par l'article 42 de loi n° 98-349 du 11 mai 1998 relative à l'entrée et au séjour des étrangers en France et au droit d'asile.

34. + 5 % de bénéficiaires supplémentaires entre 2004 et 2006 – source : rapport 2008 du FSV précité.

1

LES ÉVOLUTIONS
 DE LA PROTECTION
 SOCIALE

du règlement, comme c'était le cas pour l'allocation spéciale et l'allocation supplémentaire. L'inscription de l'ASPA à cette annexe supposait que son caractère de prestation non contributive ait été préalablement clarifié.

La solution retenue par l'ordonnance consistait finalement en la création, en parallèle à l'ASPA, d'un complément de retraite spécifique aux non-résidents et s'ajoutant aux pensions de retraites pour atteindre un montant équivalent à l'ancienne AVTS ; il était en outre prévu de définir expressément la condition de résidence préalable en France, jusqu'ici jamais appliquée³⁵.

Finalement ce n'est pas l'ordonnance, qui ne le pouvait pas en droit, mais une mesure prise en loi de financement et répondant à un choix politique qui, au regard notamment des difficultés financières du FSV, a achevé la simplification sur ce point en supprimant le complément de retraite, avant même qu'il ait été mis en œuvre³⁶.

Il faut ajouter que les questions soulevées par la condition de résidence expliquent largement le long délai écoulé entre la publication de l'ordonnance et celle de ses décrets d'application (qui auraient dû en principe être pris avant le 1^{er} janvier 2006) : au-delà du seul cas du complément exportable, était en cause la diversité des conditions de résidence applicables aux prestations non contributives prévues par le Code de la Sécurité sociale (outre le minimum vieillesse, la couverture maladie universelle, les prestations familiales, l'allocation logement à caractère social). Leur définition transversale a été laissée à un décret spécifique, qui n'a été pris que le 14 mars 2007 et a notamment considéré comme résidant en France les personnes qui y séjournent pendant plus de six mois au cours de l'année civile de versement des prestations³⁷.

B. La récupération sur succession

Des prestations antérieures, seule l'allocation supplémentaire pouvait donner lieu à récupération sur succession, sur le modèle des prestations d'aide sociale, et au-delà d'un seuil d'actif successoral fixé à 39 000 €³⁸.

La mesure la plus simple aurait consisté à supprimer toute récupération sur l'ASPA mais elle n'aurait pas répondu à l'objectif de neutralité

35. Chapitre V ter du titre I^{er} du livre VIII nouveau du Code de la Sécurité sociale, article L. 815-30.
 36. Article 76 de la loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005 de financement de la Sécurité sociale pour 2006.
 37. Article R. 115-6 inséré dans le Code de la Sécurité sociale par le décret n° 2007-354 du 14 mars 2007 relatif aux modalités d'application de la condition de résidence pour le bénéfice de certaines prestations.
 38. En application des anciens articles L. 815-12 et D. 815-1 du Code de la Sécurité sociale.



financière prévu lors de l'habilitation, non seulement au regard des sommes récupérées ³⁹, mais aussi de l'impact de la récupération sur les demandeurs potentiels, dont une partie, notamment des non-salariés, pouvait renoncer à demander l'allocation supplémentaire afin de préserver leur patrimoine.

L'ordonnance a retenu la solution la plus proche de la neutralité, consistant à limiter la récupération à une fraction de l'allocation versée, dans la limite du montant de l'ancienne allocation supplémentaire, tout en maintenant le seuil d'actif successoral minimal.

La neutralité stricte n'était toutefois pas atteignable dans le cas d'assurés percevant des pensions de retraites inférieures à l'AVTS, mais ayant des ressources totales comprises entre le montant de l'AVTS et celui de l'ASP, pour autant que leur patrimoine soit supérieur au seuil de récupération (puisque dans ce cas une fraction d'ASP récupérable est versée en lieu et place d'une fraction d'AVTS ou de majoration de l'article L. 814-2 qui ne l'aurait en toute hypothèse pas été).

C. La nécessité d'un dispositif transitoire

Compte tenu de ce qui vient d'être dit sur la condition de résidence – même en prenant en compte le complément exportable initialement envisagé – et sur la récupération sur succession, il n'était pas possible d'assurer aux bénéficiaires des anciennes prestations une neutralité stricte dans le cadre de l'ASP. Il faut ajouter un point sur lequel l'ordonnance a innové par rapport au droit antérieur, suivant une proposition du médiateur de la République, consistant à prendre en compte, pour l'ensemble des minima sociaux, les couples de personnes pacsées ou en concubinage au même titre que les couples mariés – solution conforme au principe d'égalité mais pouvant dans certains cas réduire le montant total des prestations servies.

C'est ce qui a motivé l'insertion dans l'ordonnance d'un article 2 prévoyant que les bénéficiaires des prestations antérieures continuaient de les percevoir selon les règles applicables avant l'entrée en vigueur des dispositions relatives à la nouvelle allocation.

L'article 7 du premier des décrets d'application du 12 janvier 2007 a certes prévu la possibilité d'opter pour l'ASP, en renonçant – de manière

39. Les sommes recouvrées, très variables selon les régimes, atteignent une centaine de millions d'euros par an : 73 M€ pour la CNAV en 2006 – source rapport de la commission des comptes pour 2008.

1

LES ÉVOLUTIONS
DE LA PROTECTION
SOCIALE

irrévocable – au bénéfice des prestations antérieures. Mais cette disposition a une portée limitée aux cas particuliers où la nouvelle allocation présente un avantage en termes de simplicité de service – ainsi pour un couple dont un des membres est déjà bénéficiaire d'une des anciennes allocations – ou en termes de montant – par exemple quand le bénéficiaire perçoit par ailleurs un revenu exclu de la base ressources de l'ASPА en vertu d'un texte réglementaire postérieur à la réforme.

D. La discordance entre le seuil de ressources et le montant de l'allocation

Il s'agit d'une question de portée plus limitée mais assez exemplaire. Les décrets de 2007 ont fixé, on l'a vu plus haut, les valeurs maximales de l'allocation en fonction des valeurs antérieures de l'AVTS et de l'allocation supplémentaire, compte tenu des règles générales de revalorisation désormais applicables. Ils ont repris de la même manière les plafonds de ressources antérieurs.

48

De ce fait il apparaît un écart d'environ 15 € par mois entre la valeur de l'ASPА (610 €) et le plafond de ressources correspondant (625 €) – plus visible désormais, dès lors qu'il n'y a plus qu'une prestation. Cet écart, qui n'a pas d'autre justification qu'historique⁴⁰ et n'existe d'ailleurs pas pour la prestation couple, soulève une question de principe et de lisibilité : si le seuil de revenus minimal applicable est pertinent, il n'y a pas de raison pour que l'ASPА ne permette pas de l'atteindre ; s'il ne l'est pas, il n'y a pas de justification à cette franchise de revenus de 15 € mensuels.

Mais il n'était possible de résorber cet écart qu'en s'écartant du cadre de l'habilitation, soit en augmentant l'ensemble des prestations attribuées, soit en revalorisant de manière plus faible le seuil de ressources ce qui aurait conduit *de facto* à ne pas appliquer les règles générales de revalorisation pour certains attributaires.

Il faut ajouter que cet écart n'a disparu que depuis avril 2010, sa suppression ayant été rendue possible par l'effet des revalorisations exceptionnelles du minimum vieillesse autorisées par la loi de financement pour 2009⁴¹.

40. Lors de la création de l'allocation supplémentaire, le plafond de ressources pour une personne seule (fixé à 201 000 francs par an) représentait presque le double du total de l'AVTS (72 380 francs) et de la nouvelle allocation (31 200 francs). L'écart s'est ensuite réduit en valeur relative mais sans disparaître complètement.

41. Article 73 de la loi n° 2008-1330 du 17 décembre 2008 de financement de la Sécurité sociale pour 2009 et article 1^{er} du décret n° 2009-473 du 28 avril 2009 relatif à la revalorisation du minimum vieillesse.

Conclusion

La marge de manœuvre laissée à l'ordonnance était étroite. L'engagement formel en termes de neutralité pour les personnes bénéficiant déjà du minimum vieillesse n'était pas une condition nécessaire à l'habilitation à procéder par ordonnance, mais il n'était pas concevable qu'une mesure de simplification puisse conduire à la réduction de prestations déjà attribuées. À l'inverse, le contexte financier et la priorité accordée alors à d'autres dispositifs dans le cadre de la réforme des retraites de 2003 ne laissait pas de champ pour une réforme s'éloignant de la neutralité financière.

La réforme du minimum vieillesse est illustrative des limites d'une simplification de la règle de droit quand elle porte, au-delà des règles de procédure, sur des dispositions de fond, en particulier dans une matière touchant aux droits sociaux, ses objectifs ne pouvant être pleinement atteints sans des choix collectifs ayant une autre finalité.



Les effets pervers des minima sociaux : mythe ou réalité ?

Aurélien Purière

Élève de la 48^e promotion de l'EN3S

« Toute mesure qui fonde la charité légale sur une base permanente et qui lui donne une forme administrative crée donc une classe oisive et paresseuse, vivant aux dépens de la classe industrielle et travaillante¹ ». Par cette phrase, écrite il y a plus de 150 ans, Alexis de Tocqueville entendait dénoncer l'instauration d'un droit à l'assistance publique en Angleterre.

Aujourd'hui encore, la question des éventuels effets pervers de l'assistance est l'objet de vifs débats dans notre société. À l'occasion de la campagne électorale pour l'élection présidentielle de 2007, certains candidats dénoncèrent « ceux qui ont délibérément choisi de vivre du travail des autres, ceux qui pensent que tout leur est dû sans qu'eux-mêmes ne doivent rien à personne² », d'autres prônèrent l'avènement d'une « société du donnant-donnant, où chacun aurait le sentiment que ce qui est donné par la responsabilité publique à ceux qui en ont le plus besoin s'accompagne en retour d'un effort de la part de ceux qui reçoivent³ ». Les médias également réservèrent une place de premier choix à ce sujet, le magazine *Le Point* consacrant un numéro à la « France assistée » et aux « profiteurs d'allocations⁴ », le magazine *Marianne* aux « pièges de l'assistanat⁵ ».

L'idée paraît séduisante : il existerait un risque que les individus bénéficiant de minima sociaux soient dissuadés de rechercher un emploi et soient ainsi maintenus dans une situation d'inactivité et de pauvreté. Autrement dit, ils risqueraient à terme de développer une forme de dépendance vis-à-vis de l'aide qui leur est attribuée.

1. Alexis de Tocqueville, *Mémoire sur le paupérisme* in *Œuvres I*, Gallimard, Paris, 1991, (éd. originale 1835), p. 1170.

2. Nicolas Sarkozy, Discours à Agen, 22 juin 2006, cité par Serge Halimi, « Les recettes idéologiques du président Sarkozy », *Le Monde diplomatique*, n° 639, juin 2007, p. 9.

3. Ségolène Royal, Discours à Limoges, 29 mars 2007, citée in « Ségolène Royal vante la dignité du travail et propose une société du donnant-donnant », *Lemonde.fr* avec AFP et Reuters, 30 mars 2007.

4. *Le Point*, n° 1804, 12 avril 2007.

5. *Marianne*, n° 513, 17 février 2007.

Les travaux de l'économiste américain David T. Ellwood présentent l'intérêt d'offrir un cadre théorique couvrant tous les aspects de cette question. Cet auteur distingue trois modèles de dépendance : dans le premier la dépendance résulte d'un choix rationnel, dans le deuxième elle est d'ordre psychologique, dans le troisième elle est culturelle⁶. Avant d'analyser la dépendance sous ces trois dimensions, il est intéressant de noter que ce type de débat apparaît en Europe dès la fin du XVIII^e siècle.



I. La dépendance : une notion déjà présente dans les premières critiques libérales du droit à l'assistance

C'est à la fin du XVIII^e siècle que la question de la pauvreté est pour la première fois abordée sous l'angle du droit par les autorités. En janvier 1790, l'Assemblée nationale constituante crée un comité chargé de réfléchir aux différentes réponses à apporter à la pauvreté ; ce comité sera présidé par le duc de La Rochefoucauld-Liancourt et portera le nom de Comité pour l'extinction de la mendicité. « On a toujours pensé à faire la charité aux pauvres, et jamais à faire valoir les droits de l'homme pauvre sur la société » écrit La Rochefoucauld-Liancourt dans le premier rapport du comité. S'ils préconisent l'instauration d'un droit à l'assistance, les membres du comité craignent toutefois les effets pervers d'une telle mesure : « les secours donnés à la pauvreté ne doivent pas devenir des primes pour la paresse, la débauche ou l'imprévoyance ». C'est pourquoi les révolutionnaires estiment indispensable de refuser tout secours aux « mauvais pauvres », c'est-à-dire « ceux qui, connus sous le nom de mendiants de profession et de vagabonds, se refusent à tout travail, troublent l'ordre public, sont un fléau dans la société et appellent sa juste sévérité ». Le comité précise aussi que les secours devront être réservés aux individus incapables de travailler⁷.

Pour les mêmes raisons, les penseurs libéraux se sont opposés, tout au long du XIX^e siècle, à l'instauration d'un droit à l'assistance. La « charité légale », expression dont ils font usage pour décrire l'assistance publique, présente selon eux l'inconvénient d'aider aveuglément les

6. David T. Ellwood, « Understanding dependency » in David T. Ellwood et Mary Jo Bane, *Welfare Realities : From Rhetoric to Reform*, Harvard University Press, Cambridge, Massachusetts, 1994, chap. 3, pp. 67-123.

7. Camille Bloch et Alexandre Tuetey, *Procès-verbaux et Rapports du Comité de mendicité*, Paris, Imprimerie nationale, 1911. Les citations sont extraites, dans l'ordre, des pages 328, 316 et 317.

1

LES ÉVOLUTIONS
DE LA PROTECTION
SOCIALE

pauvres. La charité privée doit être préférée à l'assistance publique parce qu'elle seule permet de nouer avec le pauvre une relation individuelle à travers laquelle ses besoins sont précisément identifiés. Elle permet aussi d'associer plus aisément aux secours des actions de moralisation et de responsabilisation⁸.

Une des premières cibles des libéraux fut la législation anglaise et notamment le système dit de Speenhamland, en vigueur dans certains territoires d'Angleterre entre 1795 et 1834. Ce dispositif garantissait un niveau minimal de ressources à la population. Tout comme l'ancien Revenu minimum d'insertion (RMI) ou l'actuel Revenu de solidarité active (RSA), le dispositif fonctionnait selon un mode différentiel, c'est-à-dire qu'il complétait les ressources des pauvres afin d'atteindre un certain seuil. Dans son œuvre majeure, *Des principes de l'économie politique et de l'impôt*, David Ricardo prône la suppression de la législation anglaise en faveur des pauvres pour « faire sentir aux indigents le prix de l'indépendance » et leur faire comprendre « qu'ils ne doivent plus compter sur les secours d'une bienfaisance systématique ou casuelle, et qu'ils n'ont d'autre ressource que celle de leur travail⁹ ».

Il ne faudrait toutefois pas limiter la critique libérale du droit à l'assistance à cette dénonciation d'effets pervers. Dans la pensée libérale, secourir les personnes pauvres constitue un devoir qui doit rester exclusivement d'ordre moral et qui doit relever du libre arbitre de chacun. Il ne saurait être constitutif d'une obligation juridique imposée par la loi, sous peine de menacer les libertés individuelles. Dans la pensée libérale, le droit se limite en effet à un système de contrainte qui rend possible la coexistence des libertés de chacun et l'obligation juridique positive envers autrui ne peut exister que si elle est consentie dans le cadre d'un contrat¹⁰.

À la fin du XX^e siècle, cette idée de dépendance à l'assistance retrouve un écho considérable chez les adversaires d'une protection sociale développée. Elle est utilisée tant pour influencer que pour légitimer *a posteriori* les politiques publiques qui limitent l'assistance dans le temps ou qui la conditionnent à une contrepartie. La limitation dans le temps et la contrepartie sont les deux principales caractéristiques de la réforme de l'assistance sociale mise en œuvre aux États-Unis en 1996¹¹. C'est dans ce

8. Serge Paugam, *La société française et ses pauvres*, Paris, Presses universitaires de France, 2002, pp. 94-95.

9. David Ricardo, *Des principes de l'économie politique et de l'impôt* in *Œuvres complètes*, Paris, Guillaumin et compagnie libraires, 1847 (éd. originale 1817), p. 82.

10. François Ewald, *L'État providence*, Paris, Grasset, 1986, pp. 62-63.

11. Pour une étude des politiques de contrepartie voir Aurélien Purière, *Assistance sociale et contrepartie, actualité d'un débat ancien*, Paris, L'Harmattan, 2009, pp. 86-87 pour la réforme américaine de 1996.

contexte que l'économiste D. T. Ellwood a distingué trois modèles de dépendance à l'assistance. Le modèle de la dépendance rationnelle est celui qui rencontre le plus d'écho aujourd'hui dans notre pays.



II. Le modèle de la dépendance rationnelle

En créant le Revenu de solidarité active (RSA) le gouvernement français entendait notamment lutter contre des « phénomènes de trappe qui enferment dans la pauvreté ¹² ». Depuis quelques années, l'image de la trappe connaît un grand succès dans la littérature économique lorsqu'il s'agit de décrire le risque de dépendance à l'assistance. La dépendance ici décrite trouve son origine dans les choix rationnels des individus. Dans le cadre d'analyse microéconomique néoclassique, les individus cherchent, dans leur vie quotidienne, à maximiser leur satisfaction et adoptent pour cela des comportements rationnels. Leur décision de participer au marché du travail provient d'un arbitrage entre travail et loisir, et plus précisément entre l'utilité qu'ils retirent de chacun de ces états. Alors que le loisir apporte directement une utilité à l'agent économique, le travail n'a pas d'utilité en soi, il ne lui apporte une satisfaction qu'au travers de son salaire qui *in fine* lui permet de consommer des biens et des services. Ainsi, toute ressource que l'individu peut obtenir sans travailler biaise son choix en faveur du loisir. Dans le cas qui nous intéresse ici, s'il bénéficie d'une allocation d'un montant trop élevé comparé au salaire auquel il peut prétendre, il n'a plus intérêt à offrir son travail : il se trouve attiré dans une trappe.

C'est pour lutter contre ce phénomène que le gouvernement a instauré le RSA, une « forme d'intéressement permanent » à la reprise d'activité pour les allocataires du Revenu minimum d'insertion (RMI) et de l'Allocation de parent isolé (API), selon l'expression employée par Martin Hirsch ¹³. Toutefois, cette réforme ne pourra avoir un impact significatif sur le retour à l'emploi des allocataires que dans la mesure où leur non-emploi est volontaire, qu'il provient bel et bien d'un choix rationnel.

12. Compte rendu du Conseil des ministres du 3 septembre 2008, consulté sur le site Internet de l'Élysée : <http://www.elysee.fr/president/les-actualites/conseil-des-ministres/comptes-rendus/2008/compte-rendu-du-conseil-des-ministres-du-3.837.html>

13. Martin Hirsch utilisa cette formule pour décrire le RSA lorsqu'il présidait la Commission familles, vulnérabilité, pauvreté : *Au possible, nous sommes tenus ; la nouvelle équation sociale*, avril 2005, p. 32. Pour simplifier, avec le RMI et l'API, tous les revenus du travail étaient pris en compte dans le calcul de l'allocation, donc 100 euros de revenus du travail se traduisaient par une réduction de l'allocation de 100 euros ; avec le RSA, seuls 38 % des revenus du travail sont pris en compte, donc 100 euros supplémentaires de revenus du travail se traduisent par une réduction de l'allocation de seulement 38 euros.



On rencontre trois concepts de trappe dans la littérature consacrée à cette question : la trappe à inactivité, la trappe à chômage et la trappe à pauvreté.

La trappe à inactivité

Souvent, les adeptes du modèle de la dépendance rationnelle utilisent indifféremment les expressions de trappe à inactivité et de trappe à chômage. Elles sont même parfois confondues sous l'expression de trappe à non-emploi. Les notions de chômage et d'inactivité renvoient pourtant à deux réalités différentes : si le chômeur et l'inactif sont tous deux sans emploi, le premier en recherche un, à la différence du second. Si la frontière entre les deux notions est parfois ténue, la distinction prend tout son sens dans le cas des bénéficiaires de minima sociaux. Selon une enquête de la DREES ¹⁴, près d'un allocataire du RMI sur trois et un allocataire de l'API sur deux, bénéficiaires depuis deux ans, sont inactifs : ils déclarent être sans emploi et ne pas en rechercher.

54

Pour évaluer la pertinence de la notion de trappe à inactivité dans le cas de ces allocataires inactifs, il convient de s'interroger sur les raisons qui les ont conduits à renoncer à s'insérer sur le marché du travail. Comme motif d'absence de recherche d'emploi, les allocataires du RMI évoquent le plus souvent des problèmes de santé (40 %). À partir des entretiens qu'ils ont réalisés auprès des allocataires du RMI, les sociologues François Dubet et Antoine Véréout ¹⁵ ont constaté la récurrence des problèmes de dépression. D'autres allocataires attendent la reconnaissance d'un handicap ou encore l'âge de départ à la retraite. Une part importante d'entre eux évoque aussi une indisponibilité pour raison familiale (30 %). La raison familiale, et plus particulièrement les problèmes de garde d'enfant, est avancée par l'immense majorité des allocataires de l'API interrogés (90 %). Finalement, seuls 1 % des allocataires du RMI et de l'API mettent en avant le fait que le travail n'est pas financièrement intéressant ¹⁶.

Ainsi, pour la grande majorité des allocataires, l'inactivité n'est pas la conséquence d'un arbitrage rationnel entre emploi et non-emploi.

14. Enquête réalisée en 2006 auprès de 3 600 allocataires du RMI et 2 000 allocataires de l'API. Anne Pla, « Sortie des minima sociaux et accès à l'emploi », *Études et résultats*, n° 567, avril 2007, p. 6.

15. François Dubet et Antoine Véréout, « Une "réduction" de la rationalité de l'acteur. Pourquoi sortir du RMI ? », *Revue française de sociologie*, vol. 42, n° 3, juillet-septembre 2001, p. 421.

16. Anne Pla, « Sortie des minima sociaux et accès à l'emploi », *Études et résultats*, n° 567, avril 2007, tabl. 6, p. 8.

L'hypothèse de la trappe à inactivité peut donc être écartée. Reste le modèle de la trappe à chômage, modèle dont il nous faut désormais évaluer la pertinence théorique et empirique.



La trappe à chômage

Nous nous intéresserons ici aux deux tiers des allocataires du RMI qui, contrairement à précédemment, sont actifs sur le marché du travail et nous chercherons à savoir s'ils peuvent être, pour des raisons financières, dissuadés d'accepter un emploi. Le mécanisme de la trappe à chômage existe, en théorie, pour les emplois à très bas salaires. Les bénéficiaires du RMI n'ont en effet qu'un faible intérêt financier à accepter un emploi à mi-temps rémunéré au SMIC : selon les configurations familiales le gain varie de 50 à 91 euros, sauf pour une personne seule avec deux enfants pour qui le gain peut atteindre 143 euros. Cette situation n'a rien d'étonnant dans la mesure où le RMI était une allocation différentielle qui complétait les ressources des individus afin d'atteindre le seuil défini comme le revenu minimum et dont le montant se trouvait être très proche d'un demi-SMIC¹⁷. Quant à la reprise d'un emploi à temps plein rémunéré au SMIC, il existe un gain financier plus substantiel : de 233 à 527 euros par mois selon les configurations familiales¹⁸.

D'un point de vue théorique, le mécanisme de la trappe est donc susceptible de se produire pour les très bas salaires. Mais qu'en est-il de la pratique ? Des enquêtes montrent que les comportements empiriques d'offre de travail des bénéficiaires du RMI diffèrent de ceux prédits par le modèle : certains allocataires travaillent alors qu'un choix rationnel ne devrait pas les y inciter.

Tout d'abord, un nombre non négligeable d'allocataires cumulent le RMI et un emploi : fin 2002, environ 18 % des bénéficiaires du RMI déclaraient avoir perçu des revenus d'activité au cours du dernier trimestre¹⁹.

17. Montant mensuel du RMI au 1^{er} janvier 2009 pour une personne seule sans enfant à charge : 454,63 euros et montant mensuel du SMIC net (base 35 heures) au 1^{er} juillet 2009 : 1047,44 euros.

18. Ces données sont extraites de l'enquête de la DREES de 2006 citée in Thomas Deroyon, Marie Hennion-Aouriri, Gautier Maigne, Layla Ricroch, « L'influence des incitations financières sur le retour à l'emploi des bénéficiaires de minima sociaux », *Les cahiers de la DGTPE*, n° 2009-10, juillet 2009, pp. 8-9. Les calculs ne prennent pas en compte les mécanismes d'intéressement qui, de toute façon, n'excèdent pas la durée d'un an.

19. Jean-Paul Lorgnet, Ronan Mahieu, Muriel Nicolas, Florence Thibault, « RMI : ancienneté dans le dispositif et cumul avec une activité rémunérée », *L'e-ssentiel*, Publication électronique de la Caisse nationale des allocations familiales, n° 21, janvier 2004, p. 1. Les bénéficiaires adultes sont ici entendus comme les allocataires ou conjoints d'allocataires (le calcul de l'allocation du RMI prend de toute façon en compte les ressources du ménage).

1

LES ÉVOLUTIONS
DE LA PROTECTION
SOCIALE

La moitié environ de ces 18 % bénéficiait d'un dispositif d'intéressement temporaire²⁰. Les personnes formant l'autre moitié étaient dans une situation aberrante vis-à-vis du modèle rationnel : elles auraient touché un revenu identique en renonçant à leur emploi, chaque euro gagné

par le travail étant intégralement déduit de l'allocation. D'autres allocataires, en acceptant un emploi, sortent du RMI alors même que l'emploi en question ne leur apporte pas de nette amélioration financière : parmi les personnes sans conjoint et sans enfant qui étaient allocataires du RMI en décembre 1996 et qui sont sorties du dispositif un an plus tard, environ 30 % ont vu leur situation financière s'améliorer de moins de 76 euros par mois, et pour un peu plus de 10 % d'entre eux le gain financier était nul²¹.

Le modèle de la trappe à chômage ne peut expliquer toutes ces situations car il est basé sur le présupposé que le travail n'apporte aux individus qu'un gain financier. Penser cela c'est omettre le fait que le travail joue un rôle majeur dans la vie des individus : les allocataires qui retrouvent un emploi parlent par exemple de « la sociabilité du travail, des collègues, de la fierté retrouvée ». Parmi les facteurs non pris en compte par le modèle de la trappe figurent aussi les coûts cachés de l'assistance : le RMI est souvent perçu comme porteur d'un statut dévalorisant par les allocataires et certains craignent le regard porté sur eux par « les enfants, la famille ou les voisins²² ».

Ainsi, un premier pan de la théorie de la trappe à chômage s'effondre, un nombre non négligeable d'allocataires travaillant alors qu'ils ne devraient pas selon le modèle. Un dernier argument vient contredire le modèle : si de nombreux allocataires au chômage ne retrouvent pas d'emploi, c'est essentiellement pour des raisons étrangères à une dissuasion financière. Certes, l'analyse des refus de propositions d'embauche des allocataires du RMI montre que la trop faible rémunération est un motif de refus pour une partie des allocataires (16 %). Cependant, l'importance de ce motif doit être mesurée à l'aune des autres raisons évoquées par les allocataires : les horaires et conditions de travail (22 %), les problèmes

20. Depuis 1988, des mécanismes d'intéressement ont été instaurés pour inciter les bénéficiaires du RMI, puis de l'API, à reprendre un emploi. Ces dispositifs, forfaitaires ou proportionnels, ne dépassaient pas la durée d'un an.

21. Danièle Guillemot, Patrick Pétour, Héliane Zajdela, « Trappe à chômage ou trappe à pauvreté. Quel est le sort des allocataires du RMI ? », *Revue économique*, vol. 53, n° 6, novembre 2002, p. 1244.

22. François Dubet et Antoine Vérétoit, « Une "réduction" de la rationalité de l'acteur. Pourquoi sortir du RMI ? », *Revue française de sociologie*, vol. 42, n° 3, juillet-septembre 2001, p. 426.



de garde d'enfants (19 %), les problèmes de transport (18 %) et l'inadaptation de la qualification (17 %) ²³. Surtout, il ressort des enquêtes que les allocataires du RMI au chômage recherchent tout aussi activement un emploi que les autres chômeurs ²⁴. Finalement, les adeptes du modèle de la trappe semblent ignorer le fait que la cause du chômage des allocataires du RMI réside essentiellement dans l'insuffisance de la demande de travail émanant des employeurs.

La trappe à pauvreté

Certains auteurs emploient aussi l'expression de « trappe à pauvreté ». Ce concept a un champ d'application plus large que les deux précédentes trappes : il s'applique aux personnes exerçant ou non un emploi, dont les revenus sont inférieurs au seuil de pauvreté. C'est un choix rationnel qui conduirait les personnes piégées dans cette trappe à ne pas travailler ou à ne pas augmenter leur temps de travail. La situation des inactifs et des chômeurs ayant été analysée précédemment, reste à analyser la situation des allocataires qui occupent un emploi.

Les emplois occupés par les allocataires du RMI sont, dans leur immense majorité, des emplois à temps partiel et ce temps de travail est le plus souvent contraint : la proportion d'allocataires qui souhaitent travailler davantage varie de 63 % pour les couples sans enfant à 90 % pour les parents isolés ²⁵. Si les allocataires du RMI qui occupent un emploi demeurent sous le seuil de pauvreté ce n'est donc pas en raison d'un choix rationnel. L'origine de la pauvreté laborieuse est à rechercher dans la multiplication d'emplois dont la rémunération s'avère insuffisante pour vivre décemment, et plus particulièrement dans le développement du travail à temps partiel : parmi les salariés qui travaillent toute l'année à temps partiel, 38 % ont un revenu inférieur au seuil de pauvreté ²⁶.

23. Thomas Deroyon, Marie Hennion-Aouriri, Gautier Maigne, Layla Ricroch, « L'influence des incitations financières sur le retour à l'emploi des bénéficiaires de minima sociaux », *Les cahiers de la DGTPPE*, n° 2009-10, juillet 2009, tabl. 12, p. 23.

24. Laurence Rioux, « Recherche d'emploi et insertion professionnelle des allocataires du RMI », *Économie et statistique*, n° 346-347, 2001 - 6/7, pp. 16-17.

25. Christel Collin, « Les ressources des allocataires du RMI : le rôle majeur des prestations sociales », *Études et résultats*, n° 62, mai 2000, p. 7.

26. Sophie Ponthieux et Émilie Raynaud (Insee), « Les travailleurs pauvres » in *Les travaux de l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale 2007-2008*, La documentation française, 2008, p. 177. Sont prises en compte les ressources de l'individu et non du ménage. Le seuil de pauvreté retenu est 60 % du revenu médian, soit 805 euros par mois en 2005, année sur laquelle porte cette étude. En 2007, le seuil de pauvreté était de 905 euros. Sur le développement du travail à temps partiel voir Valérie Ulrich et Serge Zilberman, « De plus en plus d'emplois à temps partiel au cours des vingt-cinq dernières années », *Premières synthèses*, DARES, n° 39.3, septembre 2007.

1

LES ÉVOLUTIONS
DE LA PROTECTION
SOCIALE

Or un dispositif comme le RSA, en complétant les très bas salaires, risque de favoriser le recours à ce type d'emploi, ou tout au moins, ne pas inciter les employeurs à en augmenter la durée et la rémunération. Martin Hirsch avait admis l'existence d'un tel risque dans son rapport qui préconisait l'instauration du RSA : « Cette politique ne doit pas conduire à déstructurer l'emploi par la promotion d'un temps partiel mal maîtrisé. Nous pensons que les modalités de pénalisation du temps partiel à très petite durée devraient être étudiées par le gouvernement, lorsque ce temps partiel ne s'inscrit pas dans un processus de réinsertion encadré²⁷ ». Les sanctions, tels de moindres allègements de cotisations sociales un temps évoqués, n'ont jamais été mises en place. Le risque est toutefois réel eu égard aux résultats de l'enquête sur les expérimentations du RSA : dans les zones tests, c'est-à-dire les zones où le RSA fut expérimenté, 11 % des allocataires travaillaient au plus neuf heures par semaine, contre 6 % en zones témoins²⁸. Parallèlement, les salaires étaient plus faibles dans les zones tests, où seulement 31 % des personnes en emploi percevaient au moins 1 000 euros, contre 40 % en zones témoins.

En conclusion, le modèle de la dépendance rationnelle, censé démontrer que par un arbitrage rationnel entre emploi et non-emploi, certaines personnes préfèrent l'assistance au travail, n'est pas fondé dans le cas des allocataires du RMI. S'appuyant sur les résultats de ses recherches, Lawrence M. Mead affirme que la démotivation financière à reprendre un emploi, induite par la protection sociale, « est étonnamment sans importance²⁹ ». Cet auteur ne rejette cependant pas l'existence d'une dépendance à l'assistance : il s'inscrit dans un autre type de modèle, le modèle de la dépendance psychologique.

III. Le modèle de la dépendance psychologique³⁰

Dans les années 1980, Lawrence M. Mead développa une des versions les plus abouties du modèle de la dépendance psychologique :

27. Martin Hirsch, lorsqu'il présidait la Commission familles, vulnérabilité, pauvreté : *Au possible, nous sommes tenus : la nouvelle équation sociale*, avril 2005, p. 35.

28. Les zones témoins sont les zones situées dans le même département et présentant des caractéristiques proches, du point de vue du marché du travail et de l'insertion professionnelle des bénéficiaires, des zones où le RSA fut expérimenté. Virginie Fabre et Olivia Sautory, *Enquête sur les expérimentations du RSA : premiers résultats*, document de travail, DREES, n° 87, avril 2009, p. 5 et 7.

29. Lawrence M. Mead, *From Welfare to Work : Lessons from America*, London, Institute of Economic Affairs, 1997, cité in Ivar Lødemel et Heather Trickey, « *An Offer You Can't Refuse : Workfare in International Perspective* », Bristol, Policy Press, 2000, p. 20.

30. D. T. Ellwood parle de l'*expectancy model*, expression difficilement traduisible, si ce n'est par « modèle de l'attente ». Quant à Ivar Lødemel et Heather Trickey, ils emploient l'expression *psychosocial model* dans « *An Offer You Can't Refuse* » : *Workfare in International Perspective*, Bristol, Policy Press, 2000, p. 19.



les pauvres « veulent travailler en principe mais pensent qu'ils ne le peuvent pas en pratique³¹ » écrivait le politologue américain. Les effets pervers de l'assistance se traduisent, dans ce modèle, par un sentiment de perte de confiance en soi qui s'installe dans le for intérieur des allocataires. Une sortie de l'assistance leur paraît irréaliste, certains pensent même ne plus avoir de maîtrise sur leur devenir. Finalement, ils perdent la motivation nécessaire à la recherche d'emploi et deviennent dépendants de l'assistance.

Les propos tenus par d'anciens allocataires du RMI confirment l'existence de ces effets délétères. Une fois sortis du dispositif d'assistance, certains évoquent « cette fatigue qui les clouait dans l'apathie et dans la solitude », d'autres disent avoir « touché le fond de la solitude, de l'humiliation et du désespoir ». Pour ces personnes, le retour à l'emploi est synonyme d'une dignité et d'une autonomie retrouvées. Si ces propos confirment le fait que l'assistance peut avoir des effets néfastes sur le moral des allocataires, ils ne prouvent en rien que les individus se situent dans un rapport de dépendance avec l'assistance. D'ailleurs, les allocataires interrogés présentent ces effets pervers comme une raison qui les incite à « tout faire » pour sortir du dispositif, même si cela doit les conduire à accepter un emploi particulièrement difficile ou qui ne leur procure pas de nets gains financiers³².

Le modèle psychologique présente l'intérêt d'aller plus loin que la simple dissuasion financière qui caractérise le modèle rationnel. Cependant, il est moins bien défini et donc particulièrement difficile à évaluer. Cette difficulté d'évaluation provient aussi du fait que l'ampleur des effets pervers ici dénoncés est très liée aux parcours individuels et aux échecs personnels ou professionnels qu'ont pu vivre les allocataires.

Le modèle psychologique est surtout un prétexte pour la mise en place de politiques visant à responsabiliser les pauvres. Pour faire sortir les allocataires de leur dépendance, Lawrence M. Mead souhaite que les autorités leur inculquent un « sens des responsabilités³³ ». Pour Mead, ce sens des responsabilités est une qualité individuelle mais les allocataires ne peuvent le développer seuls : l'intervention de l'État est indispensable.

31. Lawrence M. Mead, *From Welfare to Work : Lessons from America*, London, Institute of Economic Affairs, 1997, p. 130.

32. François Dubet et Antoine Véréout, « Une "réduction" de la rationalité de l'acteur. Pourquoi sortir du RMI ? », *Revue française de sociologie*, vol. 42, n° 3, juillet-septembre 2001, pp. 425-426.

33. Lawrence M. Mead, *Beyond Entitlement : The Obligations of Citizenship*, New York, Free Press, 1986, p. 10.

1

LES ÉVOLUTIONS
DE LA PROTECTION
SOCIALE

Comme le note un économiste américain, l'État qu'appelle de ces vœux Mead est un État paternaliste qui assimile les bénéficiaires d'assistance aux enfants que l'on oblige à aller à l'école³⁴.

C'est pour responsabiliser les allocataires que Mead préconise de conditionner l'assistance à une obligation de travail. De tels dispositifs, dénommés *workfare*, ont été mis en place aux États-Unis à partir des années 1970³⁵. Du discours de Mead transparaît une culpabilisation des personnes victimes de la pauvreté. Conscient que ce type de critique pourrait lui être adressé, le politologue américain fait tout pour s'en démarquer, au prix d'une certaine contorsion intellectuelle : le gouvernement ne doit pas « culpabiliser » les pauvres, nous explique-t-il, mais « les convaincre de se culpabiliser eux-mêmes³⁶ ».

Une autre théorie est avancée pour remettre en cause la protection sociale des plus pauvres : le modèle de la dépendance culturelle à l'assistance.

IV. Le modèle de la dépendance culturelle

Au début des années 1960, Oscar Lewis introduit en anthropologie le concept controversé de « culture de pauvreté ». Pour l'anthropologue américain, cette culture est « tout à la fois une adaptation et une réaction des pauvres à leur position marginale dans une société à classes stratifiées, hautement individualisée et capitaliste. Elle représente un effort pour faire face aux sentiments de désespoir qui naissent quand les pauvres comprennent à quel point il est improbable qu'ils parviennent à la réussite telle qu'elle se conçoit d'après les valeurs et les objectifs de la société au sein de laquelle ils vivent³⁷ ». Cependant, à aucun moment, Lewis affirme que cette culture particulière est à l'origine de la pauvreté ; elle est un facteur de reproduction de la pauvreté parmi d'autres.

L'idée selon laquelle le développement d'une certaine culture explique le maintien des individus dans la pauvreté et dans l'assistance est au cœur de nombreuses théories que l'on peut réunir au sein d'un modèle de

34. Joel F. Handler, *Social Citizenship and Workfare in the United States and Western Europe : The Paradox of Inclusion*, Londres, Cambridge University Press, 2004, p. 140.

35. Pour une analyse de ces dispositifs voir Aurélien Purière, *Assistance sociale et contrepartie, actualité d'un débat ancien*, Paris, L'Harmattan, 2009.

36. Lawrence M. Mead, *Beyond Entitlement : The Obligations of Citizenship*, New York, Free Press, 1986, p. 10.

37. Oscar Lewis, *La Vida. Une famille portoricaine dans une culture de pauvreté : San Juan et New York*, Paris, Gallimard, 1969 (éd. originale 1965), p. 802.



dépendance culturelle. Selon ces théories, les bénéficiaires de l'assistance ne peuvent plus sortir de leur condition d'« assisté » car ils ont développé des comportements, des modes de vie ou croient en des valeurs qui se démarquent trop des personnes qui travaillent. Au sein du modèle culturel, la théorie de l'*underclass* occupe une place toute particulière.

L'underclass

Ce concept se diffuse dans l'opinion publique américaine lorsque le magazine *Time* lui consacre sa couverture en 1977. L'*underclass* y est décrite comme un groupe comprenant pêle-mêle « des jeunes en situation d'échec scolaire, des délinquants, des drogués et des mères assistées » tous responsables « d'une grande partie de la criminalité adulte, de la déstructuration familiale, de la dégradation urbaine et des dépenses sociales³⁸ ». Suite à une série d'articles, le journaliste Ken Auletta publie en 1982 un ouvrage qui connaît un grand succès : *The Underclass*. Dans sa description de l'*underclass*, on trouve en bonne place, parmi les criminels, alcooliques et autres malades mentaux, les « pauvres passifs, le plus souvent socialement assistés de longue date³⁹ ». Ce qui fonde la spécificité de ce groupe hétéroclite n'est pas le manque de ressources matérielles, mais un mode de vie et des comportements déviants.

L'approche écologique

Le modèle culturel se décline aussi en une approche écologique : des valeurs différentes de celles considérées comme dominantes se développeraient, puis se figeraient chez les personnes pauvres vivant dans un milieu spécifique, isolées du reste de la population et repliées sur elles-mêmes. Certains auteurs expliquent par exemple qu'au sein des ghettos urbains l'assistance et le trafic de drogue sont devenus « deux manières normales de gagner sa vie⁴⁰ ». Cette représentation figée de la pauvreté

38. *Time*, 29 août 1977 cité in Didier Fassin, « Exclusion, underclass, marginalidad. Figures contemporaines de la pauvreté urbaine en France, aux États-Unis et en Amérique latine », *Revue française de sociologie*, vol. 37, n° 1, janvier-mars 1996, p. 47.

39. Ken Auletta cité in Didier Fassin, « Exclusion, underclass, marginalidad. Figures contemporaines de la pauvreté urbaine en France, aux États-Unis et en Amérique latine », *Revue française de sociologie*, vol. 37, n° 1, janvier-mars 1996, p. 49.

40. Les auteurs en question sont Charles Murray et Lawrence M. Mead. Voir François-Xavier Merrien, « État-providence et lutte contre l'exclusion » in Serge Paugam (dir.), *L'exclusion, l'état des savoirs*, Paris, La découverte, 1996, p. 423.

1
LES ÉVOLUTIONS
DE LA PROTECTION
SOCIALE

est contredite par plusieurs enquêtes qui montrent que si les bénéficiaires d'une allocation ou les petits trafiquants en question se voient offrir la possibilité d'occuper un emploi stable comme moyen de subsistance, ils choisissent cette option plutôt que l'assistance ou le trafic de drogue. À titre d'exemple, le sociologue Philippe Bourgois a montré que des vendeurs de crack d'un quartier portoricain de New York caressaient simplement le rêve d'occuper un « emploi légal, stable et bien payé », à l'image de l'un deux qui s'exprimait en ces termes : « j'veux vraiment bosser réglo ⁴¹ ».

La transmission intergénérationnelle

Au cœur des théories de la dépendance culturelle, se trouve souvent l'idée que la pauvreté et le bénéfice de l'assistance sont transmis de génération en génération en raison des valeurs que communiquent les parents à leurs enfants. Après avoir analysé les résultats de plusieurs études, D. T. Ellwood ⁴² conclut qu'il existe une certaine transmission intergénérationnelle de l'assistance. Une enquête américaine montre par exemple que 65 % des femmes noires élevées dans des familles bénéficiant d'assistance ont, à l'âge adulte, reçu une aide, alors que ce chiffre n'est que de 47 % pour les femmes noires élevées dans des familles ne recevant aucune assistance. Ces chiffres sont respectivement de 46 % et 11 % pour les femmes blanches ⁴³.

Ces résultats constituent une condition nécessaire mais pas suffisante pour démontrer qu'une « culture de l'assistance » en est à l'origine. En effet, de nombreux facteurs expliquent le phénomène de reproduction de la pauvreté et du bénéfice de l'assistance. Les enfants élevés dans des familles pauvres sont susceptibles de souffrir de toutes sortes d'obstacles dans leur développement. Parmi les obstacles à leur réussite scolaire, figurent notamment des conditions de vie défavorables comme le surpeuplement du logement ou la ségrégation spatiale des logements sociaux qui conduit à des écoles et des collèges où se concentrent des enfants en difficulté.

41. Philippe Bourgois, *En quête de respect : le crack à New York*, Paris, Éditions du Seuil, 2001, p. 151.

42. David T. Ellwood, « Understanding dependency » in David T. Ellwood et Mary Jo Bane, *Welfare Realities : From Rhetoric to Reform*, Harvard University Press, Cambridge, Massachusetts, 1994, pp. 92-94.

43. Martha Hill et Michael Ponza, « Does Welfare Dependency Beget Dependency ? », Institute for Social Research, Ann Arbor, Mich. Mimeo, 1986 in David T. Ellwood, « Understanding dependency », *op. cit.*, pp. 92-93.




L'idée d'une dépendance culturelle est cependant reprise par Charles Murray au début des années 1980 dans sa célèbre attaque contre les politiques sociales américaines. Murray écrit que « les nouveaux héros du ghetto sont ceux qui jouent avec le système ⁴⁴ ». La solution qu'il préconise pour remédier au problème de la dépendance est radicale : il ne faut pas aménager un dispositif de contrepartie, de *workfare*, mais mettre un terme aux politiques sociales traditionnelles, mettre un terme au *welfare*.

En résumé, les modèles psychologique ou culturel ne présentent pas de fondements théoriques solides. Quant au modèle rationnel, il doit être relativisé à l'aune de son évaluation empirique.

Le point commun de ces trois modèles est de rechercher, explicitement ou implicitement, la cause de la pauvreté dans le comportement individuel des pauvres. Ainsi, ces théories omettent le fait que la responsabilité de la pauvreté est d'abord collective et que sa cause principale est le chômage de masse qui caractérise notre société. Les conséquences de la crise économique actuelle sont là pour nous le rappeler.

44. Charles Murray, *Losing Ground : American Social Policy*, New York, Basic Books, 1984 cité in Ivar Lødemel et Heather Trickey, « *An Offer You Can't Refuse : Workfare in International Perspective* », Bristol, Policy Press, 2000, p. 20.



L'allocation de solidarité spécifique, une allocation à la croisée de l'indemnisation du chômage et de la solidarité nationale

Laetitia Tailliez

Chargée de mission à la délégation générale à l'emploi et à la formation professionnelle
Ministère du Travail, de la Solidarité et de la Fonction Publique

Les débats des premiers mois de cette année relatifs aux propositions offertes aux demandeurs d'emploi, exceptionnellement nombreux du fait de la crise économique, en fin d'indemnisation par l'assurance chômage, ont remis la question du rôle de l'Allocation de solidarité spécifique (ASS) au cœur des discussions publiques. À cette occasion, de nombreux partenaires sociaux ont ainsi appelé une évolution des paramètres de cette allocation, entendue comme le dernier palier d'indemnisation du chômage.

Un lien étroit est, en effet, établi depuis vingt-six ans entre l'allocation d'aide au retour à l'emploi et l'ASS, aujourd'hui attribuée à près de 400 000 demandeurs d'emploi. C'est en 1984 que, pour distinguer strictement la participation financière de l'État à l'indemnisation du chômage de celle des partenaires sociaux, le législateur a institué l'allocation, et l'a dotée d'une nature juridique similaire aux aides alors versées par le régime d'assurance chômage.

Cependant, la construction progressive des revenus de solidarité nationale, avec notamment la création en 1988 du Revenu minimum d'insertion (RMI), a modifié le positionnement de l'ASS, posant simultanément la question de sa place dans le panorama des minima sociaux.

C'est ainsi que si la fonction de l'ASS vis-à-vis des demandeurs d'emploi indemnisés est interpellée dans les phases de crise économique, son identité est quant à elle questionnée dans l'objectif d'une simplification des minima sociaux.

Pour cette raison, une définition précise et rigoureuse de l'ASS constitue un enjeu important, d'autant plus marqué que la loi généralisant le Revenu de solidarité active (RSA), s'inscrivant dans la continuité de nombreux travaux, pose obligation au gouvernement d'élaborer pour le Parlement un rapport sur les conditions d'intégration de cette allocation au RSA.



Dans ce contexte, il semble aujourd'hui nécessaire de s'interroger sur la fonction de l'ASS : dans quelle mesure l'ASS peut-elle, en effet, avoir une spécificité propre qui la positionne à la croisée de la stricte indemnisation du chômage et des minima sociaux relevant de la solidarité nationale ?

S'il est indispensable de cerner précisément les relations étroites entre l'ASS et le régime d'assurance chômage (I), il s'avère aussi intéressant de relever son caractère hybride, dont les contours peuvent l'assimiler à un minimum social (II).

I. L'ASS, deuxième palier de l'indemnisation du chômage

A. Un revenu de remplacement spécifique aux demandeurs d'emploi en fin de droits

1. *La volonté de distinguer strictement la contribution de l'État et celle des partenaires sociaux dans l'indemnisation des demandeurs d'emploi*

L'ASS a été instituée par l'ordonnance n° 84-106 du 16 février 1984 relative au revenu de remplacement des travailleurs involontairement privés d'emploi, qui s'inscrit dans la suite de la loi n° 83-1094 du 20 décembre 1983, ayant autorisé le Gouvernement à prendre, dans les conditions posées par l'article 38 de la Constitution, toutes les mesures nécessaires pour assurer la continuité du service des prestations d'indemnisation.

Ce nouveau cadre juridique pose les bases d'une architecture rénovée soutenue à partir de 1984, par le régime d'assurance chômage et par le régime de solidarité centré notamment autour de l'ASS.

Cette conception de l'assurance chômage répondait au désaccord profond entre le Gouvernement et les partenaires sociaux, ces derniers refusant d'augmenter le montant des contributions pour supporter la hausse marquée du nombre de travailleurs involontairement privés d'emploi.

L'État signifiait ainsi sa volonté de dissocier strictement son financement au régime d'assurance chômage, assuré depuis 1982 par la contribution exceptionnelle de solidarité. L'article L. 351-12 du Code du travail précisait dans ce sens : « *Le financement du régime national inter-*

1

LES ÉVOLUTIONS
DE LA PROTECTION
SOCIALE

professionnel d'aide aux travailleurs privés d'emploi est assuré, d'une part, par une contribution des employeurs et des salariés (...) et, d'autre part, par une subvention forfaitaire et globale de l'État (...). La subvention de l'État suit, à régime constant et à nombre d'allocataires constant, la même évolution que la contribution globale des employeurs et des salariés (...). Lorsque les dépenses sont supérieures aux recettes envisagées (...) le complément des ressources est obtenu pour les deux tiers par un relèvement de la contribution des employeurs et des salariés et, pour un tiers, par un accroissement de la subvention de l'État. »

Compromis entre le refus de participer au financement du régime interprofessionnel d'assurance chômage et la volonté de soutenir les demandeurs d'emploi, l'ordonnance de 1984 institue un régime de solidarité distinct, dont le rouage premier est l'ASS, nouvelle allocation destinée à celles des personnes indemnisées dont les droits arrivaient à terme.

L'indemnisation du chômage ne se définissait ainsi plus autour d'un régime unique mais était désormais fondée sur différents revenus de remplacement au titre desquels les allocations d'assurance étaient ainsi complétées par les allocations de solidarité. En outre, l'ordonnance de 1984 instituait l'ASS (nouvel art. L. 351-6-1, recodifié par l'ordonnance n° 84-198 du 21 mars 1984 créant une section distincte « régime de solidarité »), allocation allouée aux chômeurs de longue durée qui ont épuisé leurs droits aux allocations d'assurance¹ et qui satisfont des conditions d'activité antérieure et de ressources.

2. Une nature juridique similaire à l'allocation d'aide au retour à l'emploi

L'ASS est définie par le législateur comme un revenu de remplacement. Le Code du travail l'intègre ainsi dans la partie consacrée à l'indemnisation du chômage (précisément dans la section « régime de solidarité »). Elle est, dans ce sens, dotée des caractéristiques propres à un tel revenu.

- Le bénéficiaire

En vertu de l'article L. 5422-1 du Code du travail et par similitude avec la réglementation applicable aux allocataires du régime d'assurance chômage, le bénéficiaire doit être un travailleur involontairement privé d'emploi, apte à l'emploi et s'inscrivant dans une recherche active d'emploi (notamment par le biais du projet personnalisé d'aide à l'emploi). Il doit,

1. C'est-à-dire en vertu de l'article L. 351-5-1 du Code du travail : a) allocation de base (...) b) allocation de fin de droits.



ce qui découle de la finalité poursuivie par l'allocation, avoir épuisé ses droits à l'Allocation d'aide au retour à l'emploi (ARE) ou à l'Allocation pour les demandeurs d'emploi en formation (AFDEF). Deux exceptions ont néanmoins été aménagées par le législateur :

- les demandeurs d'emploi âgés de plus de cinquante ans peuvent opter pour la perception de l'allocation à la place de l'ARE, dès lors qu'ils remplissent les conditions d'expérience professionnelle antérieure et de ressources (art. L. 5423-2 du Code du travail). Un tel choix ne se constate que si le montant d'ASS est supérieur à celui de l'ARE éventuellement perçue ;
- les artistes non salariés, s'ils ne peuvent prétendre à l'ARE mais s'ils remplissent les autres conditions, peuvent bénéficier de l'ASS.

De manière connexe, et pour se calquer sur les règles du régime d'assurance chômage, le législateur a posé comme âge minimal dix-huit ans et comme âge maximal soixante ans (âge légal pour pouvoir liquider ses droits à la retraite). De plus, s'il n'est pas nécessaire que le bénéficiaire ait la nationalité française, il doit néanmoins avoir sa résidence sur le territoire français.

- Le régime fiscal et social

Contrairement aux « allocations, indemnités et prestations servies (...) par l'État » (régies par l'art. 81-9° du Code général des impôts), l'ASS est, au même titre que l'ARE, soumise à l'impôt sur le revenu dans la rubrique « traitements et salaires » (art. 79 du Code général des impôts). En outre, l'ASS est, en application de l'article L. 136-2-III-1° du Code de la Sécurité sociale, soumise en droit à la CSG et à la CRDS, mais en fait son montant étant inférieur au seuil d'exonération, aucun prélèvement n'est réalisé.

Le traitement de l'ASS par rapport à la validation des trimestres d'assurance vieillesse, similaire à l'ARE, induit un avantage certain pour les bénéficiaires. Alors qu'un demandeur d'emploi qui perçoit le RSA a droit à la validation de quatre trimestres maximum, l'allocataire de l'ASS bénéficie de la validation de l'ensemble des trimestres durant lesquels l'ASS lui est versée au titre de la retraite de base et des retraites complémentaires (art. 351-12-4° du Code de la Sécurité sociale). Le financement est assuré par le fonds de solidarité vieillesse (au titre du régime de base, la dépense s'élevait pour 2008 à 866 millions d'euros).

La protection assurance maladie relève, enfin, de la Caisse dont l'allocataire dépendait lorsqu'il était salarié.

1

LES ÉVOLUTIONS
DE LA PROTECTION
SOCIALE

- La gestion de l'allocation est confiée à Pôle Emploi

Issu de la fusion du réseau de l'assurance chômage et de l'ANPE, Pôle Emploi s'est vu confié par le législateur la mission d'assurer pour le compte de l'État le service des allocations de solidarité. Il s'est ainsi substitué à l'Unédic, qui assurait cette mission antérieurement. Les modalités de gestion de l'ASS, au même titre que celles des autres dispositifs, sont fixées par conventions conclues entre l'État et Pôle Emploi (et qui prévoient des frais de gestion).

Il s'avère que Pôle Emploi a une connaissance accrue des futurs bénéficiaires de l'ASS, puisque ceux-ci percevaient antérieurement l'allocation d'aide au retour à l'emploi.

Dans l'optique d'une continuité de l'indemnisation, Pôle Emploi a par ailleurs l'obligation d'informer l'ensemble des demandeurs d'emploi arrivant au terme de leurs droits de leur possibilité de solliciter le bénéfice de l'ASS.

- L'accompagnement des bénéficiaires : l'offre de service de Pôle Emploi

Lorsqu'un demandeur d'emploi bénéficie de l'ASS, Pôle Emploi doit l'accompagner dans sa démarche de reprise d'activité. À ce titre, une offre large de mesures peut être mobilisée par le conseiller (aide au permis de conduire, formation, ateliers, aide à la mobilité...).

À l'inverse des bénéficiaires du RSA pour lesquels le conseil général peut solliciter de Pôle Emploi des actions propres à renforcer l'insertion professionnelle (moyennant des ressources complémentaires), l'accompagnement de l'allocataire de l'ASS s'inscrit dans l'offre de droit commun de Pôle Emploi.

B. L'allocation principale du régime de solidarité

Si la nature juridique de l'ASS est semblable à celle de l'allocation d'aide au retour à l'emploi, son montant, ainsi que les conditions d'ouverture, peut l'incliner vers la sphère des revenus relevant de la solidarité nationale, ce qui est renforcé par son financement par le Fonds de solidarité.

1. Des conditions d'ouvertures strictement définies

- Un montant maximal

Contrairement aux modalités de calcul de l'ARE, le montant versé de l'ASS n'est pas lié au salaire antérieurement perçu par le demandeur. Il varie, au contraire, selon les ressources du demandeur (auxquelles sont ajoutées éventuellement certaines ressources du conjoint).



Le montant de l'allocation est fixé par voie réglementaire chaque année, la revalorisation retenue suivant l'indice des prix prévisionnel à la consommation. Pour 2010, le montant journalier maximum de l'ASS s'élève à 15,14 €, soit en moyenne 460,51 € par mois.

Les modalités de calcul sont telles que l'ASS n'est pas automatiquement versée de manière différentielle. Elle peut donc être allouée à taux plein jusqu'à ce que les ressources de l'allocataire atteignent 605 € s'il vit seul (ASS × 40) ou 1 211 € s'il vit en couple (ASS × 80). Le bénéficiaire perçoit une allocation différentielle lorsque ces ressources sont comprises entre ces seuils et le montant des ressources « plafond » à respecter pour s'ouvrir droit à l'allocation.

- Une allocation soumise à une condition de ressources

Pour prétendre au bénéfice de l'ASS, le demandeur doit respecter un plafond de ressources égal à :

- 1 060 € environ s'il vit seul (ASS × 70) ;
- 1 665 € environ s'il vit en couple (ASS × 110).

Le plafond à respecter par la personne en couple a été réformé en 1997, étant abaissé de 140 fois le montant journalier de l'ASS à 110 fois.

La période de référence retenue s'étend sur les douze derniers mois précédant le dépôt de la demande, la déclaration d'impôt sur le revenu faisant foi. Les revenus pris en compte sont, en effet, ceux déclarés à l'administration fiscale pour le calcul de l'impôt sur le revenu, ce qui permet d'écarter les prestations familiales, les allocations de logement, les rentes d'accident du travail.

- La condition des cinq ans d'activité professionnelle antérieure

L'exigence d'une durée minimale d'activité professionnelle salariée antérieure est une des spécificités fondamentales de l'ASS (il est possible néanmoins d'examiner un mécanisme proche dans le prochain RSA instauré pour les jeunes âgés de 18 à 25 ans). Le demandeur d'emploi, pour bénéficiaire de l'ASS, doit en effet justifier de cinq ans d'activité professionnelle salariée durant les dix ans précédant la fin du contrat de travail ayant permis l'ouverture des droits à l'Allocation d'aide au retour à l'emploi (ARE). Depuis 1997, les périodes de chômage indemnisé ne sont plus, par ailleurs, assimilées à ces expériences professionnelles. Comme pour le calcul du droit à l'ARE, la durée est calculée en jours. L'activité peut avoir été accomplie dans le secteur public ou privé, en France ou dans un pays de l'Union européenne, de l'espace économique européen ou en Suisse. Par exception,

1

LES ÉVOLUTIONS
DE LA PROTECTION
SOCIALE

cette durée n'est pas appliquée selon les mêmes exigences pour certaines catégories de travailleurs (dockers, marins pêcheurs, artistes non salariés).

Pour assortir cette condition d'une certaine souplesse nécessaire à la prise en considération des parcours individuels, sont assimilées à de l'activité :

- les périodes de prise en charge par la Sécurité sociale ;
- les périodes de formation professionnelle ;
- les périodes de service national ;
- les périodes d'assistance à un handicapé.

La durée exigée peut également être réduite d'un an lorsque le bénéficiaire a cessé son activité professionnelle pour élever un enfant.

De fait, la condition de l'expérience professionnelle antérieure induit que les allocataires justifient d'une carrière professionnelle suffisamment longue et soient donc pour la majorité âgés de plus de trente-cinq ans.

2. Le financement de l'ASS, garanti par l'État

Conséquence directe de la volonté de l'État de distinguer strictement sa participation à l'indemnisation du chômage, la création des allocations du régime de solidarité a réorienté l'affectation de la contribution exceptionnelle de solidarité, auparavant destinée au régime d'assurance, au financement de ces allocations.

Depuis 1984, le Fonds de solidarité, établissement public administratif créé en 1982 pour collecter la contribution exceptionnelle de solidarité instituée la même année et prélevée sur la rémunération des agents du secteur public, a pour mission de financer les allocations du régime de solidarité (art. L. 5423-24, L. 5423-25, L. 5423-26 et L. 5423-27 du Code du travail).

Le poids de l'ASS au sein de la dépense totale du Fonds de solidarité représente plus de la moitié des affectations : l'ASS représentait en 2008 un budget de 1,7 milliard d'euros (ce qui couvre environ 330 000 bénéficiaires), alors que l'ensemble du budget du Fonds de solidarité était de 3 milliards d'euros environ.

L'État finance indirectement le régime de solidarité, en versant chaque année une subvention au Fonds de solidarité, d'environ 1,5 milliard d'euros, ce qui représente l'une des plus importantes dépenses du programme 102 « accès et retour à l'emploi », dont le responsable est le délégué général à l'emploi et à la formation professionnelle.

En outre, depuis 2009, une part de la taxe sur les droits tabacs (1,25 %) est affectée au Fonds de solidarité (environ 115 millions d'euros).



L'ensemble de ces conditions, ainsi que la parenté forte avec le régime d'assurance chômage, illustrent la logique individuelle de l'allocation. Le dispositif n'est ainsi pas ouvert à un foyer, mais à un demandeur d'emploi.

Cependant, le financement par l'État ainsi que les conditions liées aux ressources permettent d'envisager un rapprochement avec les mécanismes propres aux minima sociaux.

II. La place avérée de l'ASS dans la sphère des minima sociaux

Conçue en 1984 comme un pilier complémentaire à l'indemnisation du chômage assurée par le régime national interprofessionnel d'aide aux travailleurs privés d'emploi, l'ASS était destinée à supporter les demandeurs d'emploi en fin de droits jusqu'à ce qu'ils entrent de nouveau sur le marché du travail.

Deux facteurs majeurs impactent ce rôle initial : d'une part, le constat d'un chômage structurel établi et d'autre part, la création du revenu minimum d'insertion.

A. Des mécanismes proches des minima sociaux

1. Une durée d'attribution qui n'est pas limitée

L'attribution de ASS, initialement pour une période de 182 jours, soit six mois, peut être renouvelée à l'issue de cette période, dès lors que le bénéficiaire remplit toujours les conditions.

Pour clarifier une éventuelle proximité avec le revenu minimum d'insertion, l'évolution de l'ASS, pour en limiter la durée de perception, pouvait être considérée comme une réponse adéquate. C'est ainsi qu'en 2003, une réforme a introduit une limitation à trois ans de la durée de perception de l'allocation. Cependant, si elle induisait une meilleure lisibilité de l'articulation des dispositifs, cette réforme emportait des éventuelles dégradations

1

LES ÉVOLUTIONS
DE LA PROTECTION
SOCIALE

de la situation de certains allocataires. C'est pourquoi, elle fut suspendue par le Président de la République en 2004.

Dès lors, l'ASS conserve le statut d'une allocation pouvant, au même titre que le RMI et aujourd'hui le RSA, être versée sans limite de durée tant que l'allocataire remplit les conditions permettant d'ouvrir le droit.

2. *Des droits connexes liés au statut de bénéficiaire de minima sociaux*

En parallèle de la validation des trimestres d'assurance vieillesse et de la couverture par le régime d'assurance maladie, liées à la nature de revenu de remplacement de l'ASS, des droits connexes au statut de bénéficiaire d'un minimum social sont prévus. Ainsi en est-il de la réduction sociale téléphonique, qui induit une tarification moindre pour les bénéficiaires de l'ASS.

De manière complémentaire, un éventail d'offres spécifiques est mobilisé par les collectivités territoriales, comme par exemple la gratuité des transports en commun en Ile-de-France.

72

3. *La distance à l'emploi des allocataires*

Des publications récentes² mettent en exergue la distance à l'emploi des bénéficiaires de l'ASS, qui tend à se rapprocher de l'éloignement constaté pour les bénéficiaires de minima sociaux, tels que le RMI et aujourd'hui le RSA.

L'éloignement à l'emploi des allocataires de l'ASS est un facteur d'autant plus important dans la gestion du dispositif, que plus de la moitié de ces bénéficiaires sont âgés de plus de 50 ans. Ainsi, les caractéristiques liées à l'âge, l'état de santé, la situation familiale et le lieu de résidence constituent des obstacles certains à la reprise d'activité.

4. *Des mécanismes d'intéressement propres aux bénéficiaires de minima sociaux*

Le retour à l'emploi des bénéficiaires de l'ASS constitue un axe fort du dispositif : c'est la finalité première du revenu de remplacement de dépasser la fonction d'assistance et de constituer un enjeu de dynamisation du parcours professionnel.

2. Voir notamment « Sortie des minima sociaux et accès à l'emploi », Études et résultats n° 567, avril 2007, DREES.



Dans ce sens, l'ASS peut continuer à être versée au demandeur d'emploi qui s'inscrit dans une action de formation qualifiante. L'objectif est, ainsi, de le soutenir financièrement durant cette phase de mobilisation vers l'emploi.

L'ASS peut aussi être accordée durant une période de reprise d'emploi (art. R. 5425-1 du Code du travail). Les mécanismes d'intéressement à la reprise d'activité, qui permettent un maintien de l'allocation, visent ainsi à favoriser la reprise d'activité de bénéficiaires, qui, pour une partie, sont éloignés du marché de l'emploi. Le dispositif se décline en deux branches, déclinées selon la durée de travail et la nature de l'activité reprise :

- si l'activité professionnelle salariée est inférieure à moins de 78 heures par mois (art. R. 5425-2 et R. 5425-3 du Code du travail) : le maintien, limité à 12 mois ou 750 heures, est qualifié de « proportionnel ». Le bénéficiaire perçoit durant les six premiers mois intégralement son allocation lorsque les revenus procurés par l'activité professionnelle n'excèdent pas le SMIC. Puis du septième au douzième mois, l'allocation versée est réduite d'environ 40 % du salaire perçu ;
- si l'activité professionnelle est égale ou supérieure à 78 heures par mois ou est non salariée (art. R. 5425-4 du Code du travail) : le dispositif applicable a été introduit par la loi n° 2006-339 du 23 mars 2006 relative au retour à l'emploi et sur les droits et devoirs des bénéficiaires de minima sociaux. Il constituait une réforme profonde des règles d'intéressement applicables aux bénéficiaires de l'ASS, mais aussi du RMI et de l'allocation de parent isolé. L'objectif poursuivi était de garantir un traitement équitable à l'ensemble de ces bénéficiaires, en instaurant un mécanisme homogène.

En vertu de l'article R. 5425-4, l'intéressement, limité strictement à douze mois, est « forfaitaire » : durant les trois premiers mois, le cumul de l'allocation avec les revenus tirés de l'activité professionnelle est intégral. Du quatrième au douzième mois, l'allocation n'est plus versée en tant que telle, mais prend la forme d'une prime forfaitaire (art. L. 5425-3 du Code du travail) pour reprise d'activité d'un montant de 150 € par mois.

En outre, le législateur a instauré une prime exceptionnelle de retour à l'emploi, versée au bénéficiaire de minima sociaux reprenant une activité professionnelle, dont le montant est de 1 500 €.

Cette mise en cohérence des minima sociaux (ASS, RMI et API) au regard des mécanismes d'intéressement a néanmoins été bouleversée avec l'instauration du Revenu de solidarité active (RSA) qui prévoit un main-

1

LES ÉVOLUTIONS
DE LA PROTECTION
SOCIALE

tien partiel et illimité du revenu jusqu'au dépassement d'un seuil de ressources liées à l'activité professionnelle (RSA dit « activité »).

L'instauration du RSA, dès 2009, a modifié l'ensemble du champ des minima sociaux et accentué la question de son articulation avec l'ASS.

B. Un positionnement rénové de l'ASS vis-à-vis du RSA

La durée de versement de l'ASS n'étant pas limitée, la coordination entre le RMI et l'ASS a constitué un objet récurrent d'études et de rapports³. Plusieurs pistes d'évolution ont, en ce sens, été conduites autour de la fusion de ces deux minima sociaux.

C'est dans ce contexte que, lors des débats relatifs à la généralisation du RSA, l'intégration immédiate de l'ASS, mentionnée dans le livre vert, dans le nouveau revenu de solidarité a été écartée. La complexité des modalités de calcul, ainsi que la spécificité des allocataires au regard de leur expérience professionnelle antérieure, ainsi que le risque qu'un basculement assorti d'une impossibilité d'ouvrir de nouveaux droits entraînent des perdants, ont constitué les arguments majeurs pour un approfondissement nécessaire.

Dans cette optique, l'article 6 de la loi n° 2008-1249 du 1^{er} décembre 2008 généralisant le revenu de solidarité active et réformant les politiques d'insertion prévoit que « dans un délai d'un an à compter de l'entrée en vigueur de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport relatif aux conditions d'intégration de l'allocation de solidarité spécifique au revenu de solidarité active. Ce rapport mentionne la position des partenaires sociaux sur cette question ».

Il reviendra dès lors au législateur d'apprécier l'opportunité soit d'intégrer l'ASS dans le RSA selon des modalités à définir, soit de concevoir l'ASS comme un véritable palier de l'indemnisation du chômage, éventuellement en réformant certains de ses paramètres.

3. Valérie Letard (au nom de la commission des Affaires sociales du Sénat), « Les minima sociaux : mieux concilier équité et reprise d'activité », 2005 ; Commission Familles, vulnérabilité, pauvreté (président Martin Hirsch), « Au possible, nous sommes tenus. La nouvelle équation sociale », 2005 ; Michel Mercier, Henri de Raincourt, « Plus de droits et plus de devoirs pour les minima sociaux d'insertion », rapport au Premier ministre, 2005 ; Haut commissaire aux solidarités actives contre la pauvreté, « Vers un revenu de solidarité active », livre vert, 2008 ; Agence nouvelle aux solidarités actives, « Étude sur l'accès au RSA des bénéficiaires de l'ASS et de l'ARE », 2008.

A background image showing a group of people in a meeting or office setting. The image is partially obscured by a blue gradient and a white diagonal line. The people are dressed in business attire and appear to be engaged in a discussion.

Action sociale familiale de la branche famille et minima sociaux

Hervé François
Directeur de la CAF de Seine-et-Marne

Pour évoquer la prise en compte par l'Action sociale familiale des minima sociaux servis par les Caisses d'allocations familiales, il convient de bien définir les deux notions.

L'Action sociale familiale des Caisses d'allocations familiales

L'Action sociale familiale exercée par les Caisses d'allocations familiales envers leurs ressortissants et leurs familles, est prévue par le Code de la Sécurité Sociale (article 263-1).

Dès l'origine de la création des Caisses d'allocations familiales en 1946, c'est l'une des deux grandes missions, avec le versement des prestations, qu'elles doivent exercer.

Les minima sociaux

Depuis les années 1970, les Caisses d'allocations familiales, au-delà de leurs missions premières de servir des prestations familiales et de logement, se sont vu confier progressivement le versement de plusieurs minima sociaux. Cette évolution est ininterrompue.

En 1971, les Caisses d'allocations familiales se voient confier la mission de versement de l'allocation aux adultes handicapés.

En 1976, est née l'allocation de parent isolé, qui est à l'origine une prestations familiale mais aussi un minimum social. Très logiquement, son versement est confié aux Caisses d'allocations familiales.

En 1988, est créé le plus emblématique des minima sociaux : le revenu minimum d'insertion, et après plusieurs péripéties, son versement est confié aux Caisses d'allocations familiales.



Ainsi au fil du temps, les Caisses d'allocations familiales sont en charge de trois grands minima sociaux.

Enfin, dernier développement : la création du revenu de solidarité active qui intègre le revenu minimum d'insertion et l'allocation de parent isolé. Le service de ce minimum social est confié aux Caisses d'allocations familiales (et aux Caisses de Mutualité Sociale Agricole pour les populations ressortissantes comme pour les précédents minima sociaux).

Quelle est la problématique ?

En fait, l'Action sociale familiale est réservée à l'origine aux titulaires de prestations familiales (qui peuvent pour certains être titulaires d'un minimum social). En effet, son financement provient d'un prélèvement sur le Fonds national des prestations familiales.

Ce qui signifie que les titulaires de minima sociaux *stricto sensu* n'en bénéficient pas.

C'est un paradoxe (apparent ?).

Une anecdote pour l'illustrer. Au début des années 1990, le Directeur de l'Action sociale à la Caisse nationale des allocations familiales que j'étais, est invité par des Caisses d'allocations familiales à un colloque animé par un « grand journaliste économique ». Lors de la préparation avec ce dernier, il me dit d'entrée de jeu : « comme Directeur de l'Action sociale, vous allez nous parler du revenu minimum d'insertion ! ».

J'ai dû lui expliquer que la plupart des « érémites » n'ouvraient pas droit à l'Action sociale familiale.

Sa réaction : « ainsi votre Action sociale n'est pas destinée à ceux qui en auraient le plus besoin ! ».

Pour sortir, au moins partiellement, de ce paradoxe, la branche famille a connu en la matière une évolution progressive qui a amené son Action sociale à prendre en compte de plus en plus largement les minima sociaux non allocataires de prestations familiales et à mettre un accent de plus en plus affirmé sur les titulaires de minima sociaux qu'ils soient ou non allocataires de prestations familiales.

I. Une évolution progressive de la prise en compte des allocataires de minima sociaux par l'Action sociale familiale



La prise en charge de minima sociaux par les Caisses d'allocations familiales a globalement renforcé leur rôle d'accompagnement de publics précaires. Quelques illustrations en rendent compte.

Ainsi dès 1987¹, une circulaire de la Caisse nationale des allocations familiales, issue de la réflexion de la Commission d'action sociale, a défini la compétences des Caisses au regard de l'insertion sociale et professionnelle des allocataires chefs de famille – *parents isolés notamment* – et des jeunes sans emploi. Ainsi, les Caisses pourront soutenir des mesures d'accompagnement social de *l'insertion sociale et professionnelle* selon différentes modalités qu'il s'agisse d'aides financières, de travail social et d'équipements sociaux.

Jusqu'alors, l'Action sociale familiale s'était prudemment tenue à l'écart de l'accompagnement professionnel notamment.

Cette évolution s'est produite avant la mise en place du revenu minimum d'insertion (dont on parlait déjà beaucoup à l'époque).

Peu après la mise en place du revenu minimum d'insertion, en mars 1989 une circulaire² de la Caisse nationale des allocations familiales rappelle la vocation familiale du champ de compétence de l'Action sociale. En effet, il est souligné que les bénéficiaires du revenu minimum d'insertion par ailleurs non allocataires (de prestations familiales) n'ouvrent pas droit à l'Action sociale familiale de la Caisse d'allocations familiales. Mais il est précisé que ces allocataires pourront bénéficier des services et équipements financés par la Branche s'il y a contrepartie financière de la collectivité.

Mais le paradoxe de cette « exclusion » est dans certains cas profondément marqué, notamment dans le cas de la *présence d'enfant*.

Aussi dans le début des années 1990, une nouvelle circulaire³ de la Caisse nationale des allocations familiales ouvre les aides financières (de l'Action sociale familiale) aux allocataires du revenu minimum d'insertion (non titulaires de prestations familiales) ayant un enfant à charge.

Ainsi les Caisses d'allocations familiales peuvent, dans le cadre de leur règlement intérieur d'action sociale, attribuer des aides financières

1. Lettre-Circulaire CNAF n° 3376 du 10 juillet 1987.

2. Lettre-Circulaire CNAF n° 1359 du 14 mars 1989.

3. Lettre-Circulaire CNAF n° 174 du 11 janvier 1990.

1

LES ÉVOLUTIONS
DE LA PROTECTION
SOCIALE

dans le cadre de contrat d'insertion, aux bénéficiaires du revenu minimum d'insertion non allocataires ayant un enfant à charge.

Cette ouverture a été encore récemment confirmée notamment à la suite de la mise en œuvre du revenu de solidarité active en 2009 et également en lien avec la possibilité de versement partagé des allocations familiales.

Le critère d'intervention de l'Action sociale familiale est ainsi de plus en plus lié à la présence d'enfant. Il s'agit de la circulaire du 24 février 2010⁴ qui précise nettement les choses :

« L'Action sociale développée par les Caisses d'allocations familiales en matière d'aide individuelle a une vocation essentiellement familiale. À ce titre, les aides financières individuelles des Caisses d'allocations familiales s'adressent aux allocataires ayant *au moins un enfant à charge* ».

Mais au-delà de ce critère qui a permis à l'Action sociale familiale de s'ouvrir au-delà des seuls titulaires de prestations familiales, une autre évolution a permis de mieux prendre en compte certains titulaires de minima sociaux : ***l'évolution de la prise en charge de l'accompagnement social par les travailleurs sociaux des Caisses d'allocations familiales (qui relèvent de l'Action sociale familiale)***.

Ainsi l'ouverture de 1987 sur l'insertion sociale et professionnelle (cf. *supra*) a eu des prolongements nombreux.

Sans remonter trop loin dans le temps, dès le début des années 2000, la Caisse nationale des allocations familiales constatait, dans une note à la Commission d'Action sociale⁵, qu'une majorité de Caisses d'allocations familiales met l'accent dans leur schéma directeur sur la problématique de la monoparentalité et la mise en place d'actions d'accompagnement notamment vers les bénéficiaires de l'allocation de parent isolé.

Il était également relevé que l'accompagnement individuel par un travailleur social de la Caisse d'allocations familiales était nécessaire pour faire émerger le projet d'insertion sociale. De même, l'accompagnement financier (par les aides individuelles d'action sociale) permet de prendre en charge tout ou partie des dépenses liées au projet d'insertion professionnelle.

Arrivé en 2010, année de montée en charge du revenu de solidarité active, quel est aujourd'hui le constat ?

4. Lettre-Circulaire CNAF n° 2010-037 du 24 février 2010.

5. Note de la Commission d'Action sociale du 28 novembre 2006 sur l'accompagnement social des bénéficiaires d'allocation de parent isolé.

II. L'état des lieux aujourd'hui de la prise en compte par l'Action sociale familiale des minima sociaux gérés par la branche famille



Pour faire cet état des lieux, il convient de se référer à la feuille de route de la branche famille pour la période 2009-2012 : la Convention d'Objectifs et de Gestion signée en 2009 entre la Caisse nationale des allocations familiales et l'État.

Nous allons prendre plusieurs exemples pour montrer que cette évolution vers une meilleure prise en compte des titulaires de minima sociaux par l'Action sociale familiale va se poursuivre au cours de la période qui s'ouvre.

Au-delà de la prise en charge référée au critère de la présence d'enfant, de l'accompagnement social et professionnel toujours plus marqué, une troisième évolution se fait jour dans le cadre de l'axe politique le plus fort de l'Action sociale familiale : l'accompagnement des familles pour l'accueil (« la garde » dans l'acception courante) du jeune enfant de 0 à 3 ans.

En effet, le soutien des familles monoparentales (souvent titulaires de revenu de solidarité active) ayant de jeunes enfants est très marqué avec un objectif : permettre l'insertion sociale qui passe souvent par l'insertion professionnelle en facilitant la garde du jeune enfant.

Pour illustrer et prouver la poursuite de cette évolution, nous allons reprendre quelques passages de trois des quatre missions assignées à la branche famille dans cette Convention d'Objectifs et de Gestion.

Tout d'abord, citons une partie de l'article 5 de la Convention d'Objectifs et de Gestion :

« En fonction de leurs partenariats locaux et de leurs ressources, les Caisses d'allocations familiales assurent une offre de service pour l'accompagnement des familles monoparentales ayant des jeunes enfants. Elles soutiennent les projets d'insertion sociale de ces familles et contribuent à lever les obstacles familiaux et sociaux (par exemple, la garde des enfants) permettant de concilier vie familiale et vie professionnelle. Un dispositif est mis en place pour évaluer les interventions des Caisses d'allocations familiales réalisées au titre de l'accompagnement social de ces familles. »

Cette orientation de politique d'Action sociale familiale est déclinée dans la **Mission 1 « Aider les familles à concilier vie professionnelle, vie familiale et vie sociale »** :

1

LES ÉVOLUTIONS
DE LA PROTECTION
SOCIALE

- développer dans le cadre du Plan « Espoir Banlieues » une offre d'accueil adaptée aux besoins des familles résidant sur un territoire couvert par un Contrat Urbain de Cohésion Sociale ;
- favoriser l'accès aux modes d'accueil des enfants de familles en difficulté ou porteurs d'un handicap, des enfants de familles confrontées à des horaires atypiques ou en voie d'insertion professionnelle, notamment dans les quartiers prioritaires de la « dynamique Espoir Banlieues ».

Est-il utile de préciser que l'on trouve nombre de titulaires du revenu de solidarité active (qu'il s'agisse du « RSA socle » et du « RSA chapeau ») tant dans les quartiers couverts par un Contrat Urbain de Cohésion Sociale que dans ceux qui bénéficient de la dynamique du Plan Espoir Banlieues.

De plus, pour améliorer l'information et l'accompagnement de ces familles, il est prévu de :

- financer une offre de service en lien avec le volet accompagnement social du Revenu de Solidarité Active pour les familles monoparentales.

Mais l'action de la branche famille de prise en compte des titulaires de minima sociaux ne se limite pas à cela. En effet, dans le cadre d'une action favorisant l'aide aux vacances, il est prévu d'« augmenter le nombre de départs de familles précarisées grâce à la prestation de service « vacances avec accompagnement socio-éducatif » et ceci en mobilisant les travailleurs sociaux des Caisses d'allocations familiales « afin de favoriser l'insertion sociale des familles... ».

Dans la **Mission 3 « Accompagner les familles dans leurs relations avec l'environnement et le cadre de vie »**, il est notamment prévu d'« encourager les centres sociaux à développer un accueil et un accompagnement en direction des familles vulnérables ».

Enfin dans la **Mission 4 « Créer les conditions favorables à l'autonomie, à l'insertion sociale et au retour à l'emploi des personnes et des familles »**, on trouve une référence explicite au minimum social qu'est l'allocation aux adultes handicapés : « mettre en œuvre les incitations financières à la reprise d'activité (règles d'attribution de l'allocation aux adultes handicapés) ».

Mais il est vrai qu'il ne s'agit pas là d'Action sociale au sens strict du terme.

Par contre dans cette même mission 4, on retrouve l'orientation d'accompagnement social proposé aux familles monoparentales ayant

de jeunes enfants pour concilier vie familiale et insertion sociale ou professionnelle.

Elle se matérialise notamment par la demande faite aux Caisses d'allocations familiales de « mobiliser les ressources et les leviers de l'Action sociale CAF, en appui de l'accompagnement mis en œuvre par le référent du service public de l'emploi, pour aider à la résolution de difficultés familiales et sociales qui constituent un frein aux démarches d'insertion professionnelle engagées par le bénéficiaire ».



Là encore, sont visés essentiellement des titulaires réels ou potentiels du revenu de solidarité active.

Voilà quelques éléments importants qui montrent bien la prise en compte multidimensionnelle des titulaires de minima sociaux (principalement du Revenu de solidarité active) par l'Action sociale familiale de la branche famille.

Au terme de ce « voyage » dans les quarante dernières années de l'Action sociale familiale, on voit bien que la dimension des minima sociaux a été progressivement de plus en plus assumée.

Cependant, il faut souligner que ces titulaires de minima sociaux, non forcément bénéficiaires de prestations familiales, pris en compte par l'Action sociale, sont toujours de fait des « familles » puisqu'il y a présence d'un enfant.

On peut en conséquence penser que c'est ce critère de la présence d'enfant qui explique la prise en compte par l'Action sociale et familiale des minima sociaux versés par les Caisses d'allocations familiales.

Je peux conclure en disant qu'aujourd'hui, j'aurai moins de difficulté à répondre à l'interpellation du « grand journaliste économique » que j'évoquai au début puisqu'on ne peut plus dire que l'Action sociale de la branche famille ignore les titulaires de minima sociaux.



Revenus minima sociaux en Europe : esquisse à partir d'évolutions législatives

Francis Kessler

Directeur du master droit de la protection sociale d'entreprise,
École de droit de la Sorbonne, Université de Paris 1,
Avocat, Senior counsel, cabinet Gide Loyrette Nouel AARPI, Paris

Les règles de l'aide sociale, appelée assistance sociale dans la langue juridique internationale, relèvent dans l'ordre juridique de l'Union européenne de la compétence exclusive des États membres. Il y a donc autant de conceptions et d'organisations des minima sociaux que d'États. L'espace européen est donc marqué par une grande hétérogénéité dans les dispositifs sociaux d'aide à la pauvreté¹ générée notamment par une absence de définition opérationnelle commune de la pauvreté².

82

La notion même de « *minima sociaux* », entendue comme un ensemble de prestations non contributives, versées sous condition de ressources et visant à assurer un revenu minimum à certaines catégories de personnes, produit typique de l'histoire sociale française³, est inconnue telle quelle, des autres pays européens⁴. Ceux-ci partagent pourtant tous le souci d'assurer un montant minimum de ressources monétaires aux membres

1. Il est parfois avancé que les États-Providence sociaux démocrates au sens d'Esping Andersen sont traditionnellement universalistes et offrent généralement une seule et unique allocation (comme par exemple la Finlande), alors que les États de tradition bismarckienne, comme la France, repose sur une vision assurantielle de la redistribution, ils ont donc dû créer des allocations au fur et à mesure des besoins. L'Allemagne, que chacun reconnaîtra comme étant de « tradition bismarckienne », connaît un revenu minimum communal (« sociale démocrate » ?) depuis 1908 ! Pour Math A., « Les familles pauvres sont-elles plus mal traitées en France ? Une comparaison des revenus minima garantis dans douze pays européens », *Revue de L'IRE* n° 54 - 2007/2 p. 41 spéc. p. 65 « il serait judicieux, au moins dès lors qu'on parle de politique de lutte contre la pauvreté, de s'abstenir de s'appuyer sur des "modèles" nordiques, scandinaves, anglo-saxons, continentaux ou autres ».

2. Ruggeri Laderchi, C., Saith R., Stewart F., *Does it Matter that We Don't Agree on the Definition of Poverty ? A comparison of four approaches*. QEH Working Paper Series Number 107. Oxford : Queen Elizabeth House, University of Oxford 2003. On notera que pour les comparaisons.

3. Par ex. « *Minima sociaux : mieux concilier équité et reprise d'activité* » Sénat, Rapport d'information n° 334 (2004-2005) de Mme Valérie Létard, fait au nom de la commission des affaires sociales, déposé le 11 mai 2005.

4. Ce qui pose évidemment des questions méthodologiques sérieuses quant au choix des prestations étrangères qualifiées de minimum social et de leur « comparabilité » Horusitzky P., Katia J., Lelièvre M., « Un panorama des minima sociaux en Europe », *Études et Résultats*, DREES, n° 464, 2006. On renverra volontiers le lecteur à la lecture d'un article déjà ancien maintenant de Schultheiss F., « Comme par raison – Comparaison n'est pas toujours raison – Pour une critique sociologique de l'usage social de la comparaison interculturelle », *Droit et société*, n° 11-12, 1989, p. 219, en particulier p. 222 à 230, qui critique avec virulence la « médiocrité théorique » des comparaisons economicistes à l'emporte-pièce produites par « une époque avide (...) de classements internationaux ».



de la société. Nous considérerons que les minima sociaux sont des transferts en argent ou en nature qui ont pour objet la prévention de situation de difficultés matérielle extrême et qui mettent en œuvre comme condition centrale d'attribution un critère lié à des revenus faibles⁵.

Nous poserons également comme hypothèse que le taux de risque de pauvreté monétaire est mesuré comme la proportion de personnes vivant avec moins de 60 % du revenu médian après transferts sociaux⁶. En appliquant ce critère, 79 millions de personnes vivent en deçà du seuil de pauvreté. Cela représente 16 % de la population européenne⁷.

Ce taux dépend de deux facteurs : d'une part, du revenu primaire des ménages et d'autre part, de la manière dont il est redistribué entre eux. Les revenus primaires des ménages sont liés en grande partie aux revenus du travail (plus rarement des fruits du capital). Les transferts sociaux atténuent ces inégalités liées au revenu primaire par la redistribution qu'ils opèrent. Les systèmes de protection sociale, dont les caractéristiques varient fortement d'un pays de l'Union Européenne à l'autre, constituent donc un élément déterminant du taux de risque de pauvreté au sein d'un pays. L'évolution du montant des prestations de sécurité sociale. Ainsi, la baisse du montant des retraites (actuellement partout annoncé en Europe) posera la question du minimum social aux retraités. Le débat de l'articulation entre le revenu minimum dit « social », l'aide aux pauvres et le revenu minimum du travail, qui se limite à présent à la situation des travailleurs pauvres dans tous les États européens⁸ ne sera pas développée. Notons tout de même que l'idée selon laquelle le minimum social devait être égal au salaire minimum est aujourd'hui taboue⁹.

On notera que sauf la Finlande, qui ne connaît qu'un revenu minimum unique au demeurant attribué par les communes, tous les autres pays connaissent des minima sociaux quasi-généraux, complétés par des minima particuliers soit pour les personnes âgées soit pour les personnes

5. Immervoll H., *Minimum-Income Benefits in OECD Countries : Policy Design, Effectiveness and Challenges*, IZA Discussion Paper No. 4627, December 2009.

6. Il résulte de cette méthode que les pauvres du Luxembourg ont des revenus trois fois plus élevés que ceux du Portugal par exemple.

7. Source : Commission de l'UE, *Factsheet 2010, Année européenne de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale*, Bruxelles 2010.

8. Voir par ex. Jankéliowitch-Laval E. et Math A., « Revenus minima garantis et désincitation au travail : une comparaison européenne », *Recherches et prévisions*, n° 50-51, février 1998.

9. Voir toutefois le débat allemand sur un salaire minimum légal par ex. Müller K.-U., Steiner V. *Would a Legal Minimum Wage Reduce Poverty ? A Microsimulation Study for Germany*. IZA Discussion Paper No. 3491, May 2008.

1

LES ÉVOLUTIONS
DE LA PROTECTION
SOCIALE

handicapées ou pour les deux catégories particulières de la population. Pour les personnes handicapées revenus d'activité et minima social s'additionnent ou s'articulent dans nombre de pays ¹⁰.

Pour mémoire, les règles nationales de droit sont placées sous l'auspice de la Charte des droits sociaux fondamentaux de l'Union européenne adoptée le 7 décembre 2000. Ce texte, dispose en son article 34 intitulé « *Sécurité sociale et aide sociale* » par lequel il est prévu qu'afin « *de lutter contre l'exclusion sociale et la pauvreté, l'Union reconnaît et respecte le droit à une aide sociale et à une aide au logement destinées à assurer une existence digne à tous ceux qui ne disposent pas de ressources suffisantes, selon les modalités établies par le droit communautaire et les législations et pratiques nationales* ».

L'existence digne pour tous ceux qui ne disposent pas de ressources suffisantes est ainsi devenu un droit fondamental unioniste. Ce faisant, ce texte, à la portée juridique peu claire toutefois complète les autres normes européennes de caractère plus programmatique mais ratifiés par la plupart des États européens. La Charte sociale européenne de 1961 ¹¹ et ses protocoles additionnels, instruments juridiques applicables aux 47 pays membres du Conseil de l'Europe, prévoient que les États « *s'engagent à veiller à ce que toute personne qui ne dispose pas de ressources suffisantes et qui n'est pas en mesure de se procurer celles-ci par ses propres moyens ou de les recevoir d'une autre source, notamment par des prestations résultant d'un régime de sécurité sociale, puisse obtenir une assistance appropriée et, en cas de maladie, les soins nécessités par son état* ». Ces normes ont pour fonction de guider l'activité des gouvernants tout comme les recommandations du Conseil de l'Europe dans le domaine de la pauvreté et l'exclusion ¹². On notera en particulier qu'une recommandation du Conseil de l'Europe reconnaît un « *droit individuel universel et justiciable à*

10. Sans restrictions spécifiques en ce qui concerne le montant que la personne concernée peut recevoir. en Bulgarie, à Chypre, en République tchèque, en Estonie, en Lituanie et en Roumanie. Avec un seuil en Belgique, en Bulgarie, à Chypre, au Danemark, en Finlande, en France, en Grèce, en Hongrie, en Irlande, en Italie, au Luxembourg, aux Pays-Bas, en Norvège, au Portugal et en Slovaquie. « En Islande, le seuil a été quadruplé en 2008 afin d'encourager les personnes handicapées à être actives sur le marché de l'emploi et donc d'augmenter les taux d'emploi et d'activité » cf. « (Ré)intégration des personnes handicapées sur le marché de l'emploi », *MISSOC Info* 2009-II.

11. Ratifiée par la France le 9 mars 1973 (loi n° 72-1205 du 23 décembre 1972, décret n° 74-840 du 4 octobre 1974, *JO* du 9 oct. 1974).

12. Recommandation 1196 (1992) de l'Assemblée Parlementaire du Conseil de l'Europe relative à l'extrême pauvreté et à l'exclusion sociale : vers des ressources minimales garanties, ainsi qu'à la Recommandation n° R (93) 1 du Comité des ministres aux États membres relative à l'accès effectif au droit et à la justice des personnes en situation de grande pauvreté ; Recommandation n° R (2000) 3 sur le droit à la satisfaction des besoins matériels élémentaires des personnes en situation d'extrême précarité.

la satisfaction des besoins humains élémentaires », parmi lesquels la nourriture, le logement, les soins médicaux de base ¹³.

C'est dans ce contexte juridique que les politiques nationales d'aide sociale sont aujourd'hui accompagnées par une activité au niveau européen dont la manifestation la plus récente la proclamation de l'année 2010 comme « *Année européenne de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale* », afin de réaffirmer et de renforcer l'engagement politique initial pris par l'Union européenne lors du lancement de la stratégie de Lisbonne, dans le but de donner « *un élan décisif à l'élimination de la pauvreté* » ¹⁴ (I) toutefois les initiatives législatives (II).



I. L'accompagnement européen des politiques nationales relatives aux minima sociaux

« *L'amélioration des conditions de vie et de travail de la main-d'œuvre* » devait dans le Traité initial de 1958 résulter du seul fonctionnement du marché commun. Ce dogme figure aujourd'hui encore dans le Traité sur le fonctionnement de l'Union européenne tel qu'issu du Traité de Lisbonne ¹⁵.

Toutefois, suite au premier choc pétrolier de 1973, le Conseil européen et la Commission ont initié un programme communautaire destiné à encourager certaines initiatives locales, régionales ou nationales de lutte contre la pauvreté pour « *vaincre la pauvreté* » la Commission des Communautés européennes a élaboré des « programmes d'action sociale ». Un premier programme européen de lutte contre la pauvreté (1975) a consisté pour l'essentiel à soutenir une trentaine de projets pilotes répartis dans les neuf pays de la Communauté. Un second programme (1985-1989) a soutenu 90 projets locaux accompagnés d'échanges transnationaux ¹⁶. Le programme « pauvreté » (1989-1994) se proposait de sortir de la phase d'expérimentation et de soutenir des projets locaux d'envergure. Deux types d'actions y ont été encouragés : des actions remèdes, qui doivent

13. Recommandation n° R (2000) 3 du Comité des ministres aux États membres sur le droit à la satisfaction des besoins matériels élémentaires des personnes en situation d'extrême précarité.

14. Décision relative à l'Année européenne 2010, adoptée par le Parlement européen et le Conseil, JOUE L 298 du 7.11.2008, p. 20.

15. L'article 151 alinéa 3 du Traité sur le fonctionnement de l'Union européenne rappelle « *Ils (les États) estiment qu'une telle évolution résultera tant du fonctionnement du marché intérieur, qui favorisera l'harmonisation des systèmes sociaux, que des procédures prévues par les traités et du rapprochement des dispositions législatives, réglementaires et administratives* ».

16. Traversa E., « Du premier au second programme d'action de la Communauté européenne contre la pauvreté », *RBSS* 1987, p. 391.

1

LES ÉVOLUTIONS
DE LA PROTECTION
SOCIALE

répondre aux besoins de la grande pauvreté, c'est-à-dire des personnes les plus défavorisées qui vivent en-dessous des niveaux minima d'existence, et des stratégies préventives en faveur des groupes « à risques ». Ces actions symboliques et expérimentales ont été complétées par des distributions alimentaires ou la coordination d'organisations caritatives non-gouvernementales au sein d'un réseau européen (*European antipoverty network*).

La mise en œuvre des programmes communautaires spécifiques de lutte contre la pauvreté, qui ont longtemps constitué l'instrument privilégié et unique de l'action communautaire dans le domaine de la lutte contre l'exclusion sociale, a longtemps été fondée sur l'article 235 qui exige le vote à l'unanimité au Conseil. La Commission des Communautés européennes a, en 1980, instauré un observatoire des mesures nationales de lutte contre l'exclusion sociale, dont la tâche majeure est l'élaboration d'un rapport annuel sur l'état de la pauvreté en Europe ; cette démarche s'appuyant sur des rapports nationaux part du principe qu'il existe un niveau de vie minimal. Cette dernière idée a été reprise par le Conseil des ministres des Affaires sociales qui a adopté le 24 juin 1992, une recommandation relative à la reconnaissance dans tous les États membres d'un droit à des ressources suffisantes. Ce texte, tout comme l'importante résolution du Conseil des ministres des Affaires sociales du 29 septembre 1989 concernant la lutte contre l'exclusion sociale, sont peu contraignants mais ils constituent les premiers instruments juridiques et politiques communautaires en la matière.

Au début des années 1990, apparaît la nation en lutte contre l'exclusion sociale. Ainsi, dans le cadre de l'action des fonds structurels, il faut noter que la Commission a décidé, en 1996, d'adjoindre à l'initiative cadre « *Emploi et développement des ressources humaines* » du 15 juin 1994, un nouveau volet intitulé « *Emploi – INTEGRA* » et couvrant la période de programmation 1996-1999. L'objectif de ce volet consiste en la promotion de mesures visant à améliorer l'accès au marché de l'emploi et l'employabilité des groupes vulnérables qui s'en trouvent exclus ou de ceux qui risquent de l'être. Depuis la réforme des fonds structurels en juillet 1993, les groupes de « *personnes vulnérables à l'exclusion sociale* » sont introduits parmi les groupes ciblés par l'objectif 3 de l'action des fonds, et notamment du Fonds social européen.

Cette nouvelle approche, rendant compte des formes complexes et pluridimensionnelles du problème, s'est vue consacrée par le Traité d'Amsterdam de 1997 qui en fait un des objectifs de la politique sociale de l'Union. En effet, aux termes de l'article 151 TFUE¹⁷ : « *L'Union européenne et les États membres [...] ont pour objectifs [...] la lutte contre les exclusions* ».

17. Traité sur le fonctionnement de l'UE.



Les sommets européens de Lisbonne et de Santa Maria da Feira de 2000 ont de même fixé comme objectif général l'éradication de la pauvreté pour 2010. Cette promotion de « l'inclusion sociale » doit, ainsi en ont décidé les chefs d'États et des gouvernements européens, reposer sur la « méthode de coordination ouverte » (MOC) combinant les objectifs communs, les plans d'action nationaux et les indicateurs communs et respectueuse de la subsidiarité des compétences communautaires¹⁸ : l'Union européenne coordonne et encourage les actions menées par les États membres en vue de lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale, et de réformer leurs systèmes de protection sociale sur la base d'échanges d'idées sur les politiques et de l'apprentissage mutuel¹⁹.

Dans le respect des règles répartitrices de compétences et du principe de subsidiarité, la méthode ouverte de coordination vise à organiser une convergence par la mise sur pied de processus permanents d'échanges de vues, de confrontation des expériences, d'évaluations croisées (*peer review*) et de comparaison des performances, elles-mêmes « *objectivées* » par la construction de toute une série d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs variés (*benchmarks*). De leur côté, les États membres sont expressément invités à « *traduire* » les lignes directrices européennes en politiques nationales adaptées à leurs spécificités propres. Toutefois, ils demeurent formellement seuls responsables de la mise en œuvre des réformes recommandées, puisque la méthode ouverte de coordination ne recourt qu'à la *soft law*, ou droit « mou », ce « *droit incitatif moulé dans des recommandations plutôt que dans des interdits* [ou des obligations] *comminatoires* »²⁰. À propos du rôle des différents acteurs concernés, on peut encore ajouter que si la nouvelle procédure de coordination mise en place est qualifiée d'« *ouverte* », c'est en raison de la volonté affichée par ses promoteurs d'y impliquer les collectivités régionales et locales, les partenaires sociaux et la société civile, dans une perspective participative de type *bottom/up*.

18. Pochet Ph., « La lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale », *RBSS* 2002, p. 159 ; Povie L., « L'europanisation progressive de la protection sociale », *RBSS* 2000, p. 977.

19. Hamel M.-P., Vanhercke B., « Politique nationale et coopération européenne : La méthode ouverte de coordination est-elle devenue plus contraignante ? », *RBSS* n° 1/2008, p. 73.

20. Conseil européen de Lisbonne, 23 et 24 mars 2000, conclusions de la présidence, § 37, notre italique. Similairement, la « mère intellectuelle » de la stratégie de Lisbonne, Maria João Rodrigues, explique que la MOC poursuit l'objectif de « consolid[er] la *traduction* des priorités européennes dans les politiques nationales » (M. J. Rodrigues, « Pour une stratégie européenne au début du XXI^e siècle », *Vers une société européenne de la connaissance – La stratégie de Lisbonne (2000-2010)* (sous la dir. de M. J. Rodrigues), préface de M. Telo, trad. par E. de Callatay, Bruxelles, Éditions de l'Université de Bruxelles, coll. « Études européennes », 2004, p. 1-23, p. 21, notre italique.

1

LES ÉVOLUTIONS
 DE LA PROTECTION
 SOCIALE

À distance de toute forme de réglementation juridiquement contraignante, la méthode ouverte de coordination parie ainsi sur l'effet de convergence souple, progressive et différenciée que sont susceptibles d'alimenter les mécanismes multiples d'apprentissage mutuel et d'émulation. Autrement dit, l'implémentation des lignes directrices et autres objectifs communs n'est formellement pas davantage contrainte que par la pression diffuse potentiellement induite par cet appareil de surveillance mutuelle autant que de partage des expériences.

La méthode ouverte de coordination a ainsi d'abord été mise en œuvre dans les secteurs de l'inclusion sociale et de la lutte contre la pauvreté. L'instrument utilisé consiste en la production de Plans d'action national pour l'inclusion sociale (PAN-inclusion sociale) bisannuels que les États sont invités à remettre à la Commission et qui font l'objet d'un commentaire.

La méthode ouverte de coordination se développe donc délibérément en marge de la méthode communautaire classique : juridiquement, elle repose exclusivement sur la *soft law*, tandis que, institutionnellement, le Parlement européen est globalement tenu à l'écart du processus – il n'est au mieux que consulté –, de même que la Cour de justice. Pour autant, elle n'est pas réductible à la simple méthode intergouvernementale traditionnelle, en raison de tout l'appareillage de suivi des politiques nationales dont son application suppose la mise sur pied, de sorte qu'elle paraît bien constituer en définitive un instrument communautaire nouveau, situé à mi-chemin entre la communautarisation et la coopération. Pour assurer le suivi de cette production para-juridique croissante, une forme d'appareil bureaucratique et d'expertise technocratique transnationaux s'est peu à peu constituée notamment autour d'un comité de la protection sociale composés de hauts fonctionnaires des États membres et de la Commission. Ces plans nationaux d'action et leur évaluation constituent de beaux outils de connaissance des règles nationales. D'autant plus que l'utilisation « d'indicateurs » fait partir intégrante de la méthode ouverte de coordination pour la protection sociale et l'inclusion sociale (MOC). La définition et l'utilisation d'un ensemble commun d'indicateurs doit permettre un suivi des progrès à l'égard des objectifs communs ainsi qu'un échange de bonnes pratiques. L'ensemble initial d'indicateurs communs a été convenu en 2001 sous l'impulsion de la Présidence belge et comportait 18 indicateurs. Depuis lors, le Comité européen pour la protection sociale (SPC) et son sous-groupe Indicateurs (ISG-SPC) s'est efforcé de compléter et d'améliorer l'ensemble d'indicateurs.



En 2005 toutefois, la méthode ouverte de coordination a été « rationalisée » : à partir de la communication de la Commission « *Travailler ensemble, travailler mieux : un nouveau cadre pour la coordination ouverte des politiques de protection sociale et d'inclusion sociale dans l'Union européenne* » l'inclusion sociale et des pensions, ainsi que le processus de coopération dans le domaine des soins de santé et des soins de longue durée ont été regroupées en des objectifs communs – dans le prolongement des objectifs de Nice et de Laeken – et des procédures d'information simplifiées²¹. Les objectifs généraux de la MOC sont désormais commun pour la protection sociale et l'inclusion sociale.

En 2006, le processus de production des rapports nationaux a été restructuré et des ensembles distincts ont été définis pour les trois parties de la MOC : inclusion sociale, pensions et soins de santé et de longue durée. En outre, un ensemble global, comprenant des indicateurs des trois sous-ensembles a été défini²².

L'ensemble d'indicateurs se compose donc de 3 sous-ensembles, un pour chaque volet de la MOC et un ensemble chapeautant le tout²³. Le domaine de l'inclusion sociale ne fonctionne pas tant sur la base d'un lien à objectifs mais plutôt d'une tendance à la couverture des thématiques pertinentes (revenu, travail, logement, santé, enseignement, intégration).

Ainsi, les objectifs communs à partir de 2006 dans le domaine dit (en français et en anglais du moins) de « l'inclusion sociale » ont été sous le titre « *Donner un élan décisif à l'élimination de la pauvreté et de l'exclusion sociale* » de garantir l'accès de tous aux ressources, aux droits et aux services nécessaires pour participer à la société, tout en prévenant l'exclusion et en s'y attaquant, et en combattant toutes les formes de discrimination qui conduisent à l'exclusion ; d'assurer l'inclusion sociale active de tous en encourageant la participation au marché du travail et en luttant contre la pauvreté et l'exclusion et de veiller à ce que les politiques d'inclusion sociale soient bien coordonnées et fassent intervenir tous les échelons des Pouvoirs publics et l'ensemble des acteurs concernés, y compris les

21. L'objectif était double : créer un processus plus fort et assurer une meilleure intégration avec le processus de Lisbonne, notamment avec les grandes orientations des politiques économiques (GOPE) et la stratégie européenne en faveur de l'emploi (SEE)[2]. La Commission a proposé une structure de compte rendu et d'évaluation recouvrant les trois domaines, ainsi qu'un calendrier synchronisé avec les GOPE et les lignes directrices pour l'emploi.

22. En 2008, un ensemble à part entière d'indicateurs pour le volet santé a été convenu.

23. Pour les domaines des pensions et de la santé / soins de longue durée, une série d'indicateur a été élaborée pour chaque objectif. Pour les pensions, il s'agit d'indicateurs relatifs au caractère satisfaisant et la viabilité financière des pensions ainsi qu'à la gouvernance. Pour le volet santé, il s'agit des objectifs d'accessibilité, viabilité et gouvernance.

1

LES ÉVOLUTIONS
DE LA PROTECTION
SOCIALE

personnes en situation de pauvreté, et à ce que ces politiques soient efficaces et efficientes, et intégrées dans toutes les politiques publiques concernées, y compris les politiques économiques, budgétaires, d'éducation et de formation et les programmes des fonds structurels (notamment le FSE)²⁴. *Le Rapport conjoint 2008 sur la protection sociale et l'inclusion sociale* reprend ces idées sous le concept d'inclusion active et fait figurer parmi les « *trois piliers principaux* » une « *aide au revenu d'un niveau suffisant pour vivre dans la dignité* ».

En octobre 2008, la Commission européenne a proposé un nouveau plan visant à aider les États membres dans la mise sur pied de mesures en faveur de l'inclusion active. L'inclusion active consiste à offrir un emploi à un maximum de personnes tout en veillant à ce que ceux qui sont incapables de travailler bénéficient d'un soutien approprié afin de vivre dignement. Les mesures d'inclusion active doivent s'articuler autour de trois principes communs soumis à une interaction mutuelle, à savoir l'aide au revenu appropriée, qui reconnaît le droit fondamental de chacun à un degré approprié d'aide sociale et d'avantages de telle sorte à éviter toute exclusion sociale des marchés du travail inclusifs, où les gens en mesure de travailler sont épaulés pour réintégrer le marché du travail et conserver leur emploi et accès à des services de qualité comme la formation, l'aide au logement, la santé et la périculture.

Cette coopération *suus generis* entre les États membres, qui ne touche pas à la compétence législative de principe a-t-elle influencé l'évolution des minima sociaux ? Probablement, même si l'impact réel des travaux dans le cadre de la MOC est difficile à évaluer. Il a ainsi pu être démontré que les mesures de politiques familiales étaient tout autant convergentes que celles dans le domaine des minima sociaux, bien que ce premier champ ne fait pas l'objet d'échanges européens formalisés dans le cadre de la méthode ouverte de coordination²⁵.

Au demeurant, les minima sociaux n'apparaissent d'ailleurs que modestement à la rubrique « *garantie d'un revenu* ».

L'impression d'une certaine dilution de la problématique des garanties monétaires minimales est confirmée par les objectifs de l'année européenne de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale, qui n'y fait

24. Communication de la Commission au Conseil, au Parlement européen, au Comité économique et social européen et au Comité des régions – Travailler ensemble, travailler mieux – Un nouveau cadre pour la coordination ouverte des politiques de protection sociale et d'inclusion sociale dans l'Union européenne /* COM/2005/0706 final */.

25. Kessler F., Jorens Y., « Évolution de la protection sociale en 2006 », *MISSOC-Info* 1/ 2007 p. 1.

référence que par l'article 2 ou parmi d'autres figure l'ambition de « reconnaître le droit fondamental des personnes en situation de pauvreté et d'exclusion sociale à vivre dans la dignité et à prendre une part active à la société »²⁶.



II. Un mimétisme certain, des résultats incertains

L'écart entre les groupes sociaux s'est agrandi au cours des dernières années et rien ne laisse prévoir que cette tendance se renversera. Des tendances communes peuvent de surcroît être très clairement dégagées qui s'articulent autour de la priorité du retour à l'emploi, accompagné d'une évaluation individuelle d'un ciblage vers les personnes réellement dans le besoin (« *les truly needy* »²⁷), la « décentralisation » – de fait le transfert financier et organisationnel de la prise en charge des pauvres de l'État vers des collectivités territoriales infra-étatiques et la « redécouverte » de la famille comme technique de protection sociale contre la pauvreté.

« *La promotion d'un marché du travail favorisant l'inclusion s'attelant au problème de la pauvreté au travail et à la nécessité de rendre le travail rentable* ». Cette traduction européenne du slogan étasunien et britannique « *make work pay* » a conduit à la fusion dans certain pays de certains minima sociaux et à une individualisation des prestations. Les minima sociaux se voient dorénavant limitée dans le temps et accompagnée d'un renforcement des conditions de disponibilité pour le marché de l'emploi, et des mécanismes de contrôle et de sanction, etc. En filigrane réapparaît la vieille figure du « fainéant », qui choisi de vivre de ses allocations d'aide sociale plutôt que de trouver du travail.

A. Exemple 1 : la fusion des minima sociaux

On songe ici évidemment à la création du revenu de solidarité active RSA en France²⁸ ou encore au précédent de la fusion de l'aide au chômeur, prestation non contributive de l'assurance chômage allemande avec

26. Année européenne de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale (2011 - Document-cadre stratégique – Priorités et orientations pour les activités relatives à l'Année européenne 2010), Bruxelles.

27. Concept dégagé à propos de l'accès au soin pour le Président des États-Unis Ronald Reagan, cf. Stevens, R. and Stevens, R., *Welfare Medicine in America*. Free Press. New York City, NY. 1974 et qui reprend les distinctions classiques du XIX^e siècle entre « fainéants » et « nécessiteux » cf. Rosner D., « Health Care for the "Truly Needy" : Nineteenth-Century Origins of the Concept », *The Milbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society*, Vol. 60, No. 3 (Summer, 1982), p. 355 et bien sur Castel R., *Les Métamorphoses de la question sociale, une chronique du salariat*, Fayard, 1995.

28. Voir dans ce numéro p. 17.

1

LES ÉVOLUTIONS
DE LA PROTECTION
SOCIALE

le revenu minimum de l'aide sociale, par le « minimum garanti pour les personnes en quête d'emploi » (*Grundsicherung für Arbeitsuchende* également appelé *Arbeitslosengeld II* ou encore plus couramment « Hartz IV »²⁹).

Cette prestation vise à « renforcer la responsabilité individuelle des personnes nécessiteuses à capacité de travail entière, comme de ceux qui vivent avec elles dans une communauté de besoins, et à contribuer à ce qu'elles soient capables d'assurer leur subsistance indépendamment du minimum garanti, c'est-à-dire par leurs propres forces et moyens ». Ce minimum garanti se compose de deux types de prestations, destinées pour le premier à « réduire l'état de nécessité ou à lui mettre fin notamment par l'insertion en emploi » et, pour le second, à « assurer la subsistance ».

Cette fusion a été partiellement condamnée par la Cour constitutionnelle fédérale. Les juges de Karlsruhe, saisis par plusieurs familles de bénéficiaires, ont notamment jugé « que le droit constitutionnel à un minimum de vie humainement digne lu à la lumière du principe constitutionnel d'État social garantit à celui qui est dans le besoin les conditions matérielles qui sont indispensables à sa survie physique et un minimum de participation à la vie politique et culturelle ». Ces droits et principes supposent que les taux servant au calcul des prestations d'aide sociale soient « établis sur la base de critères suffisamment transparents, fondés et vérifiables sur la base de données sûres et selon des méthodes de calcul pertinents ». La cour a donné jusqu'au 31 décembre au législateur allemand pour corriger les défauts dûment répertoriés du dispositif « Hartz IV »³⁰.

B. Exemple 2 : « l'activation » des revenus minima passifs »

Les premières politiques danoises d'*aktivering* ont été initiées dès 1993³¹ mais cette mesure était accompagnée de nombreux services aux bénéficiaires de minima sociaux. De même, pour ce qui concerne le Royaume-Uni, la transformation, par le New Labour de la *unemployment*

29. Appellation tirée de l'intitulée de la « Quatrième loi pour des services modernes du marché de l'emploi », du 24 décembre 2003, surnommée Hartz IV, qui modifie pour l'essentiel le chapitre II du Code social (*Sozialgesetzbuch*).

30. BVerfGE, 9 février 2010, *Hartz IV* : http://www.bundesverfassungsgericht.de/entscheidungen/ls20100209_1bvl000109.html.

31. Kvist, J., L. Pederson L., Köhler P., « Making All Persons Work : Modern Danish Labour Market Policies », in Eichhorst, W., O. Kaufmann et R. Konle-Seidl (dir. publ.), *Bringing the Jobless into Work ? Experiences with Activation Schemes in Europe and the US*, Berlin, Springer, 2008.



benefit en jobseeker's allowance a été réalisée à la fin des années 1990³². Une loi belge du 7 août 1974 avait institué le droit à un minimum de moyens d'existence (minimex) qui garantit un revenu à toute personne dont les ressources sont insuffisantes pour satisfaire ses besoins essentiels. Depuis le 1^{er} octobre 2002, le minimex s'est transformé en « revenu d'intégration ». La Belgique adopte ainsi une « stratégie d'activation » en matière de revenu minimum. La nouvelle législation a également permis d'individualiser le droit aux prestations pour les conjoints. Les réformes finlandaises allant dans le même sens se sont faites par vagues successives entre 1998 et 2006³³.

Ces mesures d'activation comportent des services individualisés. Ainsi une nouvelle loi estonienne a posé en 2008, le principe de *gestion personnalisée* qui comprend une évaluation du cas de la personne, la formulation d'objectifs et la planification d'activités, la préparation du plan par cas – un document écrit à caractère informatif comprenant une évaluation des besoins de la personne en matière d'assistance et le plan d'action qui y correspond, l'aide et l'orientation d'une personne lors de l'exécution d'un plan d'activité pour résoudre ses problèmes, l'exécution de diverses activités par différentes personnes ou agences, l'évaluation des résultats et, si nécessaire, l'amendement du plan par cas et du plan d'action qui y correspond.

Par une loi néerlandaise entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009, les employeurs qui engagent des travailleurs qui sont (partiellement) handicapés ou qui sont au chômage depuis plus d'un an, peuvent introduire une demande de subside pour une durée d'un an. Cela a été repris dans la loi sur la stimulation de la participation au travail (*Wet stimuleren arbeidsparticipatie*). Une condition pour recevoir des subsides pour la charge salariale est que cela concerne un emploi « réel » : le travailleur doit combler un poste vacant existant ou un nouveau poste qui (en principe) dure plus d'une année. Les subsides s'élèvent jusqu'à 50 % du salaire minimum légal. Tandis que les employeurs ont droit à des subsides pour la charge salariale, les bénéficiaires qui reçoivent une allocation de chômage pendant plus d'un an, une prestation d'invalidité, ou de l'assistance sociale peuvent se qualifier pour ce que l'on appelle des « postes de participation » (*participatieplaatsen*). Les personnes qui sont placées à un poste de participation

32. Cappellari L., Jenkins S.P., *The dynamics of social assistance benefit receipt in Britain*, Institute for Social and Economic Research, Colchester, Working paper, n° 2009-29, 37 pages.

33. AHO, S., *Basic income support and services for uninsured jobseekers : German and Finnish institutions and reforms compared Comments and Statements*, Peer Review, Implementierung the news basic allowance for jobseekers, Berlin 2007.

1

LES ÉVOLUTIONS
DE LA PROTECTION
SOCIALE

au sein d'une société se préparent pour un travail réel. Pendant la période pendant laquelle elles sont placées à un « poste de participation », elles conservent leur droit à la prestation. Elles reçoivent également une formation et une prime de façon à bénéficier de la participation au travail en termes financiers.

Au Royaume-Uni l'*Employment and support allowance* (ESA – allocation de travail et de soutien) a été mise en place en octobre 2008 par *Jobcentre Plus* en vue de remplacer les indemnités d'incapacité, avec une prestation plus élevée pour les personnes souffrant d'incapacités ou d'affections les plus sévères. La nouvelle allocation s'assortit d'une nouvelle évaluation de la capacité à travailler (*Work Capability Assessment*), qui reflète de manière plus précise les besoins du marché du travail moderne. Une structure d'aide plus présente, davantage personnalisée est accessible aux clients et on attendra de la plupart d'entre eux qu'ils entreprennent une activité liée au travail en échange d'une prestation.

Le mimétisme des législateurs est patent, pourtant le Rapport européen conjoint sur la protection sociale et l'inclusion sociale pour 2009 note que « la plupart des États membres mentionnent l'inclusion active au nombre de leurs priorités. Néanmoins, les trois volets que sont la création de marchés du travail qui favorisent l'insertion, l'accès à des services de qualité et l'attribution de revenus adéquats continuent dans la plupart des cas de faire l'objet d'actions déconnectées les unes des autres ».

C. Exemple 3 : la manière forte : la diminution des minima sociaux pour « forcer au travail »

Le retour à la distinction classique entre « fainéants » et ceux qui sont incapables de travailler régit nombre de réformes des minima sociaux. De nombreux pays ont rendu plus difficile l'accès aux prestations de chômage et au revenu minimum qui en découle.

Ainsi, en janvier 2008, une modification de la loi sur l'assistance sociale bulgare est entrée en vigueur. La modification a limité la durée pendant laquelle les chômeurs peuvent recevoir des prestations mensuelles d'assistance sociale. La durée maximum a été réduite à 18 mois consécutifs. Depuis juillet 2008, la durée a été limitée à 12 mois. La mesure est appliquée uniquement aux personnes dont l'état de santé et la situation familiale leur permet de travailler³⁴.

34. « Évolution de la protection sociale en 2008 », *MISSOC-Info* 1/ 2009.

Au Royaume-Uni depuis le 1^{er} janvier 2010, les parents isolés réclamant une indemnité uniquement sur base de leur condition de parent isolé sont priés de chercher activement du travail dès que leur plus jeune enfant aura atteint l'âge de 7 ans (alors que depuis 2008 cet âge était de 16 ans).



Ces quelques exemples le montrent, il existe une tendance manifeste à faire dépendre, de manière plus stricte, les minima sociaux d'une volonté active de travailler et à renforcer les moyens qui incitent à travailler par le biais de réformes fiscales et de réformes de la protection sociale.

Il faut évidemment, pour la réussite de cette politique, des emplois, « des emplois de qualité » comme le répètent, sans les définir au demeurant, les divers rapports conjoints européens sur la protection sociale et l'inclusion³⁵. Et c'est bien là au fond le problème : les économies des pays européens ne produisent pas de tels emplois !

35. Rapport conjoint 2007 sur la protection sociale et l'inclusion sociale, SOC (52).



2

LE MANAGEMENT DE LA PROTECTION SOCIALE : TENDANCE ET ÉVOLUTION



L'offre de santé dans les Collectivités ultramarines

Jacqueline André-Cormier

Conseiller économique, social et environnemental, Groupe de l'Outre-mer,
Présidente de la Caisse de Prévoyance Sociale de Saint-Pierre-et-Miquelon

Avec ses deux millions et demi d'habitants, l'Outre-mer français se caractérise par une extraordinaire diversité. Au croisement des métissages historiques et culturels, les Collectivités ultramarines apportent à la France une précieuse position géostratégique, un potentiel économique, une biodiversité maritime et terrestre d'une grande richesse stratégique.

L'Outre-mer français n'est pas un ensemble homogène. Les onze Collectivités ultramarines qui le composent, marquées par leur passé colonial et désavantagées par leur isolement, ont aussi en commun leur éloignement avec la métropole.

L'Outre-mer est certes extra-européen au plan géographique ; il n'en demeure pas moins partiellement compris dans l'espace européen aux plans administratif et politique. La France est le seul État membre de l'Union européenne à disposer d'une diversité institutionnelle pour son Outre-mer. Deux statuts se côtoient : d'une part les Régions ultrapériphériques (RUP), statut dont relèvent les départements d'Outre-mer (DOM) que sont la Réunion, la Martinique, la Guadeloupe, la Guyane, ces départements étant pleinement intégrés à l'Union européenne et éligibles aux Fonds structurels européens (FEDER et FSE) ; d'autre part, les pays et territoires d'Outre-mer (PTOM), statut dont relèvent les Collectivités d'Outre-mer au sens 74 de la constitution. Ces Collectivités se trouvent dans une relation d'association avec l'Europe. Sont concernés par ce statut, Wallis et Futuna et Saint-Pierre-et-Miquelon. Mayotte depuis le référendum de mars 2009 évolue vers une départementalisation. La Nouvelle Calédonie et la Polynésie française ont un statut particulier dans la constitution qui confère à leurs gouvernements un rôle exécutif entraînant une autonomie de gestion dont, entre autre, le domaine de la santé.

Garantir aux populations ultramarines un accès à la santé dans le respect des principes fondamentaux du système de santé français que sont la solidarité et l'égalité d'accès à des services de santé de qualité quel

2

LE MANAGEMENT DE LA PROTECTION SOCIALE : TENDANCE ET ÉVOLUTION

que soit leur lieu de résidence, est l'un des grands défis que la puissance publique doit relever. On tombe malade là où l'on est, d'où l'importance du territoire, lieu où s'acquiert, se conserve et se retrouve la santé. Le Conseil économique social et environnemental a choisi de s'intéresser à ce sujet de « l'offre de santé dans les Collectivités ultramarines » et a voté un rapport et avis en juin 2009.

Le rapport pose une vision d'ensemble sur l'organisation de la santé dans l'Outre-mer français. La majorité des Collectivités ultramarines accusent un retard de développement par rapport à la métropole et à l'Europe. Le taux de chômage y est plus élevé et les bénéficiaires de minimas sociaux peuvent parfois représenter plus du quart de la population dans certains territoires. Dans l'ensemble, l'espérance de vie est plus faible qu'en métropole, inégalité qui se traduit par des comportements à risque et une forte mortalité évitable.

Beaucoup de Collectivités d'Outre-mer ont une population jeune même si l'on constate un phénomène de vieillissement des populations qui est à prendre en compte rapidement.

Bien que pauvres par rapport à la métropole et à l'Europe, les Collectivités ultramarines sont en revanche relativement prospères dans leur environnement géographique ce qui les rend attractives pour les populations des pays environnants les exposant ainsi à une immigration parfois massive comme en Guyane, à Mayotte ou encore aux Antilles.

Les indicateurs de santé disponibles témoignent d'une mortalité prématurée révélant des lacunes dans les politiques de prévention et d'éducation à la santé. Le recueil des données est encore très insuffisant.

Les risques naturels (séismes, cyclones, éruptions volcaniques), les risques sanitaires particuliers liés à l'habitat insalubre (leptospirose, gastro-entérite) les épidémies (paludisme, dengue, chykungunya) impactent l'offre de soins avec des épisodes récurrents de crise à gérer.

L'Outre-mer français se caractérise également par la cohabitation des maladies liées à la pauvreté et au climat tropical (lèpre, bérubéri, dengue, malnutrition...) avec des maladies de pays riches particulièrement prégnantes telles que l'hypertension artérielle, le diabète, les maladies cardiovasculaires, l'obésité, par une contamination importante du virus VIH/sida et un nombre important d'IVG.

L'éloignement de la métropole a des conséquences inévitables sur les dépenses de santé liées au transport des produits et à la surrémunération accordée à certains professionnels. Plusieurs de ces Collectivités sont

confrontées au souci permanent d'accès aux structures sanitaires pour des communautés isolées au sein de leur territoire. Les difficultés liées à la démographie médicale sont plus aiguës qu'en métropole avec parfois de lourdes conséquences sur le fonctionnement des services de santé.



À l'instar de la métropole, les Collectivités ultramarines ne sont pas indemnes de menaces liées à l'environnement.

Le rapport relève également les points forts développés par chaque Collectivité dans l'élaboration de son système de santé. Les Collectivités d'Outre-mer savent innover et des succès tels que la télémédecine, le développement des filières de soins, la prise en charge sanitaire graduée des patients, la performance de la veille sanitaire, le maillage des Territoires ou encore la mutualisation des moyens déployés au sein de structures innovantes (centres de santé, dispensaires, hôpitaux de proximité...) méritent d'être reconnus. Trop souvent, ces réussites ne dépassent pas les limites des Territoires alors même qu'un échange de compétences et d'expériences innovantes sur des problématiques communes serait de nature à améliorer la prise en charge sanitaire des populations ultramarines.

Le CESE a souligné que les carences évoquées dans son rapport ne devaient pas masquer l'investissement et les efforts développés par les pouvoirs publics pour améliorer la santé des populations ultramarines.

Ces insuffisances sont une base de réflexion pour faire émerger, des pistes de progrès réalisables afin de répondre, dans une optique de qualité et de sécurité maximale, aux besoins de santé des populations d'Outre-mer.

C'est à partir de ces constats que l'avis a formulé les propositions concrètes suivantes communes à plusieurs Collectivités :

I. Promouvoir et développer la prévention et l'éducation pour la santé

Le Conseil économique, social et environnemental estime que la prévention relève d'une politique volontariste globale incluant l'éducation à la santé et la lutte contre la précarité et l'exclusion. Il souligne la pertinence d'une action transversale dans le domaine de l'éducation à la santé ainsi que la mise en réseau pour faciliter les échanges entre les territoires et les collectivités.

2

LE MANAGEMENT
 DE LA PROTECTION
 SOCIALE :
 TENDANCE ET
 ÉVOLUTION

Le CESE insiste en particulier sur l'urgence à développer une prise en charge et un suivi spécifique de la jeunesse, compte tenu de la forte proportion des moins de 20 ans au sein de la population ultramarine.

L'assemblée demande également aux pouvoirs publics d'agir rapidement sur les déterminants de santé liés à l'environnement.

En matière de prévention et d'éducation à la santé, six axes particuliers sont préconisés :

- affirmer et clarifier le rôle de l'État et des collectivités territoriales ;
- renforcer la prévention relative aux grossesses précoces et développer l'éducation à la sexualité ;
- renforcer le rôle de l'Éducation nationale ;
- promouvoir l'éducation thérapeutique du patient ;
- développer la connaissance de l'étude épidémiologique des maladies à transmission vectorielle ;
- renforcer la lutte anti-vectorielle.

II. Développer la télémédecine

L'isolement et l'éloignement des Collectivités d'Outre-mer, les problèmes de démographie médicale, la prévalence des maladies chroniques ainsi que l'étendue de certains territoires faiblement peuplés font des entités ultramarines des lieux privilégiés pour le développement et l'évaluation de la télémédecine.

Le Conseil propose que l'expérience positive de télémédecine développée en Guyane soit reconnue, que cette expérience profite d'une large diffusion et que les savoir-faire sur ce sujet fassent l'objet d'une nouvelle répartition des tâches médicales, organisationnelles, techniques et technologiques.

Le Conseil économique social et environnemental demande également la poursuite accélérée du programme d'équipement en haut débit et très haut débit sur l'ensemble des territoires des Collectivités ultramarines et le cas échéant en infrastructures de communication par satellite.

Il est également recommandé que la pratique de la télémédecine fasse l'objet d'une formation professionnelle initiale et continue des professionnels de santé et que la mise en pratique de la télémédecine soit accompagnée d'une campagne de sensibilisation et d'information du grand public.

III. Favoriser la coopération sanitaire régionale internationale



A. Améliorer l'accès aux soins des personnes n'ayant pas de titre de séjour

Le Conseil économique, social et environnemental préconise que la réglementation applicable en France métropolitaine sur les conditions d'accès aux soins pour les personnes en situation précaire ou sans titre de séjour soit étendue à Mayotte. De plus, une attention particulière doit être apportée en vue de faciliter les démarches des personnes fragilisées par la précarité économique et sociale sur l'ensemble des collectivités ultramarines.

B. Mieux connaître les besoins de santé des populations immigrées

L'assemblée estime qu'une meilleure connaissance des populations immigrées dans les Collectivités d'Outre-mer s'impose compte tenu des situations préjudiciables pour leur santé dans lesquelles elles évoluent.

C. Développer l'accès à la santé dans les pays migrants

Le Conseil économique social et environnemental préconise le développement de plateformes permanentes de coopération appuyées par l'utilisation de la télémédecine entre les Collectivités d'Outre-mer et les pays voisins.

IV. Développer les coopérations entre les Outre-mer

A. Développer les coopérations régionales

Le CESE souhaite que soient encouragées les coopérations sanitaires entre les Collectivités ultramarines d'une même zone géographique et préconise que les réflexions sur l'organisation sanitaire dépassent le cadre des seuls territoires pour s'intégrer dans une logique environnementale régionale française.

2

LE MANAGEMENT
 DE LA PROTECTION
 SOCIALE :
 TENDANCE ET
 ÉVOLUTION

B. Mettre en place une structure d'échange

Il est également proposé qu'une structure dédiée à l'organisation de la santé Outre-mer qui regrouperait sous forme de volontariat, l'ensemble des acteurs intervenant dans le champ de la santé, soit mise en place. Cette structure permettrait aux Collectivités de mutualiser leurs expériences et de développer ainsi une coopération touchant l'ensemble des sujets transversaux.

V. Améliorer le recrutement médical

Pour le Conseil, le recrutement médical serait également facilité par l'apport de nouvelles technologies comme l'utilisation de la télémédecine ainsi que par des plateaux techniques performants. À partir des besoins évalués pour les prochaines années, il serait opportun de continuer à regrouper en interrégional les formations nécessaires à la couverture de l'offre de santé.

VI. Améliorer le financement des hôpitaux

Le CESE suggère que la situation financière des établissements hospitaliers dans l'Outre-mer soit prise en compte par une actualisation du coefficient géographique applicable et par une participation exceptionnelle aux créances irrécouvrables.

VII. Développer le travail en réseau de soins et les démarches de coopération interprofessionnelle

Les différentes offres médicales, médecins libéraux, hôpitaux, centres de santé, dispensaires gagneraient à travailler en réseau de façon complémentaire, afin d'apporter une réponse la plus adaptée possible à la population.

VIII. Améliorer la gestion de la garde et de l'urgence



Le Conseil économique, social et environnemental demande qu'une réflexion soit conduite dans chaque Collectivité et dans chaque région d'Outre-mer, pour optimiser la réponse apportée dans le cadre des urgences afin que soient dégagées les coopérations indispensables entre les compagnies privées en charge des transports, la protection civile, le SAMU et l'armée. La mutualisation des financements mis à disposition des Collectivités situées dans une même zone géographique pourraient aboutir à des investissements en vecteurs héliportés, en particulier dans les Caraïbes.

IX. Redéfinir la formation et la réglementation d'exercice des infirmiers

Trois points sont avancés par les CESE pour faciliter l'exercice infirmier en milieu isolé :

- la modification du cadre juridique applicable ;
- la formation préparatoire du personnel infirmier à la prise de fonction ;
- la supervision à distance par un médecin grâce au support des nouvelles technologies (télémédecine).

X. Développer les observatoires de la santé

Le Conseil économique, social et environnemental demande la mise en place d'un observatoire de santé dans chaque territoire d'Outre-mer.

En plus des propositions transversales concernant l'ensemble des Collectivités, le Conseil économique et social et environnemental a formulé des recommandations spécifiques pour chacune des Collectivité d'Outre-mer.

Trouver l'équilibre entre sécurité sanitaire, qualité de l'offre dispensée, organisation des transports et maîtrise des dépenses reste une équation difficile à résoudre dans notre espace ultramarin.



Quelques opinions de dirigeants de Caisses de Sécurité sociale, au regard de celles des Français et des Européens

Julien Damon

Professeur associé à Sciences Po (Master d'urbanisme)

Cette contribution, de format original, s'appuie sur une enquête réalisée à l'occasion des « Premières rencontres du régime général » organisées par l'UCANSS les 1^{er} et 2 décembre 2009. Il s'agissait d'une interrogation, réalisée par voie électronique, des participants à ces deux journées de colloque¹. Une centaine de Directeurs ont bien voulu accepter de renseigner le questionnaire. Celui-ci n'était pas constitué de questions adaptées à l'événement et à la population, mais d'éléments tirés de questionnaires d'études plus larges menées régulièrement par le Crédoc sur les aspirations et les conditions de vie des Français. Quelques questions ont également été reprises de sondages Eurobaromètres, ce qui permet, habituellement, de situer les Français dans le concert européen, et donc maintenant également les dirigeants. Enfin quelques questions ont été extraites des enquêtes dites « Valeurs » (car, précisément, elles portent sur les valeurs), menées tous les dix ans².

L'idée était simple : situer les opinions, aspirations, craintes, observations des Directeurs au regard de ce que pensent, estiment, redoutent, apprécient les Français et les Européens. L'exercice n'a pas d'autre objectif que d'informer et de s'étonner.

La démarche ne saurait être dite d'une irréprochable qualité scientifique. L'échantillon ainsi constitué *de facto* n'est pas véritablement représentatif de la population des Directeurs des Caisses de Sécurité sociale du régime général. La centaine de directeurs interrogés n'est pas un

1. Mille mercis à Cédric Duboudin (UCANSS).

2. Avec ces trois sources de questions, on a pris les résultats des vagues d'enquêtes les plus récentes (généralement 2009), afin de les comparer avec les résultats de l'enquête auprès des Directeurs menée en novembre 2009.



échantillon de Directeurs, mais la population particulière des participants à ce colloque. Quelques comparaisons montrent que les grandes proportions sont néanmoins, globalement, respectées, même si, encore une fois, on est loin de la parfaite exactitude. On trouve ainsi 28 % de femmes parmi les enquêtés (contre 22 % en population générale des Directeurs). On trouve également 76 % de Directeurs âgés de 50 ans et plus (contre 80 % en population générale des Directeurs). Redresser l'échantillon n'a pas grand intérêt, car il n'est déjà pas de taille importante. La présentation des résultats est donc juste là pour quelques constatations et surprises, sans que les chiffres soient à prendre à la lettre (si on peut se permettre l'expression).

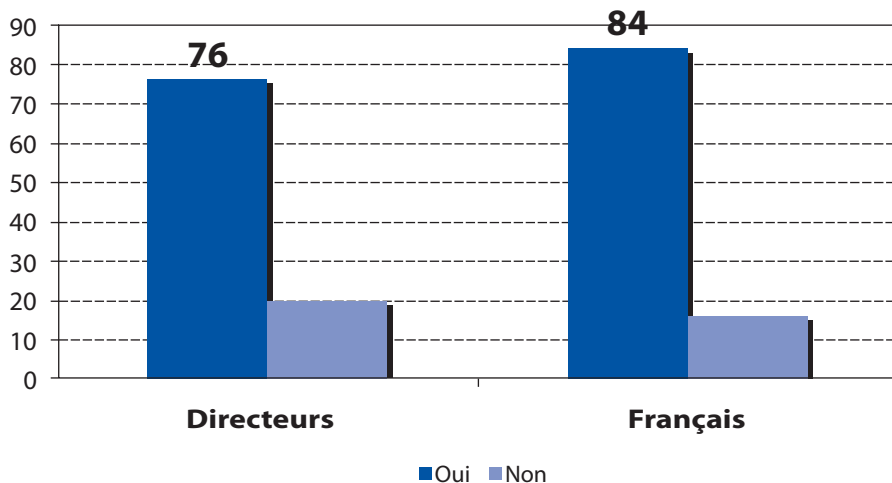
Il faut encore préciser (et c'est la dernière précision introductive) que les comparaisons termes à termes avec les populations française et européenne devraient commander des régressions logistiques (pour raisonner « toutes choses égales par ailleurs »). On s'économise cette complication (pour l'auteur mais aussi pour les lecteurs), d'abord parce que la taille de la population enquêtée le légitime peu et, surtout, car on compare bien des Directeurs actuellement en poste et en responsabilité (avec, donc, leurs spécificités, d'âge en particulier).

Plutôt que de longs développements, on présentera seulement quelques graphiques. Les feuilleter, nous semble source d'informations étonnantes, parfois souriantes, sur quelques calages et décalages, convergences et divergences, entre les Directeurs et la population française. Seuls quelques commentaires descriptifs rapides accompagnent, pour faciliter la lecture, la suite des graphiques.

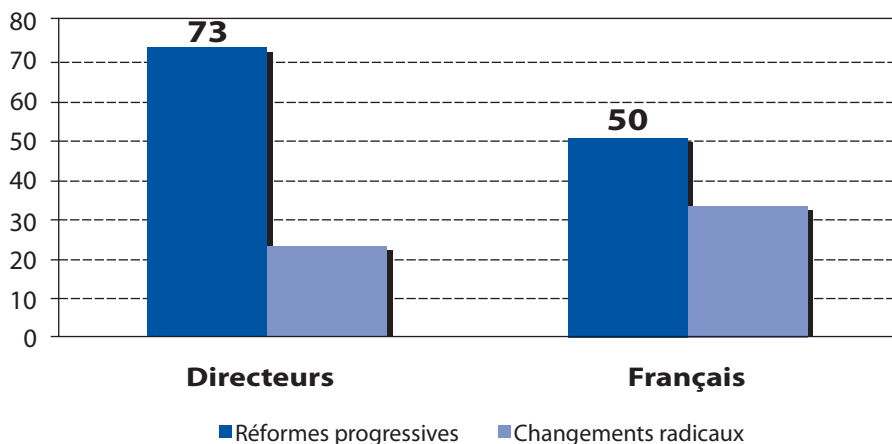
Des Directeurs (un peu) moins réformistes et radicaux que les Français

84 % des Français considèrent que la société française doit se transformer profondément, ce n'est le cas « que » de 76 % des Directeurs. La différence n'est pas d'une grande significativité. En revanche, 20 % « seulement » des Directeurs se prononcent pour des changements radicaux, alors que c'est le cas d'un tiers des Français.

« Estimez-vous que la société française a besoin de se transformer profondément ? »



« Pour que la société change comme vous le souhaitez, êtes-vous pour des réformes progressives ou des changements radicaux ? »



Un pessimisme élevé face à l'avenir (pour sa situation personnelle)

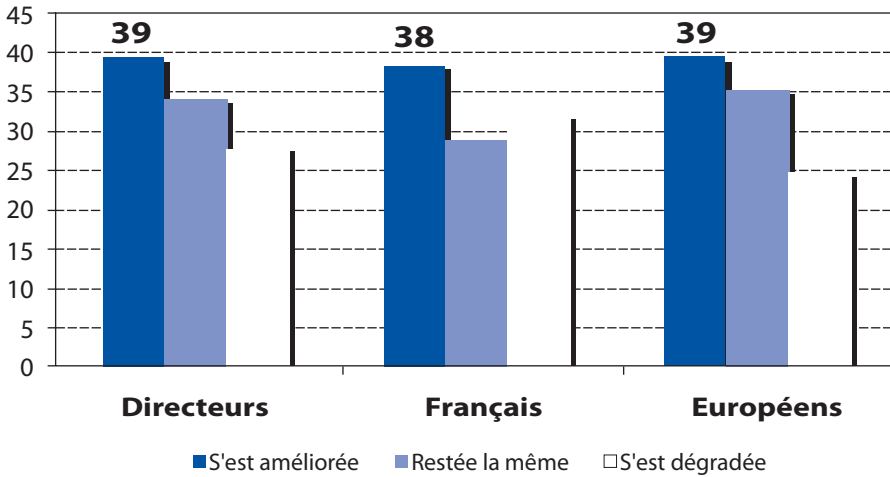
Sur le passé récent, les Directeurs sont, comme les Européens et les Français, autour de 40 % à estimer que leur situation s'est améliorée. Un quart des Directeurs pensent qu'elle s'est dégradée ; un tiers estiment qu'elle est restée la même. Les Français sont un rien plus pessimiste puisque c'est le tiers d'entre eux, contre le quart des Directeurs, qui affichent une dégradation ressentie de leur situation. En revanche, au sujet

2

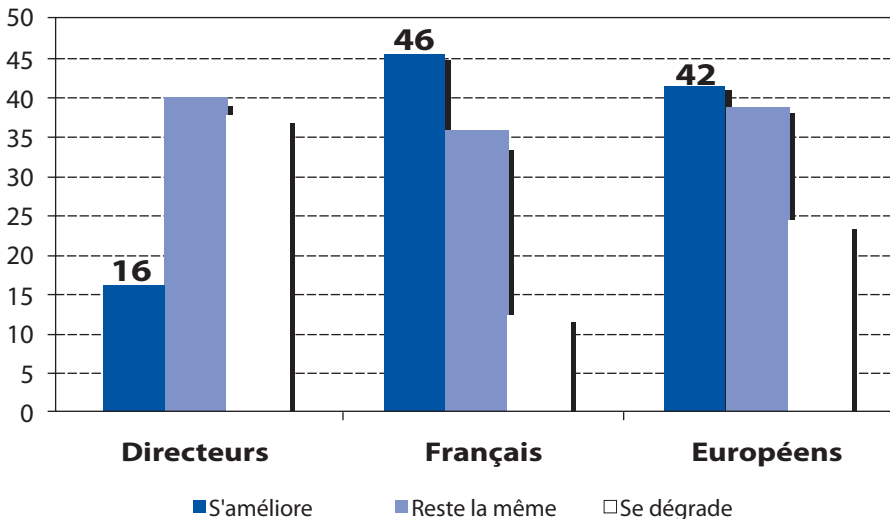
LE MANAGEMENT
 DE LA PROTECTION
 SOCIALE :
 TENDANCE ET
 ÉVOLUTION

de l'avenir, les Directeurs se distinguent très nettement par leur pessimisme. 46 % des Français pensent que leur situation s'améliorera sur les cinq prochaines années. Ce n'est le cas que de 16 % des Directeurs (30 points de moins). Plus du tiers des Directeurs pensent que leur situation va se dégrader. Ce n'est le cas que de 10 % des Français.

« Si vous comparez votre situation actuelle à celle d'il y a cinq ans, pensez-vous qu'elle s'est améliorée, qu'elle est restée à peu près la même ou qu'elle s'est dégradée ? »



« Au cours des cinq années à venir, vous attendez-vous à ce que votre situation personnelle s'améliore, reste à peu près la même ou se dégrade ? »



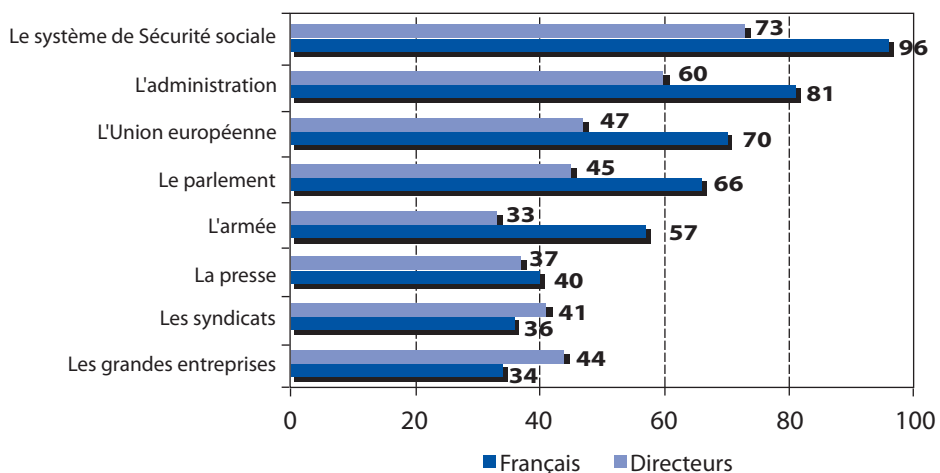
2

LE MANAGEMENT
DE LA PROTECTION
SOCIALE :
TENDANCE ET
ÉVOLUTION

La Sécurité sociale valorisée

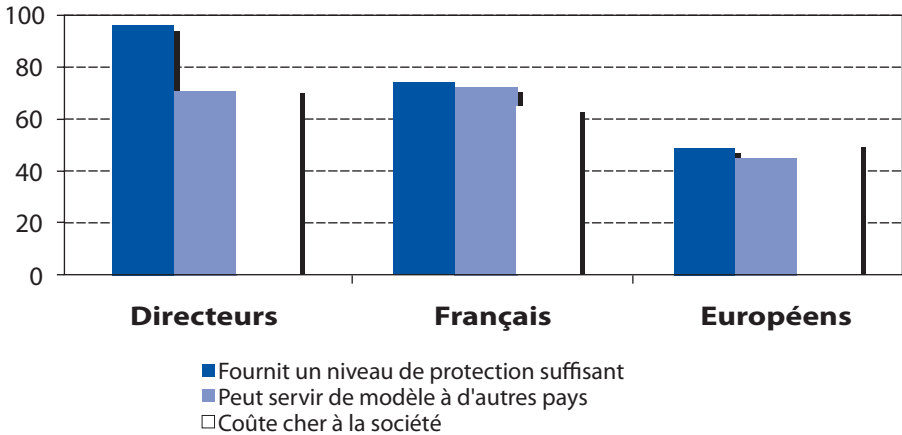
Sans surprise (le contraire aurait été particulièrement préoccupant), les Directeurs déclarent, pour la quasi intégralité d'entre eux, faire confiance au « système de Sécurité sociale ». Les Français, pour les trois quarts d'entre eux, accordent leur confiance à la Sécurité sociale. C'est cette dernière qui est au premier rang de la confiance. Aux derniers rangs des institutions auxquelles on déclare faire confiance on trouve, pour les Français, l'armée et la presse. Pour les Directeurs, ce sont les syndicats et les grandes entreprises qui engrangent les plus mauvais scores.

« Pour chacune des institutions suivantes, quel est votre niveau de confiance ? »



Les Français, au sein de l'Union européenne, sont les plus enclins à considérer que leur système de Sécurité sociale peut servir de modèle à d'autres pays. Les trois quarts des Français sont d'accord, et c'est le cas aussi des Directeurs. Plus que les Européens (en moyenne à 50 %), les Français (62 %) jugent le système trop coûteux. Les Directeurs sont plus de 70 % dans ce cas. Ils se distinguent surtout par l'opinion selon laquelle le système fournit un niveau de protection suffisant. C'est le cas de 97 % d'entre eux. Ce n'est le cas que de 74 % des Français, mais aussi (pour mettre aisément en perspective) de seulement 49 % des Européens.

« Pensez-vous que les affirmations suivantes s'appliquent au système de Sécurité sociale ou pas ? Notre système de Sécurité sociale ... »



La Sécurité sociale, amortisseur efficace de la crise

Pour finir, l'enquête auprès des Directeurs traitait de questions qui leur étaient uniquement posées, ce qui ne permet donc pas de comparaison avec les Français. Invités à noter de 1 (pour total désaccord) à 10 (total accord), quelques affirmations, ils considèrent – à la différence de ce qui se diffuse et s'instille de plus en plus dans le débat public – que la Sécurité sociale n'est pas un frein à la croissance. Surtout, rebondissant sur le regain de considération internationale pour le « modèle social français », les Directeurs soulignent les incontestables qualités de la Protection sociale française en tant qu'amortisseur social de la crise. Ils ne plébiscitent toutefois pas un modèle immuable, et davantage qu'une Sécurité sociale adaptée à son époque, ils estiment que des réformes structurelles sont nécessaires, au moins face à la dette accumulée.

Note moyenne sur une échelle de 1 (total désaccord) à 10 (total accord) :

<i>La Sécurité sociale est un frein à la croissance</i>	2,8
<i>La Sécurité sociale est adaptée à son époque</i>	6,6
<i>La dette accumulée appelle des réformes structurelles</i>	7,8
<i>La Sécurité sociale est un amortisseur efficace de la crise</i>	8,8

Que retenir de cette présentation rapide d'une enquête rapide ? Rappelons, une ultime fois, qu'il ne s'agit pas là d'une démarche relevant de la rigueur absolue des conventions statistiques. Ce ne sont que quelques images proposées pour éclairer les débats, en se surprenant parfois, en

2

LE MANAGEMENT DE LA PROTECTION SOCIALE : TENDANCE ET ÉVOLUTION

se situant utilement toujours. Au-delà des résultats, on peut retenir la démarche. Les coûts d'une telle investigation, menée aisément en interne, sont très faibles. Et une telle démarche, reproductible et adaptable, permet une représentation aisée, proposée à la discussion, de ce qu'estiment, attendent, appréhendent des gens participant à une réunion. On a là un véritable outil de travail, à développer potentiellement dans les Caisses, auprès des dirigeants certes, mais aussi de tous les agents.



Régime général des salariés et régime des travailleurs indépendants : à prestations quasi identiques, charges contributives inégalitaires

Vincent Ravoux

Directeur général de l'Urssaf de Paris – Région parisienne*

Il est d'idée répandue que le régime général des salariés est de beaucoup plus favorable que le régime des non-salariés tant au regard des prestations attribuées que des cotisations versées.

Cette approche résiste-t-elle à une analyse comparative des prestations et des charges contributives versées respectivement par les travailleurs indépendants et les employeurs pour leurs salariés ?

La comparaison entre régimes de Protection sociale est toujours très délicate et très complexe à réaliser, aussi, pour des raisons évidentes de compréhension et surtout de lisibilité, je me limiterai à une approche croisée synthétique de ces 2 régimes et d'énoncer quelques propositions d'évolution.

I. La situation actuelle

Si l'étude méthodique et comparative des prestations servies aux salariés relevant du régime général de la Sécurité sociale et aux travailleurs indépendants (artisans, commerçants et professions libérales) par les organismes de base de Sécurité sociale au titre des allocations familiales, de la vieillesse et de la maladie, maternité, invalidité et décès montre une large homogénéité tant dans leur nature que dans leurs modalités de calcul et de versement, le financement de ces prestations par les cotisations assises sur les revenus d'activité salariée ou non salariée fait, en revanche, apparaître des différences sensibles.

* Ce texte n'engage que son auteur.

2

LE MANAGEMENT
DE LA PROTECTION
SOCIALE :
TENDANCE ET
ÉVOLUTION

A. Des prestations largement identiques

L'analyse comparative des prestations en nature et en espèces servies par les organismes de base de la Sécurité sociale aux assurés sociaux affiliés soit au régime général, soit au régime des non-salariés, reproduite en annexe de la présente note, permet de les classer en trois grandes catégories :

- les prestations identiques, c'est-à-dire étant strictement les mêmes entre les deux régimes ;
- les prestations similaires, c'est-à-dire présentant des différences dans le mode de calcul ou d'acquisition sans que le montant final de la prestation ne soit significativement différent ;
- les prestations au mode de calcul dissemblable, c'est-à-dire des prestations présentant des schémas d'acquisition complètement différents.

Comparaison des prestations servies par rapport à celles du régime général	Artisans	Commerçants	Professions libérales
Allocations familiales	Identique	Identique	Identique
Prestations en nature maladie maternité	Identique	Identique	Identique
Indemnisation du congé maternité et d'adoption	Similaire	Similaire	Similaire
Indemnisation du congé de paternité	Identique	Identique	Identique
Indemnités journalières	Similaire	Similaire	Non concerné
Invalidité	Similaire	Similaire	Dissemblable
Capital décès	Similaire	Similaire	Dissemblable
Prestations vieillesse	Identique	Identique	Dissemblable

Le détail de cette analyse comparative des prestations servies figure en annexe 1.

Ce tableau synoptique fait ressortir que les artisans et commerçants d'une part, et les salariés d'autre part, bénéficient d'une couverture sociale de base identique ou quasi identique.

En revanche, si les professionnels libéraux bénéficient de prestations sociales identiques ou similaires à celles des salariés pour certains risques



(allocations familiales, prestations en nature maladie, maternité, paternité) de fortes disparités doivent être relevées : ils ne sont pas indemnisés en cas d'arrêt de travail dû à la maladie, le montant de leur pension invalidité est fonction de la classe de risque à laquelle ils ont cotisé (par exemple les professionnels relevant de la Cipav), leur pension de retraite est calculé en points et non en annuités, sans que l'on puisse dire s'il y a une véritable différence de rendement entre les différents régimes. Les travaux en cours dans le cadre du Conseil d'orientation des retraites permettront d'éclairer la situation ¹.

B. Des assiettes et des taux de cotisations différents pour des prestations quasi identiques

La comparaison faite sur l'effort contributif pour l'obtention de prestations identiques ou quasi identiques montre des différences sensibles sur les assiettes de cotisations et les taux de cotisations.

	Artisans-commerçants	Professions libérales	Régime général (parts patronales et salariales)
Allocations familiales	5,40 % sur la totalité des revenus	5,40 % sur la totalité des revenus	5,40 % sur la totalité des revenus
Cotisations maladie et maternité	6,50 % dans la limite du plafond et 5,90 % entre un et cinq plafonds	6,50 % dans la limite du plafond et 5,90 % entre un et cinq plafonds	13,55 % sur la totalité des revenus pour l'ensemble des risques
Indemnités journalières	0,7 % dans la limite de cinq plafonds	Non concerné	
Invalidité – décès	1,80 % (artisans), 1,30 % (commerçants) dans la limite d'un plafond	Système particulier par classe de risque (CIPAV)	
Cotisations vieillesse	16,65 % dans la limite d'un plafond	8,60 % dans la limite de 0,85 du plafond et 1,60 % sur la part du revenu excédant 0,85 % mais dans la limite de 5 plafonds	16,65 % dans la limite d'un plafond et 1,70 % au-delà d'un plafond

1. Cf. les documents de travail de la séance plénière du Conseil d'orientation des retraites en date du 8 avril 2009.

2

LE MANAGEMENT DE LA PROTECTION SOCIALE : TENDANCE ET ÉVOLUTION

De cette comparaison, un certain nombre de constats peuvent être tirés :

- les allocations familiales sont financées par une cotisation proportionnelle aux revenus ; même taux et même assiette que le revenu soit de nature salariée ou non salariée ;
 - la charge contributive concourant au financement des prestations maladie, maternité, invalidité, décès et indemnités journalières est toujours proportionnelle au revenu lorsqu'il s'agit d'un revenu salarié mais est plafonnée pour un revenu non salarié ;
 - l'effort contributif des travailleurs indépendants (artisans, commerçants et professions libérales) pour le risque maladie-maternité est inversement proportionnel au montant de leur revenu : le taux de la cotisation calculé sur le revenu perçu décroissant au fur et à mesure que le revenu augmente puisque l'assiette des cotisations est limitée à 5 fois le plafond. Ainsi, pour un travailleur indépendant qui perçoit un revenu inférieur ou égal au plafond de la Sécurité sociale, soit 34 620 €, sa cotisation effective s'élèvera à 6,50 % alors qu'elle sera de 6,02 % pour un revenu égal à 5 plafonds de la Sécurité sociale (soit 173 100 € assiette maximale de cotisations pour ce risque) et ramenée à 3,01 % pour un revenu égal à 10 plafonds de la Sécurité sociale soit 343 080 €.
- Le même constat doit être opéré pour les cotisations se rapportant aux risques invalidité, décès et indemnités journalières des artisans et commerçants ;
- si le taux de la cotisation finançant le risque vieillesse est identique pour les salariés, les artisans et les commerçants pour un revenu au plus égal au plafond de la Sécurité sociale (16,65 %), le revenu salarié supporte un taux de cotisation supplémentaire de 1,70 % assis sur la partie des revenus supérieure au plafond sans que cette cotisation ouvre de droits spécifiques aux salariés.

II. Propositions d'évolution

Au vu des observations faites (niveau de prestations et niveau de contributions) et pour établir une équité entre ressortissants des différents régimes² – la nature salariée ou non salariée attachée au revenu contributif

2. L'argument spécieux, qui consiste à justifier une contribution réduite par une consommation moindre n'a pas été examiné, puisqu'il est absolument contraire au principe de solidarité de notre Sécurité sociale. Il n'est d'ailleurs pas prouvé que la consommation des professions libérales soit différente de celle des cadres supérieurs salariés.

2

LE MANAGEMENT
DE LA PROTECTION
SOCIALE :
TENDANCE ET
ÉVOLUTION

ne saurait fonder des disparités tant en ce qui concerne l'assiette que les taux applicables –, il serait équitable :

- d'aligner l'assiette contributive des travailleurs indépendants sur celle du régime général des salariés pour les risques maladie, maternité, indemnité journalière, invalidité et décès et donc de supprimer le plafonnement de l'assiette contributive. Cet alignement conduirait à asseoir la cotisation maladie-maternité sur la totalité des revenus perçus par les travailleurs indépendants (artisans, commerçants et professions libérales). Il doit en être de même pour la cotisation des risques invalidité, décès et indemnités journalières des artisans et des commerçants ;
- d'harmoniser les taux de cotisations finançant les risques maladie, maternité, invalidité, décès et indemnités journalières assis sur les revenus des artisans et commerçants au niveau de celui du régime général des salariés. Cette harmonisation tendrait à ce que la charge contributive assise sur les revenus d'activité salariée ou non salariée soit la même dès lors que le niveau des prestations servies est similaire ou identique ;
- de réaliser la même opération d'harmonisation pour les professions libérales mais en prenant en compte les particularités de leur régime comme l'absence de versement d'indemnités journalières en cas de maladie ou les règles particulières de financement du risque invalidité décès applicables dans certains régimes comme celui de la CIPAV ;
- d'homogénéiser les taux et les assiettes de cotisations retraite entre le régime général et les artisans commerçants ce qui conduirait à asseoir sur la partie du revenu des artisans commerçants excédant le plafond de la Sécurité sociale, la contribution de 1,70 % mise à la charge des employeurs et salariés sur la partie du revenu supérieure au plafond de la Sécurité sociale.

Ces propositions d'évolution qui s'inscrivent dans le cadre plus général de la pérennisation du financement de la Sécurité sociale entraîneront, si elles sont mises en œuvre, une majoration de la charge contributive de l'ensemble des travailleurs indépendants. Toutefois, certaines de celles-ci, dont la proposition relative au déplafonnement de la cotisation maladie-maternité, ne concernent que les seuls travailleurs indépendants percevant des revenus égaux ou supérieurs à cinq plafonds de la Sécurité sociale (soit 173 100 € en 2009) donc des revenus conséquents, mais n'est-il pas légitime, pour des prestations identiques, que la charge contributive s'y rapportant soit la même pour des revenus de même montant ?

2

LE MANAGEMENT
 DE LA PROTECTION
 SOCIALE :
 TENDANCE ET
 ÉVOLUTION

Annexe 1. Comparatif des prestations servies entre le régime général et les prestations des organismes de non-salariés

La comparaison est effectuée sur la situation de janvier 2009.

■ Les prestations familiales

Les prestations sont totalement identiques dans les 2 régimes.

■ Les prestations vieillesse

➤ Le risque vieillesse de base des artisans et commerçants

Les conditions tenant aux règles de liquidation (âge, cas particuliers, durée d'assurance), de paiement (taux plein ou minoré, surcote par trimestre supplémentaire de cotisation) et de calcul de la pension de base des commerçants et des artisans sont identiques à celles applicables aux salariés relevant du régime général (alignement à effet du 1^{er} janvier 1973 – principe posé à l'art. L. 634-1 du Code de la Sécurité sociale).

➤ Le risque vieillesse de base des professions libérales

Si les conditions de liquidation et de paiement de la retraite de base sont identiques à celles des artisans, commerçants et salariés, les modalités de calcul de la pension diffèrent profondément puisqu'elles sont calquées sur celles des régimes de retraite supplémentaire à répartition.

La retraite de base est fonction du nombre de points acquis par les cotisations multiplié par la valeur de service du point (art. L. 643-1 du Code de la Sécurité sociale).

➤ La pension de réversion

Pour les travailleurs indépendants, la pension de réversion du régime de base est allouée aux mêmes conditions d'âge et de ressources que celle servie aux assurés du régime général. Son quantum est identique (soit 54 % des droits que percevait le conjoint ou qu'il aurait pu percevoir).

■ Les prestations maladie-maternité

Les prestations en nature maladie et maternité servis par le RSI à ses ressortissants sont celles allouées par le régime général à ses assurés (art. L. 613-4 du Code de la Sécurité sociale par renvoi aux dispositions de l'art. L. 321-1 pour la maladie et de l'art. L. 331-2 pour la maternité).



Dans ce cadre, les frais engagés – honoraires des praticiens et auxiliaires médicaux, frais de séjour à l'hôpital ou en clinique, pharmacie, frais de transport, etc. – sont pris en compte selon les mêmes conditions et tarifs que les assurés du régime général ou du régime agricole.

Depuis le 1^{er} janvier 2001, les assurés du RSI bénéficient des mêmes taux de remboursement de leurs dépenses que les salariés.

Cet alignement des taux de remboursement du RSI sur ceux du régime général porte essentiellement sur les dépenses de soins courants. En effet, pour les dépenses d'hospitalisation, de soins coûteux (affection de longue durée) et d'assurance maternité, le ticket modérateur était déjà identique dans les deux régimes.

Par ailleurs, les assurés se trouvant dans certaines situations particulières – assurés titulaires d'une pension militaire d'invalidité ou titulaires de l'allocation supplémentaire du Fonds de Solidarité Vieillesse ou titulaires d'une pension d'invalidité ou de vieillesse substituée à une pension d'invalidité – bénéficient de taux de remboursement améliorés alignés sur ceux du régime général.

Les participations forfaitaires et les franchises médicales leurs sont applicables.

➤ **L'indemnisation du congé de maternité**

De par sa durée et de l'indemnisation de celle-ci, le régime d'indemnisation maternité du régime général est plus favorable que celui du RSI.

⇒ Dans le RSI, les femmes chefs d'entreprise bénéficient de deux types d'allocations maternité : l'indemnité journalière forfaitaire d'interruption d'activité et l'allocation forfaitaire de repos maternel (ces deux indemnités sont cumulables).

L'indemnité journalière forfaitaire d'interruption d'activité est fixée forfaitairement à 1/60^e du plafond mensuel de la Sécurité sociale (soit 47,65 €) et est versée :

- pendant 44 jours* consécutifs compris dans la période commençant 44 jours* avant la date présumée de l'accouchement et se terminant trente jours après ;
- pendant une période supplémentaire de deux fois 15 jours consécutifs.

Cette durée d'indemnisation peut être prolongée d'une période de trente jours en cas d'état pathologique lié à la grossesse.

* Antérieurement au décret du 19 décembre 2008, l'indemnisation portait sur une période de 30 jours.

2

LE MANAGEMENT
 DE LA PROTECTION
 SOCIALE :
 TENDANCE ET
 ÉVOLUTION

L'allocation forfaitaire de repos maternel,

destinée à compenser la diminution d'activité, est égale au montant mensuel du plafond de la Sécurité sociale, est versée pour moitié à la fin du septième mois de grossesse et pour moitié après l'accouchement.

⇒ Dans le régime général, les durées d'indemnisation et le montant des indemnités journalières de repos sont différentes.

La durée totale d'indemnisation est de 16 semaines consécutives (6 semaines et 10 semaines après la naissance), durée portée à 26 semaines si l'assuré ou le ménage assume déjà la charge de deux enfants.

Pour la naissance de deux enfants, la période d'indemnisation est de 12 semaines avant et 22 semaines après. La période prénatale est portée à 24 semaines en cas de naissance de trois enfants ou plus.

En cas de grossesse pathologique, le congé prénatal peut être prolongé de 2 semaines. De même, lorsque la naissance prématurée entraîne une hospitalisation de l'enfant, la durée du congé maternité est allongée ainsi que la période de perception de l'indemnité journalière de repos.

Les indemnités journalières de maternité sont calculées, comme celles de l'assurance maladie, à partir d'un gain journalier de base fonction des revenus pris en compte dans la limite du plafond de la Sécurité sociale. En 2009, son montant maximum est de 76,54 €.

➤ **L'indemnisation du congé d'adoption**

Dans le RSI, le régime d'indemnisation du congé d'adoption, à l'instar du régime d'indemnisation du congé maternité, est moins favorable que celui du régime général.

Pour les chefs d'entreprise, l'indemnité journalière forfaitaire d'interruption d'activité est servie pour une durée maximale de 56 jours en cas d'adoption simple et de 86 jours en cas d'adoptions multiples. Dans le régime général, la durée d'indemnisation est de 10 semaines (70 jours), durée portée :

- à 18 semaines si l'assuré assume déjà la charge de deux enfants ;
- à 22 semaines en cas d'adoptions multiples.

➤ **L'indemnisation du congé de paternité**

Comme les salariés, les travailleurs indépendants bénéficient d'un congé de paternité indemnisé de :

- 11 jours consécutifs au maximum en cas de naissance ou d'adoption simple ;
- 18 jours au maximum en cas de naissances ou d'adoptions multiples.



L'indemnité journalière, est égale à celle servie en cas de maternité : forfaitaire dans le RSI (1/60^e du plafond mensuel de la Sécurité sociale) et fonction des revenus pour les salariés.

■ Les indemnités journalières maladie (artisans et commerçants)

Si le montant maximum de l'indemnité journalière est identique à celui du régime général, les modalités de son calcul apparaissent peuvent être plus favorables dans le RSI. En effet, les indemnités journalières servies aux artisans et commerçants* sont calculées sur un revenu professionnel moyen des trois dernières années civiles alors que pour les salariés, elles se calculent sur la moyenne des trois derniers mois travaillés précédant l'arrêt de travail.

Mais contrairement aux indemnités journalières versées à un salarié ayant au moins trois enfants à charge qui donnent lieu à majoration à compter du 31^e jour d'arrêt continu, aucune majoration similaire n'est applicable aux indemnités journalières versées par le RSI.

Si dans les deux régimes, la durée maximum de versement est identique (360 jours par période de trois années calculées de date à date – art. R. 323-1 et D. 613-20 du Code de la Sécurité sociale), en revanche, le délai de carence, fixé à trois jours dans le régime général, est dans le RSI de :

- 3 jours, en cas d'hospitalisation ;
- 7 jours en cas de maladie ou d'accident.

Toutefois, comme pour les salariés ces délais de carence :

- sont supprimés pour les états pathologiques liés à la grossesse ou à l'accouchement ;
- ne sont appliqués qu'une seule fois en cas d'affection de longue durée.

■ Les risques invalidité décès

➤ Les prestations d'invalidité

- Dans le régime général, les assurés, en fonction de leur invalidité, sont classés en trois catégories. La reconnaissance et le classement de l'assuré dans l'une des trois catégories ouvre droit à une pension d'invalidité dont le montant est calculé sur la base du salaire annuel moyen

* Les professions libérales ne cotisant pas pour ce risque, ne bénéficient pas de ce régime d'indemnisation.

2

LE MANAGEMENT
DE LA PROTECTION
SOCIALE :
TENDANCE ET
ÉVOLUTION

des dix meilleures années d'activité du salarié soumis à cotisations dans la limite du plafond de la Sécurité sociale.

La pension d'invalidité est comprise entre un minimum commun aux trois catégories égal à l'allocation aux vieux travailleurs salariés (soit 3 153,30 € pour 2009) et un maximum exprimé en pourcentage du plafond de la Sécurité sociale.

Première catégorie : invalide pouvant exercer une activité rémunérée, le maximum est fixé à 30 % du plafond, soit 10 292,40 € pour 2009.

Deuxième catégorie : invalide ne pouvant exercer aucune activité rémunérée, le maximum est fixé à 50 % du plafond, soit 17 154 € pour 2009.

Troisième catégorie : invalide ne pouvant exercer aucune activité rémunérée et devant recourir à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie, le maximum est fixé à 50 % du plafond, soit 17 154 € pour 2009 et la majoration pour tierce personne à 12 226,92 €.

Les pensions d'invalidité qui sont revalorisées annuellement sont servies jusqu'à l'âge de 60 ans. À partir de cet âge, elles sont transformées en pension de vieillesse pour inaptitude.

- Le régime RSI verse des pensions d'invalidité à ses ressortissants.

Pour les artisans, le régime prévoit deux types de prestations d'invalidité :

- la pension pour incapacité totale au métier d'artisanat. Son montant correspond à 50 % du revenu professionnel cotisé pendant les trois premières années dans la limite du plafond de la Sécurité sociale (soit au maximum 17 154 € en 2009). Elle est servie à ce taux pendant les trois premières années, puis à un taux de 30 % pour les années suivantes (soit 10 292,40 € en 2009) ;
- la pension d'invalidité totale et définitive à toute activité professionnelle. Son montant correspond à 50 % du revenu annuel moyen cotisé dans la limite du plafond de la Sécurité sociale (soit au maximum 17 154 € en 2009).

Leur montant ne peut être inférieur à l'allocation aux vieux travailleurs salariés (soit 3 153,30 € pour 2009).

Pour les commerçants le régime attribue deux prestations d'invalidité :



- la pension d'invalidité partielle lorsque l'assuré présente une perte de sa capacité de travail ou de gain supérieur à 2/3 de celle que lui procurerait une activité commerciale ou de chef d'entreprise relevant du régime des commerçants. Elle est égale à 30 % du revenu annuel moyen cotisé dans la limite du plafond de la Sécurité sociale (soit 10 292,40 € en 2009). Son montant ne peut être inférieur à l'allocation aux vieux travailleurs salariés ;
- la pension d'invalidité totale et définitive à toute activité professionnelle. Elle est égale à 50 % du revenu professionnel moyen cotisé dans la limite du plafond de la Sécurité sociale. Elle ne peut être inférieure à un minimum forfaitaire de 7 140,22 € en 2009.

Les prestations d'invalidité servis aux artisans et aux commerçants peuvent être majorées lorsque l'assuré doit recourir à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie. Il s'agit de la majoration pour tierce personne (12 349,29 € en 2009).

Elles sont servies jusqu'à 60 ans. Au-delà de cet âge, elles sont transformées en pension de vieillesse pour inaptitude.

- Les professionnels libéraux peuvent également bénéficier de prestations invalidité.

Dans le régime CIPAV, lorsque le taux d'invalidité est égal à 100 % (invalidité totale, permanente et définitive, entraînant la cessation de toute activité professionnelle), le montant de la pension d'invalidité est fixé pour 2009 à 4 930 €, 14 790 € ou 24 650 € selon que l'assuré a opté pour la classe A, B ou C du financement de ce risque.

Si le taux d'invalidité est inférieur à 100 % mais égal ou supérieur à 66 %, le montant de la pension est proportionnel à ce taux et son service est subordonné à une clause de ressources.

➤ **Le capital décès**

En cas de décès de l'assuré cotisant (salarié ou travailleur indépendant) ses ayants droit bénéficient d'un capital décès.

Aucune condition de ressources n'est exigée pour les bénéficiaires d'un travailleur indépendant (artisan, commerçant ou professionnel libéral relevant de la CIPAV) contrairement à un bénéficiaire d'un assuré relevant du régime général.

Le montant du capital varie selon que l'assuré est salarié ou non salarié.

Dans le régime général, le montant du capital décès est égal aux trois derniers mois de salaire de l'assuré décédé dans la limite du plafond mensuel de la Sécurité sociale, soit un maximum de 8 577 € pour 2009.

2

LE MANAGEMENT DE LA PROTECTION SOCIALE : TENDANCE ET ÉVOLUTION

Son montant ne peut être inférieur à 1 % du plafond annuel (soit 343,08 € en 2009).

Dans le RSI, le montant du capital décès est égal à 20 % du plafond de la Sécurité sociale (soit 6 881,60 € en 2009). Pour les artisans, un capital décès supplémentaire par enfant à charge égal à 5 % du plafond annuel de la Sécurité sociale est versé.

Pour les professions relevant de la CIPAV, le capital décès est respectivement de 14 790 €, 44 370 € ou 73 950 € en 2009 selon que l'assuré a opté pour la classe A, B ou C du financement de ce risque.

Annexe 2. Taux des cotisations et des contributions 2010

Régime général

	Sur la totalité de la rémunération			Dans la limite du plafond ¹		
	Total	Salarié	Employeur	Total	Salarié	Employeur
Assurance maladie	13,55 %	0,75 %	12,80 %			
Non-résidents	18,30 %	5,50 %	12,80 %			
Contribution solidarité	0,30 %		0,30 %			
Assurance vieillesse	1,70 %	0,10 %	1,60 %	14,95 %	6,65 %	8,30 %
Allocations familiales	5,40 %		5,40 %			
CSG/CRDS ²		8,00 %				
Fnal				0,10 %	0,10 %	
Fnal supplémentaire ³	0,40 %		0,40 %			
Versement transport			4			
Taxe de prévoyance ⁵			8,00 %			
Accidents du travail			6			

1. Plafond mensuel 2010 : 2 885 €.

2. Sur 97 % de la rémunération.

3. Employeurs de 20 salariés et plus.

4. Employeurs de 9 salariés et plus.

Taux selon département du lieu de travail : 2,6 % (75 et 92), 1,7 % (93 et 94), 1,4 % (78,91, 95 et 77).

5. Employeurs mensuels.

6. Taux communiqué par la Cramif.

Professions libérales

	Assiette		Non-résidents
Assurance maladie-maternité	Dans la limite de 34 620 € (1 plafond)	0,60 %	2,40 %
	Dans la limite de 173 100 € (5 plafonds)	5,90 %	9,60 %
Assurance vieillesse de base (CNAVPL)	Dans la limite de 29 427 € (0,85 plafond)	8,60 %	
	De 29 427 € à 173 100 €	1,60 %	
Assurance vieillesse complémentaire	Selon profession ¹		
Invalidité-décès	Selon profession ¹		
Formation professionnelle	34 620 €	0,15 % ²	
Allocations familiales	Totalité du revenu	5,40 %	
CSG/CRDS	Totalité du revenu + cotisations obligatoires	8,00 %	

1. Selon les caisses, les cotisations peuvent être forfaitaires, fonction du revenu, de l'ancienneté, progressives ou proportionnelles, ...

2. 0,24 % si conjoint collaborateur.

Artisans & commerçants

	Assiette		Non-résidents
Assurance maladie-maternité	Dans la limite de 34 620 € (1 plafond)	0,60 %	2,40 %
	Dans la limite de 173 100 € (5 plafonds)	5,90 %	9,60 %
Indemnités journalières	Dans la limite de 173 100 € (5 plafonds)	0,70 %	
Allocations familiales	Totalité du revenu	5,40 %	
CSG/CRDS	Totalité du revenu + cotisations obligatoires	8,00 %	
Assurance vieillesse de base	Dans la limite de 34 620 € (1 plafond)	16,65 %	
		Artisans	Commerçants
Assurance vieillesse complémentaire	Dans la limite de 34 721 € ¹	7,20 %	–
	De 34 722 € à 138 480 € (4 plafonds)	7,60 %	–
	Dans la limite de 103 860 € (3 plafonds)	–	6,50 %
Invalidité-décès	Dans la limite de 34 620 € (1 plafond)	1,80 %	1,30 %
Formation professionnelle	34 620 €	–	0,15 % ²

1. Plafond spécifique RCO.

2. 0,24 % si conjoint collaborateur.



3

REGARDS DES ACTEURS



Six solutions pour transformer le secteur social

Vincent Lequenne

Social Industry Leader, Responsable Social, IBM France

Les NTIC¹ occupent une place croissante au sein des organismes sociaux partout dans le monde. Ils permettent de mieux connaître les bénéficiaires, de prendre en compte les évolutions des législations, de payer les prestations sociales, de vérifier l'éligibilité des assurés, d'accéder aux informations, de suivre les tendances et d'archiver l'ensemble des données collectées.

Ces technologies évoluent de façon extrêmement rapide et que leur quantité s'accumule de façon exponentielle. Les experts IBM ont calculé que pour un étudiant qui entame un master en technologie ou des études d'ingénieur, la moitié de ce qui lui sera enseignée au cours de sa 1^{re} année de scolarité sera devenu obsolète dès sa 3^e année d'enseignement ; que selon les prévisions, en 2013, les supers calculateurs qui seront construits dépasseront les capacités du cerveau humain et qu'en 2050, un simple PC de moyenne gamme aura des capacités supérieures à l'ensemble de l'espèce humaine...

D'après la situation actuelle, nous tentons de déterminer, quelles seront les grandes tendances technologiques de demain, l'année prochaine ou dans 10 ans ? Quelles sont les nouvelles technologies qui apportent le plus aux métiers des acteurs de la Protection sociale ?

I. Gestion de la santé à distance

Les services médicaux, tout comme les services sociaux, doivent se déplacer vers le domicile des bénéficiaires pour permettre à nos aînés « *de vieillir sur place* » et de rester à domicile jusqu'à un âge avancé. L'idée est d'assurer la sécurité et le bien-être de la personne âgée tout en réduisant la charge des professionnels de soins.

1. NTIC : Nouvelle Technologie de l'Information et de la Communication.

3

REGARDS DES ACTEURS

La solution idéale serait de permettre aux personnes âgées de rester chez elles plutôt que dans un hôpital ou une structure spécialisée.

Pour être médicalement efficace, un tel dispositif doit répondre à un certain nombre de contraintes :

- assurer la possibilité de recevoir et stocker des rapports journaliers sur l'état du patient ;
- mettre en place des alertes automatiques en cas d'urgence.

Il est possible, par exemple, d'utiliser des systèmes de surveillance dont l'objectif est à la fois d'analyser et de surveiller l'activité de la personne âgée mais également de donner des informations constamment actualisées à l'attention du soignant. Le personnel soignant peut recevoir des rapports de situation réguliers et peut être alerté en cas de problème potentiel ou en cas d'urgence par téléphone ou par courrier électronique. Il est possible de poser des capteurs sur les portes analysant les mouvements du malade. Ainsi, lorsque la porte reste ouverte pendant un long moment dans une position inhabituelle, ces capteurs envoient une alarme à un centre de soins et permettent la mise en action rapide des secours.

Un réseau plus complet pourrait inclure différents capteurs qui permettraient de détecter des changements dans les mouvements habituels. L'absence de mouvement près d'une cuisine ou d'une armoire à pharmacie peut indiquer un non-respect de la prise de médicaments. En plus des capteurs, les outils décisionnels peuvent être utilisés pour détecter des mouvements inhabituels.

IBM estime que la percée réelle des outils d'assistance – qui prendra peut-être 20 ans ou plus – viendra quand tous ces systèmes et réseaux seront interconnectés ensemble pour créer un seul et unique système. En liant le logiciel d'intelligence artificielle, la technologie GPS, les réseaux de capteurs, les assistants numériques et les maisons intelligentes on peut aider une personne âgée à gérer ses soins, à préparer ses repas, à prendre un bus, ses médicaments et, en fin de compte, à rester indépendante plus longtemps. L'enfant ou le parent sera capable de s'assurer de la bonne santé de la personne à distance et sera alerté en cas d'urgence.

Gestion du dossier médical à distance

Au carrefour de la gestion de la santé à distance et des technologies de l'assistance, on trouve le dossier médical personnel dès lors qu'il est informatisé et mis en ligne.



C'est le cas de l'expérience GOOGLE HEALTH lancée par les ingénieurs de la société GOOGLE en 2008.

Dans cette application, chaque internaute peut créer gratuitement son propre dossier médical. Un simple clic suffit pour partager toutes les informations avec son médecin et ses proches. Le dossier comprendra les données que le patient a lui-même renseignées. Le patient peut également importer des données présentes dans les systèmes d'informations des établissements ou des cabinets médicaux où il a séjourné. Les dernières fonctionnalités mises en place permettent de renseigner des informations en cas d'urgence, les dates de vaccin, les allergies, les médications, les résultats d'examen, et même un testament médical. Il est également possible de télécharger des documents scannés, des radios, etc. Les progrès technologiques étant toujours plus rapides, il sera très rapidement possible d'accéder, de renseigner et de partager ce dossier médical via des applications i-phone et autres téléphones mobiles, ou bien au travers d'autres applications qui feraient appel à des services GOOGLE HEALTH.

Ce dossier médical est un atout en termes de gestion de la santé à distance. Connecté avec les systèmes de santé à distance, il peut s'enrichir de nouveaux services aux usagers. Par exemple, une maman occupée par sa vie quotidienne peut recevoir des mises à jour quotidiennes sur le statut d'un parent âgé qui vit seul, souffre d'hypertension et consomme de multiples médicaments. Ou bien un homme d'affaires voyageant fréquemment, qui est diabétique et s'entraîne au marathon, peut avoir une discussion en temps réel sur son niveau de glycémie ou sur son électrocardiogramme avec un professionnel de santé éloigné de centaines de kilomètres.

Même s'il n'est aujourd'hui accessible et utilisable qu'aux États-Unis, il est probable que cette application sera diffusée très rapidement à l'ensemble des internautes d'autres pays.

Si ces solutions sont encore perfectibles (qualité des données, sécurisation, fiabilité), nul doute qu'elles ne tarderont pas à envahir notre quotidien. L'expérience de GOOGLE HEALTH possède de surcroît l'évident avantage de la simplicité et de la gratuité. Dans ce sens, David Cameron, leader du parti conservateur anglais, a déclaré en mars 2009, que GOOGLE HEALTH « *était une bonne alternative au coûteux programme d'archivage médical commandé par l'actuel premier ministre...* ».

3

REGARDS
DES ACTEURS

II. Outils de Collaboration

Vous avez certainement entendu parler du terme « Web 2.0 ».

Vous avez peut-être également lu dans la presse certains articles à propos de « Second Life » ou bien l'avez-vous expérimenté vous-même ?

Il est possible par ailleurs que vous ayez entendu certains médias faire référence à quelque chose appelé « Jams ». Peut-être avez-vous participé personnellement à ces nouveaux modes d'expression directe au sein de votre entreprise ou de votre association ?

A. Participation active ou réception passive ?

Plus que jamais les bénéficiaires des programmes sociaux ont la volonté de gérer de façon active leur situation, et souhaitent de moins en moins être réduits à « subir », de façon passive, les décisions du « système ».

Ils veulent avoir un droit de regard concernant les prestations qu'ils perçoivent et souhaitent participer de façon active, par exemple au choix des prestataires, lorsque cela est permis par le système.

Les citoyens veulent aussi faire entendre leur voix quant à la qualité des prestations fournies ; certains gouvernements ont reconnu la valeur intrinsèque de ces informations fournies par les citoyens et ont commencé à mettre en place les mécanismes nécessaires à rendre cette approche opérationnelle.

B. Qu'est-ce que le Web 2.0 ?

Si vous cherchez une définition simple, claire et largement acceptée par tous, il est probable que vous ne la trouviez pas !

L'essence du Web 2.0 est dans « l'usage collaboratif » qui est fait de l'Internet, dans le partage d'informations, dans de nouvelles interfaces, de nouvelles façons de faire des recherches sur Internet ou d'accéder au contenu s'y trouvant.

Dit autrement, le Web 2.0 c'est Facebook, Flickr, les wikis, les podcasts, les blogs.

Enfin et c'est peut-être la chose la plus importante, le Web 2.0 est avant tout une question d'inclusion : il vise à améliorer la créativité, la communication, le partage d'information sécurisée, la collaboration et l'efficacité de l'Internet.



C. Jams

Les *Jams* sont la version moderne des « boîtes à suggestions ». Cette technique de communication est néanmoins plus efficace en ce sens qu'elle permet une collaboration plus rapide et plus interactive des participants et au final de meilleures suggestions.

Les *jams*, en utilisant l'outil Internet, permettent de conduire l'innovation à partir d'un brainstorming auquel participent tous les employés de l'entreprise. Ils connectent entre eux des dizaines de milliers d'employés appartenant à diverses organisations de l'entreprise dans le but de trouver de nouvelles solutions pour résoudre des problèmes critiques pour le développement des affaires ou pour l'évolution de nos sociétés.

III. Outils de modernisation des systèmes d'information

Les systèmes d'information des organismes de Protection sociale en France ont été pour la plupart développés dans les 20 ou 30 dernières années et sont constitués pour l'essentiel de composants développés de façon « spécifique » et en très grand nombre au fil des années et des évolutions réglementaires.

Si tous les acteurs du secteur semblent s'accorder sur la nécessité de moderniser ces systèmes, pour autant aucune des démarches jusqu'ici employées n'a permis d'engager de grands travaux de réforme.

Les causes sont multiples bien que certaines soient plus évidentes que d'autres :

- Refondre des systèmes d'information de grande taille nécessite une méthodologie éprouvée et surtout du temps. IBM estime qu'un cycle de 5 à 10 ans est nécessaire entre l'engagement des travaux et le début du cycle de maturité du système d'information (maturité signifiant dans ce contexte que les composants sont stables, la solution est complète, les utilisateurs ont une maîtrise parfaite de leurs outils).
- Un flux continu et croissant de mesures réglementaires qui impactent de façon exponentielle les composants développés et dont la prise en compte est obligatoire simultanément au développement du système d'information.
- Une complexité croissante des règles de gestion à prendre en compte.

3

REGARDS DES ACTEURS

- Une prise en compte encore faible par les décideurs de l'importance des cycles de vie de projet en termes de délais, charges et investissements nécessaires.
- Des coûts de réforme d'un système d'information apparaissant très onéreux en particulier en période de crise économique.
- Du fait du très grand nombre de composants informatiques, les DSI du secteur social consacrent une part très importante de leur budget au fonctionnement (maintenance) au détriment de l'investissement².

L'enjeu est pourtant de taille car ces systèmes d'information cœur de métier³ sont la base de toutes les initiatives ou services développés. Portails, flux échangés, systèmes d'aide à la décision, solutions universelles, outils collaboratifs s'appuient tous sur les informations contenues dans le socle applicatif cœur de métier.

Pour toutes ces raisons, IBM estime qu'il est indispensable d'engager des travaux de fond pour moderniser les systèmes d'information cœur de métier dans les organismes de Protection sociale, au risque sinon de voir bloquées toutes les formes d'innovation ou de services aux bénéficiaires et d'aggraver sérieusement les problèmes de qualité de l'information.

De notre point de vue, le recours à des solutions PGI⁴ du marché est une des issues possibles. Hors les fonctionnalités cœur de métier, les organismes de Protection sociale en France tendent à s'équiper de solutions PGI pour des fonctionnalités de support de type gestion de la comptabilité, des finances, de la trésorerie ou également des ressources humaines.

Nous pensons qu'à l'avenir, l'utilisation des PGI doit être étendue aux fonctionnalités cœur de métier. Après tout, la gestion du recouvrement des cotisations, la liquidation de prestations, la gestion de référentiels ne sont pas des fonctionnalités existantes uniquement au sein du secteur social. D'autres secteurs, par exemple le secteur des assurances, sont de grands utilisateurs de PGI.

2. Information issue de l'étude mondiale IBM 2009 auprès des directeurs des systèmes d'information (CIO Study) – <http://www-935.ibm.com/services/fr/cio/ciostudy/virtual-event.html>

3. On entend par système d'information cœur de métier, l'ensemble des composants informatiques consacrés exclusivement à son domaine d'activité stratégique. Dans le cas des organismes du secteur social, il s'agira par exemple du remboursement de prestations, du recouvrement des cotisations, ...

4. PGI : Progiciel de Gestion Intégré (connu également sous l'acronyme anglais ERP – Enterprise Resource Planning).



De plus, le recours à l'installation de PGI nous paraît apporter des vertus telles que l'obligation de pratiquer une remise en cause en profondeur des applications existantes (les systèmes d'information actuels sont peuplés de règles de gestion très anciennes, inutiles et que personne ne maîtrise plus) mais également l'obligation de procéder à une démarche très structurée.

A. La qualité des données et de l'information

L'information est d'autant plus intelligente qu'elle est basée sur des données de qualité (fiables, organisées, complètes). Ce thème, déjà abordé au chapitre des systèmes d'aide à la décision, est une réelle problématique des organismes gérant la Protection sociale en France. Et il l'est plus que jamais dans la période actuelle et ce pour plusieurs raisons :

- La dématérialisation des flux a entraîné une forte et constante croissance des volumes de données stockées et échangées.
- Les informations récoltées atteignent un niveau de détails de plus en plus fin et concernent des populations dont le volume est en constante augmentation⁵.
- Si les premiers systèmes d'information se contentaient d'enregistrer des données essentiellement administratives, ils ont évolué vers le stockage d'informations beaucoup plus personnelles. Par exemple, l'assurance maladie détient désormais des informations à caractère médical issues de la codification affinée des actes utilisés lors de la liquidation des prestations maladie (codes CIP, nomenclature des actes de biologie médicale, classification commune des actes médicaux, tarification à l'activité, ...) ou de la codification des pathologies dans les cas d'affection de longue durée (CIM10, ...). Les organismes gérant les allocations familiales possèdent également des informations détaillées sur les allocataires (détail sur le niveau des différentes ressources, ...) qui servent à calculer le niveau de droit.

L'accroissement significatif des volumes de données doit impérativement s'accompagner d'une gestion accrue du contrôle de la qualité de ces données au risque sinon d'accroître parallèlement le nombre d'erreurs de traitement.

5. Selon les experts IBM, en 2009 notre planète aura généré 40 milliards d'octets de données, soit plus qu'au cours des 5 000 dernières années cumulées – ibm.com/analyse/fr.

3

REGARDS DES ACTEURS

Quels sont ceux d'entre nous qui n'ont pas eu connaissance d'une famille ayant reçu une relance pour paiement de cotisations pour un parent décédé ? Ou bien d'une femme ayant reçu, dans le cadre des programmes de prévention en santé, une prise en charge pour une mammographie alors que son médecin traitant avait déjà rédigé un protocole de soins lui accordant une exonération de ticket modérateur au titre d'une pathologie de cancer du sein ? Ou encore d'une personne ayant reçu un carnet de maternité après avoir subi une interruption de grossesse ?

IBM recommande une prise en compte forte des problématiques de qualité de données. Les technologies sont aujourd'hui suffisamment fiables et les solutions éprouvées pour une mise en œuvre de ce type de projet.

B. La gouvernance des règles de gestion

Tous les informaticiens du secteur social se sont nécessairement rendu compte que les dernières grandes évolutions réglementaires étaient généralement synonymes de complexité exponentielle en termes de règles de gestion. La mise en place récente du RSA⁶ dans la branche famille, celle du parcours de soins au sein des organismes gérant l'assurance maladie en sont des preuves évidentes. Même constat concernant l'amoncellement des règles de gestion sur la gestion du recouvrement des cotisations sociales ou sur le calcul des retraites suite aux votes chaque année de la LOLF⁷ et de la LFSS⁸. Ces situations mettent les directions informatiques sous forte pression car à la complexité s'ajoute l'obligation de mise en œuvre dans des délais souvent très courts. De leur côté, les utilisateurs doivent également s'adapter très rapidement à ces changements.

Fort de ce constat, IBM recommande l'utilisation des solutions de Système de Gestion des Règles Métiers (SGRM ou en anglais BRMS⁹). Ces solutions présentent l'avantage de savoir s'intégrer parfaitement aux systèmes d'information existants.

6. RSA : Revenu de Solidarité Active.

7. LOLF : Loi Organique relative aux Lois de Finances.

8. LFSS : Loi de Financement de la Sécurité Sociale.

9. BRMS : Business Rules Management System – Système de Gestion de Règles Métiers.



C. L'utilisation des données et de l'information

Si l'accroissement du volume des données stockées requiert un surcroît d'investissement pour en contrôler la qualité, c'est aussi une opportunité et un enjeu majeur pour le secteur social. D'évidence, avoir accès à plus d'informations pertinentes est un facteur d'amélioration du service aux bénéficiaires. Un organisme gérant la branche famille qui serait capable de solliciter directement les citoyens en droit de bénéficier d'une prestation ou d'un revenu de solidarité, ou un organisme d'assurance maladie qui pourrait générer des alertes personnalisées sur des risques iatrogéniques, apporterait un type de service innovant et qui sera très vite attendu par les usagers.

En l'état actuel des systèmes d'informations et malgré la présence effective des informations nécessaires, ces actions sont difficilement réalisables en particulier pour les traitements automatisés de masse. Dans ce cadre, IBM recommande l'utilisation des solutions de *case management*.

Le *case management*, qu'on pourrait traduire par la « gestion de situation » ou « gestion de cas » est une notion ancienne sur le principe mais dont la mise en œuvre en terme de système d'information reste embryonnaire dans le domaine de la Protection sociale.

La mise en œuvre de ce principe ne nécessite pas de remplacer ou fusionner l'ensemble des systèmes d'information concernés, ce qui n'est pas économiquement ni techniquement réalisable, mais de les faire communiquer à travers un outil fédérateur. Cet outil a pour vocation de reconstituer la situation d'une personne à partir des différentes « vues » des systèmes d'information concernés et d'en effectuer une analyse globale.

Dans le cadre du secteur social, l'une des utilisations potentielles du *case management* concerne les personnes en affection longue durée (ou ALD) auprès de leur régime d'assurance maladie. À ce jour, les ALD représentent 62 % des dépenses d'assurance maladie, et même 90 % de leur augmentation. C'est à partir de ces constats que plusieurs articles de la loi réformant l'assurance maladie d'août 2004 ¹⁰ prévoyaient un renforcement des contrôles sur les prescriptions faites pour les patients en ALD. Rappelons que l'exonération de ticket modérateur pour ces patients ne s'applique en principe que si les soins ou prescriptions sont en rapport avec la pathologie reconnue par le protocole de soins.

10. Articles 6 et 19 de la loi du 13 août 2004.

3

REGARDS DES ACTEURS

Concrètement, il s'agirait de mettre en place des contrôles permettant une liquidation médico-administrative ou liquidation médicalisée des prestations. C'est-à-dire mettre au point des règles de gestion qui combinent à la fois des données générales ou de groupe (« *tous les assurés de plus de 45 ans* ») avec des données individuelles (« *assuré ayant telle pathologie ou ayant déjà eu une prescription de telle molécule ou tel examen radiologique* »). Dans ce cas, le *case management* sera utilisé pour constituer la vue ou la situation d'un assuré ou d'un bénéficiaire. Lors des traitements de masse contrôlant les prestations à liquider, le dossier de l'assuré sera consultable dans l'outil de *case management* qui contient toutes les informations individuelles. Ce dossier individuel étant alimenté par tous les flux (ou données renseignées par un agent en caisse) échangés sur un même assuré au sein du système d'information.

D. La gestion des référentiels de données

La gestion des référentiels est un autre aspect de la gestion des données et de l'information. Il est particulièrement prégnant au sein du secteur social.

Prenons l'exemple de la cellule familiale. Les choses se compliquent sérieusement avec l'évolution de la cellule familiale depuis les années 70 et l'avènement des familles recomposées. En 2006, l'INSEE a recensé 1,2 million d'enfants mineurs vivant en famille recomposée et 6 % des enfants vivant avec un beau-parent ¹¹. Face à ces évolutions, les systèmes d'information ont toutes les peines à s'adapter. De fait, si dans une même famille, il est déjà difficile de répartir des enfants (de moins de 16 ans) sur les cartes Vitale de leurs deux parents, il est toujours impossible pour une belle-mère de faire inscrire le fils de son conjoint sur sa carte Vitale alors qu'elle est peut-être légalement ¹² amenée à l'accompagner chez un professionnel de santé ou de faire valoir des droits à allocation pour le compte de sa famille.

IBM recommande l'utilisation de solutions de gestion de référentiels qui sont capables de créer des liens multiples par individu. Ce sont ces mêmes solutions qui sont utilisées dans le cadre de la lutte contre la fraude à l'identité (voir chapitre sur l'identité intelligente). Le recours aux solutions de gestion des données de référence permet de :

11. Source : INSEE – Recensement de la population de 2006 – www.insee.fr.

12. Loi 2002-305 du 4 mars 2002 permettant aux beaux-parents de gérer « les actes de la vie quotidienne » : l'école, les transports, le médecin, ...



- découpler les données de référence des applications transactionnelles ;
- simplifier les tâches d'intégration et le développement de nouvelles applications ;
- gérer la qualité et la cohérence des données de façon proactive plutôt qu'*a posteriori* dans l'entrepôt de données ou les applications ;
- permettre l'enrichissement de ces données par les utilisateurs de manière coordonnée.

IV. Systèmes d'aide à la décision

Quand il s'agit de prendre des décisions importantes sur des sujets complexes, impliquant de nombreuses données et de nombreuses sources différentes, il est de plus en plus probable que nos capacités cognitives soient totalement dépassées.

Qu'il s'agisse pour un directeur de supermarché de comprendre les comportements d'achat de ses clients, pour un analyste financier de conseiller ses clients sur les bons investissements, pour une administration de comprendre les tendances d'utilisation des aides sociales ou pour un juge de savoir si un délinquant pourra présenter dans le futur un comportement agressif et violent, toutes ces décisions nécessitent de prendre en compte de nombreux champs de données.

Or, la qualité d'une décision dépend souvent de la **qualité** des données et de notre capacité à **utiliser** ces données. Les systèmes d'Aide à la Décision permettent de modéliser les données, d'appréhender la complexité de l'organisation des données et en conséquence d'assurer une prise de décision de haute qualité.

Le futur des Systèmes d'Aide à la Décision

Le futur des Systèmes d'Aide à la Décision est intimement lié au fonctionnement des organismes sociaux. Les systèmes d'Aide à la Décision peuvent aider à améliorer la prise de décisions en livrant des informations complètes, compréhensibles et directement utilisables par les responsables des organismes. On trouvera ci-dessous quelques thèmes pour lesquels les Systèmes d'Aide à la Décision sont susceptibles d'apporter une aide évidente :

3



- réduire la fraude et les abus en mettant en exergue des comportements ou des informations anormales ou inhabituelles ;
- minimiser les risques d'audit en identifiant les bénéficiaires qui ne sont pas en règle ;
- améliorer l'interprétation des résultats afin de remettre en question les programmes inefficaces ;
- mieux allouer les ressources financières en se basant sur des informations précises, opportunes et facilement accessibles ;
- permettre une meilleure affectation des dépenses ;
- permettre de suivre en temps réel les principaux indicateurs de la performance.

Demain ces systèmes d'aide à la décision devront adopter une approche beaucoup plus holistique : les données seront croisées entre les départements, les organisations et aux différents niveaux du secteur public (maladie, vieillesse, famille, emploi, impôts, justice, intérieur, etc.). Les organisations auront donc une vue globale, une fiche détaillée de l'ensemble des caractéristiques d'une personne. Les décisions pourront donc intervenir plus rapidement, sur la base d'informations plus précises et permettre ainsi de prendre des mesures mieux adaptées. En l'occurrence, les données apparaissant en double, source importante de fraude ou simplement d'erreurs, pourront être plus facilement éliminées.

Dans le futur, IBM estime que les Systèmes d'Aide à la Décision joueront un rôle primordial dans le regroupement des informations nécessaires, dans l'analyse des données et dans l'aide à la décision pour l'amélioration des services rendus aux bénéficiaires des programmes sociaux.

V. Technologies au service de l'assistance

Selon la Convention des Nations Unies sur les droits de personnes avec handicaps (2007), le nombre de personnes en situation de handicap représente environ 15 % à 20 % de la population totale. Il y a donc environ 650 millions de personnes en situation de handicap dans le monde. Si on considère qu'il y a une corrélation entre le handicap et l'âge, indépendamment des progrès scientifiques, il est probable que cette population augmentera significativement dans les prochaines décennies.

Dans les 10 années à venir, il faudra repenser les services pour permettre et faciliter l'accessibilité :



- des personnes en situation de handicap (15 % à 20 % de la population mondiale aujourd’hui a une forme de handicap) ;
- des personnes âgées (en 2040, 14 % de la population mondiale aura plus de 65 ans) ;
- des personnes dont la langue maternelle est différente de la langue du pays où ils vivent ;
- des personnes illettrées (900 millions de personnes) ;
- des personnes ayant des lacunes dans l’utilisation des outils informatiques.

Quand bien même, il est admis que l’accessibilité aux différents services proposés par les organismes du secteur social en France est très insuffisante, voire en contradiction avec la loi de 2005 sur le handicap, l’accessibilité aux outils informatiques est aujourd’hui globalement considérée comme une priorité. Les gouvernements continuent de dématérialiser (via des portails internet) certains de leur service et des mesures sont mises en place pour faciliter l’accès en ligne à ces services (notion de e-gouvernement). Les *Web Content Accessibility Guidelines (WCAG)*, feuille de route mise en place en 1999 qui incite à faire progresser les accès et la facilité d’utilisation des sites internet pour les personnes en situation de handicap, sont en train d’être généralisées.

Technologie et accessibilité

L’état actuel des technologies au service de l’assistance n’est toujours pas complètement satisfaisant. Aucune ne rend les ordinateurs et l’information accessibles dans tous les cas de figure.

Traditionnellement, les concepteurs d’applications se concentrent sur les caractéristiques de l’utilisateur moyen. Mais en concevant pour l’utilisateur moyen, nous créons parfois involontairement des barrières à une accessibilité complète que des technologies, même auxiliaires, ne peuvent pas toujours compenser. C’est pourquoi, nous devons préférer les solutions technologiques universelles qui s’adressent au plus grand nombre de situations avec un besoin minimum d’adaptation ou de spécialisation. Elles prennent en compte différents niveaux pour la vue, l’audition, la mobilité, la parole et peuvent ainsi profiter à chacun, et pas uniquement aux personnes en situation de handicap.

Une déviation sur un trottoir aide non seulement une personne dans un fauteuil roulant, mais peut également favoriser un simple marcheur, une mère poussant une voiture d’enfant, des cyclistes ou des skateurs. Des

portes automatiques aident les personnes en situation de handicap physique, mais peuvent aussi être une aide aux gens sans handicap.

Sur ce point de l'accessibilité comme sur d'autres, la technologie a été et peut continuer à être, « un accélérateur du changement » ouvrant des voies pour les services sociaux et les organismes de Sécurité sociale. L'objectif pour le Service public n'est pas simplement d'aider spécifiquement certains citoyens à avoir accès à Internet. Le vrai défi est de rendre accessible à tous les informations dont ils ont besoin.

VI. Identité intelligente

Chaque année en France¹³ plus de 210 000 personnes sont victimes d'une usurpation d'identité, soit plus que d'un cambriolage (150 000) ou d'un vol de voiture (130 000).

Le coût individuel moyen de ce type de fraude se monte à 2 229 € cumulant les détournements (argent, aides sociales, etc.), le montant des démarches administratives et judiciaires et les coûts supplémentaires générés (médecin, frais postaux, ...).

De façon plus générale, le montant de la fraude sociale est très élevé : de 400 à 500 millions d'euros sur trois ou quatre ans.

En usurpant simplement un nom et un numéro d'identification de Sécurité sociale, un voleur d'identité peut obtenir des crédits, obtenir du travail, emprunter de l'argent ou même s'inscrire dans des programmes d'aides sociales. Dans la plupart des cas, les victimes ne savent même pas que leur identité a été usurpée. 45 % des consommateurs abusés ne savent pas comment on a usurpé leur identité. Cela peut d'ailleurs prendre des semaines, voire des mois, pour qu'elles se rendent compte du problème.

L'identité intelligente : une nouvelle manière de considérer l'identité

Aujourd'hui, il est nécessaire d'aborder d'une façon novatrice le problème de la gestion de l'identité : il faut penser l'identité de façon intelligente.

13. Selon enquête CREDOC menée auprès d'un échantillon représentatif – octobre 2009 – www.credoc.fr



Plutôt que de mettre chaque identité (bancaire, médicale, ...) sur une ligne distincte, le modèle intelligent fonctionne de façon dynamique, en mêlant chacune de ces identités, en les mettant en interactivité en temps réel. Le plus simple pour comprendre ce procédé est d'ouvrir votre portefeuille. Normalement, vous devriez y trouver différents papiers caractérisant une de vos identités :

- votre permis de conduire ;
- une ou plusieurs carte(s) bancaire(s) ;
- votre carte vitale ;
- votre carte d'identité ;
- votre carte d'électeur ;
- votre carte de mutuelle ou d'assurance.

Chacune de ces cartes a été créée dans un établissement différent et par un processus de création unique. Beaucoup d'entre elles ont eu une histoire d'usage normal et sécurisé, et certaines ont des systèmes d'alarmes au cas où elles seraient volées (en particulier les cartes bancaires).

Contrefaire l'une d'entre elles est possible. Les dupliquer toutes ensemble est un travail bien plus compliqué. L'identité intelligente marche sur le principe de l'adage : le tout est plus grand que la somme de ces parties. Ainsi, dupliquer l'ensemble est significativement plus compliqué que la somme des difficultés rencontrées pour dupliquer chacune de ces cartes. Cela prend du temps.


En reliant toutes ces formes d'identités, et en les associant à l'individu physique, l'« identité intelligente » crée un réseau d'informations amalgamées, allant du physique au virtuel, pour faire en sorte que lorsqu'une identité est utilisée, on peut lui attribuer un facteur risque, et ce facteur risque peut être utilisé lors des demandes d'aides.

L'« identité intelligente » est programmable de façon adaptative, ainsi, quand les faussaires en comprennent le principe, il est possible de transformer le programme, et ce, en temps réel.

En étant programmable, l'infrastructure matérielle requise est limitée, ce qui réduit les coûts. Mais cela permet également de mettre en place des services accessibles directement par internet ou par téléphone. Les citoyens ont déjà l'habitude qu'on leur demande de valider des informations par téléphone et l'identité intelligente joue sur cette familiarité, mais avec plus d'intelligence et d'information en arrière-plan.

Retrouvez l'intégralité de cette étude sur :

<http://www-304.ibm.com/easyaccess/fileserv?contentid=191129>



La démarche déontologique à la Sécurité sociale ou comment l'éthique peut raviver nos valeurs et rénover nos pratiques ?

Delphine Bardie, Amandine Deslandes, Sébastien Martine
et Clarisse Petitjean

Élèves de la 48^e promotion de l'EN3S

sous la direction de M. Alain Bouilloux

Maître de conférences à l'IET de Lyon

Avertissement aux lecteurs

144

Le présent article a été rédigé à partir de travaux de recherche-action réalisés dans le cadre de la formation initiale dispensée par l'EN3S. Si ce texte a été élaboré à partir d'exercices méthodologiques classiques (recherches documentaires, entretiens, etc.), les auteurs ne revendiquent pas l'exhaustivité et le caractère pleinement scientifique de leur démarche. Ceci tient principalement aux difficultés rencontrées dans l'obtention des informations et données auprès des différents acteurs. Ainsi, les propos tenus dans cet article ne sauraient engager d'autres individus ou personnes morales que leurs auteurs.

Il est de ces mots qui traduisent une époque, ses espoirs comme ses impuissances, ses transformations comme ses dérives : **Éthique** est de ceux-là. L'affirmation contemporaine de l'éthique est, en effet, tout à fait remarquable. Pour autant, cette affirmation ne semble pas traduire une renaissance, à proprement parler, de l'éthique mais constitue plutôt une réaction à des dérives comportementales observées dans notre société. L'appel à l'éthique serait dès lors « *une réponse rapide et solennelle à des dérives et scandales récents* » (Antonmattéi et Vivien, 2007). Concrètement, de nombreuses activités revendiquent aujourd'hui une réflexion ou une démarche éthiques. Tous les domaines sont concernés : la recherche médicale, le commerce, la politique, le sport, la justice, l'environnement, la gouvernance d'entreprise, etc.

Le discours éthique est devenu un élément structurant du monde du travail, parfois violemment secoué par des affaires très médiatisées de fraude, de corruption ou de délits d'initiés. Au-delà de l'effet marketing évident d'un appel, parfois incantatoire, à l'éthique, l'intérêt d'une démarche

3

REGARDS
 DES ACTEURS

sincère et partagée s'est néanmoins peu à peu imposé. L'éthique d'entreprise est ainsi devenue une source officielle de normes de comportement de l'entreprise et dans l'entreprise qui contribue, là à sa réussite économique (entreprise commerciale), ici à la pérennité de son objet social (entreprise à but non lucratif au sens large).

« *Il n'y a d'éthique que lorsqu'il y a liberté* » (Ruffié, 1993). Cette citation nous invite à interroger les conditions nécessaires au développement de l'éthique. Si la société moderne a érigé la liberté en droit fondamental des individus, elle n'a pas pour autant permis l'essor d'une éthique généralisée de manière simultanée. *A contrario*, c'est bien lorsque les droits fondamentaux sont menacés que la démarche éthique prend son essor. Aussi, si la liberté est un préalable au développement de l'éthique, tous les acteurs de la société doivent aujourd'hui s'en saisir : collectivités publiques, entreprises et citoyens.

Bien engagées dans le secteur privé, les démarches éthiques investissent désormais l'univers de la Protection sociale, jusqu'alors protégé par une culture du Service public et des principes fondateurs de solidarité et d'égalité ancrés profondément au sein des organisations et dans les comportements de leurs acteurs. Cette éthique du Service public est pourtant insuffisante. Face à des contraintes économiques grandissantes et aux mutations sociologiques, les organismes de Sécurité sociale ont dû s'adapter. Contraints d'entrer dans une course à la performance et à l'amélioration continue de la qualité, les organisations se sont parfois éloignées de leur éthique première. Si une révolution copernicienne a aujourd'hui placé le client au centre de toutes les préoccupations, qu'en est-il des collaborateurs de l'institution ? Au-delà de cette dimension d'éthique interne, comment la Sécurité sociale fait-elle face à l'exigence croissante de ses usagers ? Comment impose-t-elle à ses parties prenantes (fournisseurs ou partenaires) de respecter ses principes déontologiques et comment garantit-elle son propre comportement vis-à-vis d'eux ? Enfin, quelles sont les responsabilités de la Sécurité sociale, en tant qu'institution gérant le plus important budget de la nation, face à la société dans son ensemble ?

Concept remis au goût du jour par les travers de la société moderne, l'éthique puise son sens profond dans le grec *êthikos*, « qui concerne les mœurs ». Pourtant, éthique et morale sont deux concepts distincts, de même que la déontologie en est un troisième. Bien que très proches, ces trois termes recouvrent des notions sensiblement différentes.

Contrairement à une morale binaire qui recherche le bien ultime quelle que soit la situation, l'éthique admet la discussion, la négociation.

3

REGARDS DES ACTEURS

Elle peut s'analyser comme un acte de souveraineté qui induit une liberté de conscience de chaque individu. En ce sens, elle ne peut se positionner que dans un contexte particulier, dans une situation donnée. Morale provisoire, elle pousse les individus à assumer leurs choix, seuls, dans l'incertitude des conséquences de leurs actes et sans que les normes en vigueur ne puissent les protéger. Cette éthique, essentiellement situationnelle, se construit dans le rapport à l'autre. Elle matérialise la préoccupation des conséquences de ses propres actes sur autrui. Lorsque l'éthique est collective et formalisée, elle devient déontologie. Cette déontologie, littéralement « *théorie des devoirs* », s'apparente plus à des règles de bonne conduite visant à moraliser une profession. Ces règles professionnelles ont une visée protectrice pour les membres de la corporation mais sont aussi le symbole d'une singularité revendiquée. Quoi qu'il en soit, l'éthique n'est pas du droit ; plutôt une forme de conscience professionnelle (pratique volontaire de la morale dans l'exercice de son métier). « *Le droit décide, la morale commande, l'éthique recommande* » (Bertin, 2004). La différence entre le droit et l'éthique est souvent peu comprise des gestionnaires. Ceux-ci ont tendance à réclamer des règles claires, émises par un gouvernement ou par leur organisation, dans le but de « régler » les questions éthiques. Cette confusion entre droit et éthique mène souvent à promulguer d'autres lois et règlements pour combler les vides, ce qui est non pas l'apanage de l'éthique mais celui du droit. Apparaît alors un risque de légalisme, tendant à diminuer l'apport critique de l'éthique tant aux mœurs qu'au droit (Pauchant, 2005).

Dans le monde des affaires, l'éthique professionnelle a donné lieu à de nombreuses interprétations : management par les valeurs, culture d'entreprise, paternalisme, etc. Toutefois, il est possible de s'accorder sur une définition. L'éthique d'entreprise serait un « *ensemble de principes et de moyens qui actualisent l'idée que la performance d'une entreprise doit prendre en compte des dimensions non économiques et que tous les moyens ne sont pas acceptables pour la réaliser, même si la loi ne les interdit pas* » (Mesure et Lauriol, 2004).

La réflexion éthique est progressivement devenue naturelle au sein de la société moderne. En réalité, elle s'est principalement développée en réaction à des comportements s'en étant éloignés. C'est lorsque l'éthique est en danger qu'il convient d'en rappeler le rôle et les vertus. De plus, la perte de sens et les risques psychosociaux, qui s'immiscent dans les entreprises modernes soumettant les salariés mais aussi les dirigeants, à de nouvelles formes de pression, rendent le travail moderne « *déshumanisant* » (Arendt, 1988). Les fusions-acquisitions, les restructurations et la flexibilité

3.

REGARDS
 DES ACTEURS

imposée par une économie rapide et internationalisée conduisent à une double perte pour les individus, celle des repères et celle du sens. Ici, l'éthique intervient afin de redonner du sens et de fixer les limites organisationnelles du travail.

Toutefois, ce soudain engouement pour l'éthique dans le monde des affaires est aussi un effet de mode. En devenant un thème de recherche et une matière à enseigner, l'éthique s'institutionnalise. Elle fait vivre (déontologue, juriste, consultant, etc.) et rapporte (médias, produits culturels, services aux entreprises, etc.). De nos jours, les dirigeants sont en proie à une « *attitude schizophrénique* » qui les tire entre un discours sur les valeurs et l'importance du capital humain et une quête des profits à court terme. C'est pourquoi, il faut redonner du sens aux pratiques managériales et réconcilier éthique et performance. Sans faire preuve d'angélisme, le management doit être porteur de sens pour que les entreprises puissent continuer à se développer (Minguet, 2004).

L'objectif premier de l'éthique est de fédérer les hommes autour de valeurs communes. Pour autant, elle n'en est pas moins une manière d'atteindre une performance globale de l'entreprise (Donnadieu, 2004). « *Il n'y a de saine performance que dans l'équilibre* ». Il n'existe pas de finalité unique pour l'entreprise, il s'agit d'un système multifinalités, finalités partiellement incompatibles entre elles, chacune favorisant ou défavorisant un groupe d'acteurs par rapport aux autres. Le but est de rechercher un équilibre, un déséquilibre grave entre acteurs pouvant entraîner un dysfonctionnement mettant en péril la survie de l'entreprise (Doyle, 1994).

Enfin, formaliser l'éthique est un moyen pour l'entreprise d'encadrer le comportement de ses salariés ; les accompagner mais aussi les guider vers ce qui sert les intérêts de l'entreprise, et ce de manière plus subtile qu'avec le droit du travail. De plus, en unissant les salariés autour de valeurs communes, l'éthique devient un élément de motivation, elle-même source d'efficacité collective.

Historiquement, l'apparition des premiers codes de conduite, rédigés dans les années 1930, s'expliquait par la volonté de freiner l'émergence d'une législation trop contraignante. Confortée dans les années 1970 sous l'influence des principes édictés par les organisations internationales telles que l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) ou l'Organisation internationale du travail (OIT), cette démarche a été réactivée plus récemment par l'émergence des concepts de développement durable et de Responsabilité sociale des entreprises (RSE). Dans le secteur privé, la démarche éthique concerne principalement les grandes

3

REGARDS DES ACTEURS

entreprises qui doivent développer une culture d'entreprise commune et fédératrice. Au-delà des entreprises, l'éthique se construit : cabinets d'études spécialisés, implication des fédérations professionnelles, développement de formations, etc. Toutefois, il est encore délicat de dresser un panorama complet de l'éthique dans cet environnement ; les documents n'étant pas nécessairement publics et l'objectif poursuivi pas toujours clair (instrumentalisation des outils éthiques à seule fin commerciale ou réel engagement). Dans le secteur public, l'éthique a été plus tardive et reste encore limitée, probablement en raison des principes et valeurs présidant au Service public.

Si l'éthique est avant tout une affaire de conscience individuelle, le rôle de l'entreprise est d'attirer l'attention et de fournir des repères. Les démarches ont été progressivement outillées par le recours d'une part aux normes de qualité et d'autre part aux programmes nationaux ou internationaux. Plusieurs normes ont été développées dans le domaine de la responsabilité sociale des entreprises. Standard de RSE, la norme SA 8000 se limite à la défense de conditions de travail décentes en se basant sur les droits de l'homme et les conventions de l'OIT. De son côté, l'Agence française de normalisation (AFNOR) propose le guide SD 21000 qui permet de prendre en compte les enjeux du développement durable dans le management des organisations. La série des normes ISO 14000, ayant vocation à améliorer la performance environnementale de l'entreprise, sera prochainement rejointe par une nouvelle norme. En effet, la norme ISO 26000 (en cours de finalisation) sera un référentiel pour l'application dans toutes leurs dimensions du développement durable et de la RSE et constituera une norme source pour toutes les autres normes existantes. Initié en 2000 lors du forum économique mondial de Davos, le « *global compact* » de l'ONU (en français pacte mondial) a pour ambition de responsabiliser les entreprises dans leur fonctionnement sur les marchés et d'une manière plus générale dans le monde des affaires. Il vise à faire respecter dix principes fondamentaux ayant trait aux droits de l'homme, aux normes de travail, à l'environnement et à la lutte contre la corruption. Dans un domaine plus restreint, la charte de la diversité, élaborée par différentes organisations professionnelles parmi lesquelles l'Association nationale des directeurs de ressources humaines (ANDRH), vise à promouvoir la diversité culturelle, ethnique et sociale au sein de l'entreprise par le respect de plusieurs engagements. Depuis sa création en 2004, la charte de la diversité a été signée par 2 812 organisations, dont quinze organismes de Sécurité sociale.

3 REGARDS DES ACTEURS

Dans la sphère sociale, la remise en cause idéologique de l'État-Providence et les dérives économiques et financières ont conduit à intégrer des logiques de performance et de rentabilité dans le management quotidien. Ces nouvelles pratiques de gestion ont généré le besoin de rappeler les règles de déontologie. Ainsi, les organismes de Sécurité sociale ont progressivement déployé des démarches éthiques ou déontologiques.

La pionnière est la branche vieillesse qui, dès 1998, a initié une réflexion ayant abouti au déploiement d'un guide de déontologie basé sur cinq principes (confidentialité, responsabilité, égalité de traitement, intégrité et souci des deniers publics). Ces principes, accessibles sur l'intranet de la branche, font l'objet de formations régulières aux agents et nouveaux embauchés. Ce texte n'a pas créé de nouvelles obligations, se limitant à rappeler la législation en vigueur et à illustrer par des exemples les obligations des salariés. Cette démarche a, par la suite, été complétée par la rédaction d'une charte de bonne utilisation et de sécurité des outils informatiques et la diffusion d'une circulaire précisant la notion de secret professionnel.

Plus récemment, d'autres branches ou régimes ont mis en œuvre des démarches similaires. Ainsi, le régime agricole a lancé son plan de développement durable au printemps 2009 fondé sur trois grands axes : l'action en tant qu'entreprise citoyenne, le respect des droits humains, de la diversité et de l'épanouissement personnel au travail et la performance environnementale. L'assurance maladie n'a pas adopté de démarche propre mais bénéficie, depuis plusieurs années, à la fois de chartes nationales sur des domaines particuliers comme la messagerie électronique ou l'outil informatique et d'initiatives locales (ex. : charte de la diversité ou Code de déontologie des acheteurs). En déclinaison de la Convention d'objectifs et de gestion (COG) 2009-2012, la Caisse nationale d'allocations familiales (CNAF) a élaboré une charte du recrutement destinée à être déclinée au sein de chaque Caisse locale. Ce document transpose les valeurs d'équité, de neutralité et de transparence, portées auprès des allocataires, dans les processus de recrutement au travers d'une charte éthique comportant plusieurs engagements.

En 2009, une nouvelle étape a été franchie. La branche recouvrement a adopté sa propre démarche de traitement de l'éthique. Dans le prolongement de la COG 2006-2009, l'Agence centrale des organismes de Sécurité sociale (ACOSS) a souhaité formaliser des points de repères collectifs, des éléments d'appréciation et des références éthiques pour la

3

REGARDS DES ACTEURS

conduite des activités professionnelles des salariés de la branche. Diffusé en juin 2009, le guide « Valeurs et déontologie » a été conçu comme un document de communication. Pourtant, le contenu mériterait d'être analysé plus finement. Articulé autour de six principes clés (respect de la personne et de l'environnement, engagement de confidentialité, égalité de traitement, sens de la solidarité, professionnalisme et exigence d'intégrité), le guide expose des engagements à respecter. Le titre, pour le moins évocateur, dénote un objectif clair de fédération et de développement d'une culture d'entreprise, volonté accentuée par l'utilisation importante du pronom personnel « nous ». Cette forte visée pédagogique est encore renforcée par l'emploi d'un vocabulaire simple et d'une mise en page percutante. Pour autant, la juridicité du texte est difficile à apprécier. La volonté de s'extraire de celle-ci dès le propos introductif à travers la formule « *ce mémento n'est donc pas un texte de portée normative* » ne saurait suffire à exonérer le document de toute portée juridique. La référence au risque de fraude (délit d'initié, corruption, conflit d'intérêt, etc.) et la tendance à une restriction des libertés individuelles posent question et ont suscité de vives réactions de la part des syndicats et collaborateurs.

Pour tenter d'apporter un cadre harmonisé face au morcellement des initiatives éthiques au sein de l'institution, l'Union des Caisses nationales de Sécurité sociale (UCANSS) a initié une démarche éthique au nom de la Sécurité sociale. Pour cela, elle participe à l'animation des travaux de l'Observatoire sur la responsabilité sociétale des entreprises (ORSE) créé en 2000 pour assurer une veille autour du concept et accompagner toute structure désireuse d'initier une démarche éthique. Après l'organisation d'un séminaire sur ce thème, l'UCANSS a lancé, dès 2007, un plan cadre relatif au développement durable pour l'ensemble des branches afin d'intégrer une démarche commune tant dans les aspects environnementaux que sociaux. Si le plan prévoyait initialement la rédaction d'un Code de déontologie national et interbranches, la solution retenue, dès les premiers travaux, a été l'élaboration d'une charte éthique. Ce document, à paraître, sera succinct et rappellera les droits sociaux et conventionnels. Après un propos introductif sur les valeurs de l'institution et un préambule précisant le cadre de la démarche, la charte déclinera trois grands thèmes : le respect de la personne, le respect de l'environnement et la prise en compte des territoires. Pour chaque thème, des valeurs et enjeux ont été recensés ainsi que les engagements pris par les signataires de la charte. Ce texte n'outrepasse pas les obligations légales et constitue plus une déclaration d'intentions à visée fédératrice autour d'un socle de valeurs institutionnelles qu'un texte juridique contraignant. Si cette charte devrait constituer un outil

3.

REGARDS
 DES ACTEURS

de management et de dialogue social intéressant, l'adhésion à celle-ci se faisant de manière volontaire par les organismes, des questions subsistent quant à l'ampleur de son futur déploiement. Également interbranches et porteuse des mêmes valeurs, l'École nationale supérieure de Sécurité sociale (EN3S) a également intégré l'éthique du management tant dans son offre de formation initiale que continue.

Dans ce débat, c'est la question de la juridicité des documents d'éthique, et celle de leur articulation avec les autres textes juridiques gouvernant la relation de travail, qui ont été le plus âprement discutées. Récents outils de la gouvernance d'entreprise, les documents d'éthique ont pour objectifs de formuler des valeurs mais aussi de décrire des comportements précis. Ce dernier objectif explique pourquoi leur récente apparition est venue poser des questions nouvelles car ce type de document ne s'apparente à aucune catégorie juridique connue. Par ailleurs, leur forte hétérogénéité exclut une qualification juridique unique. Au surplus, rappelons que peu importe, en droit, la dénomination retenue par l'auteur puisque c'est le contenu qui emporte la qualification et donc la portée juridique. En conséquence, les questions du support opportun de ces règles (l'« *instrumentum* »), de leur nature juridique et de leur critère de validité ne sont pas encore tranchées et il n'est pas sûr qu'elles le soient un jour, sauf intervention législative, puisque tout dépendra toujours de la façon dont ces documents seront rédigés et du contexte de leur adoption.

Concrètement, on pourrait classer les chartes d'éthique en trois catégories pour analyser leur portée juridique. Il y a d'abord celles qui constituent des outils de communication au service de l'entreprise. Il existe ensuite des chartes d'éthique par lesquelles l'entreprise prend elle-même des engagements dépassant ses obligations légales et réglementaires. Il y a enfin celles qui fixent des obligations aux salariés.

La catégorie de chartes à la juridicité la plus faible, voire inexistante, est celle des chartes « outil de communication » : l'entreprise souhaite par cette voie faire savoir qu'elle entend respecter ses obligations, quelle que soit leur source. Il s'agit ici d'obligations qui existent déjà dans l'ordonnance juridique et qu'elle se contente de rappeler, sans en accroître ou en limiter la portée. Dans cette hypothèse, la charte contient des dispositions étrangères au champ du règlement intérieur ou se contente simplement de les rappeler. Ainsi, l'application des autres documents juridiques (la convention collective, le règlement intérieur, le contrat, etc.) n'est pas affectée par ce type de document. Cependant, cet outil « *marketing* » pourrait desservir, en opportunité et non en droit, l'entreprise prise en faute sur l'une

3

REGARDS DES ACTEURS

des obligations qu'elle se targue là de respecter. Par ailleurs, l'information et la consultation du comité d'entreprise ne sont pas requises (art. L. 2323-6 du Code du travail). Pourtant, très peu d'entreprises soutiennent aujourd'hui officiellement ce modèle.

La deuxième catégorie de documents d'éthique est celle par laquelle l'entreprise prend elle-même des engagements dépassant ses obligations légales et réglementaires. C'est alors l'engagement unilatéral de l'employeur qui servira de base aux prétentions des salariés. Ils peuvent être dénoncés par l'entreprise dans les conditions de droit commun. Dans ce cas, la charte contient des dispositions étrangères au champ du règlement intérieur et l'application des autres documents juridiques n'est pas non plus affectée par ce type de document¹. Là encore, l'information et la consultation du comité d'entreprise sont requises uniquement lorsque la charte est présentée comme un instrument de gestion de l'entreprise.

La dernière catégorie de chartes est le document le plus intéressant mais aussi le plus polémique. En effet, c'est autour des chartes d'éthique, qui prescrivent aux salariés un certain nombre de normes comportementales et en proscrivent d'autres, que se cristallisent toutes les tensions. Dans cette hypothèse, trois situations peuvent être identifiées :

- si le document d'éthique est constitué de dispositions qui sont toutes étrangères au champ d'un règlement intérieur, il s'agit le plus souvent d'un document « outil de communication » analysé plus haut ;
- si le document d'éthique est constitué exclusivement d'obligations devant figurer obligatoirement dans le règlement intérieur (art. L. 1321-1 du Code du travail), les règles fixées par l'article L. 1321-4 du Code du travail s'appliquent. Ce document constitue une note de service au sens de l'article L. 1321-5. À défaut, les obligations contenues dans ce document sont alors tenues pour inexistantes car il est irrégulier en la forme ; autrement dit, elles ne sont pas opposables en l'état aux salariés ;
- si le document est constitué de dispositions dont certaines seulement relèvent du champ du règlement intérieur, la procédure à suivre est similaire à celle de l'hypothèse précédente pour les dispositions en cause.

En pratique, si certains documents d'éthique prévoient clairement des sanctions juridiques, d'autres ne mentionnent pas clairement cette possibilité, ce qui n'empêche pas l'employeur d'en adopter une en se

1. Cependant, le contrat de travail peut les accueillir dès lors qu'a été opérée une contractualisation de la charte. Cette situation est rare en pratique car l'employeur prend soin de ne pas effectuer une telle contractualisation afin d'éviter le régime de la modification du contrat de travail.

3

REGARDS DES ACTEURS

valeurs sont acquises et appliquées au quotidien, d'autres se sentent soupçonnés et les acceptent avec circonspection. Enfin, lorsque les cadres et agents de direction sont interrogés sur ce que leur évoquent les mots « éthique » et « déontologie », ils pensent immédiatement à leur mission de Service public, quotidiennement guidée par une forme d'éthique implicite, un ordre moral naturel. L'« exemplarité » est le mot qui suit : les dirigeants des organismes se veulent être irréprochables pour l'exemple. Tous s'attachent aussi à reconnaître que la mobilisation de la direction générale, et de la ligne managériale, comme relais des principes poursuivis, est indispensable. Ils reconnaissent également que la formalisation de l'éthique est aujourd'hui nécessaire, sans être bien clairs sur les raisons qu'ils trouvent à cette nécessité. Pour autant, la (voire les) démarche(s) au sein de l'institution ne leur semblent pas claires. Ils disent avoir été peu consultés et impliqués dans celles-ci, souvent imposées « d'en haut ». Ils comprennent difficilement pourquoi les démarches demeurent presque confidentielles ou non accompagnées d'une communication plus offensive. Paradoxalement, les cadres et les dirigeants affirment que le rappel des principes déontologiques n'a pas (ou n'aura pas) d'impact significatif sur leurs actions, tout en considérant qu'une « pique de rappel » pourrait s'avérer salutaire afin d'accéder rapidement à l'information et de sécuriser les actions. Enfin, si une démarche interbranches leur paraît séduisante, ils soulignent toutefois la difficulté de l'exercice au regard de l'hétérogénéité des métiers et du positionnement « hors terrain local » de l'UCANSS.

On comprend alors, lors de l'analyse de ces paradoxes apparents au regard des expériences étrangères, que la démarche éthique, pour réussir, ne peut être qu'une démarche d'apprentissage collectif, une construction commune partagée et adaptable aux réalités de terrain, et non un schéma normatif, prescriptif ou proscriptif, figé et descendant (Pauchant, 2005).

La principale limite de la démarche éthique est sans aucun doute de croire qu'elle est un aboutissement, une solution définitive à tous les problèmes actuels de l'entreprise et du monde des affaires. Si la démarche éthique peut être un facilitateur du dialogue social, un outil de management ou encore un appui à la communication interne, elle s'intègre dans un processus continu poursuivi dans le temps et par conséquent sans cesse renouvelé. Si les grands principes ne changent pas, les modalités de la démarche évoluent mais surtout les préoccupations changent. Dans un monde entrepreneurial qui s'accélère, les problématiques se transforment vite. À ce titre, l'éthique peut être la ligne directrice, le garant de l'intégrité

3.

REGARDS
 DES ACTEURS

de l'entreprise et de ses valeurs dans un contexte en perpétuelle mutation. Ensuite, la démarche éthique, loin d'être un aboutissement est peut être le commencement d'une nouvelle ère dans la normalisation des comportements en entreprise, un mode de management tourné vers des valeurs, une conception plus souple des concepts historiques du droit social, une *soft-law* comme certains juristes l'ont qualifiée.

La formalisation de repères éthiques est indispensable car les critères individuels sont très hétérogènes. Cependant, cette formalisation ne suffit pas. La démarche éthique doit être intégrée dans la gestion quotidienne. En ce sens, les managers ont un rôle crucial ; ils doivent gérer la dichotomie entre les évocations suscitées par l'éthique et les contraintes et urgences du quotidien. La communication descendante trouve ici ses limites et les principes déontologiques doivent être traduits en actions au quotidien.

Dans tous les cas, si la pensée éthique d'une entreprise se cantonne à une démarche gadget relevant plus de l'effet de mode que d'un véritable projet d'entreprise, alors les principes affirmés n'auront aucun effet sur les pratiques professionnelles. De la même manière, bien que la démarche éthique doive impérativement être impulsée par la direction générale de l'entité, la participation et la mobilisation de tous, en particulier de la ligne managériale, est indispensable afin de favoriser une appropriation de la démarche. Le suivi et le retour régulier vers l'ensemble des collaborateurs permettent de la faire vivre.

Les juristes sont également méfiants à l'égard de l'éthique, qui peut entraîner un affaiblissement du contrôle administratif du pouvoir patronal. En effet, les prescriptions qui en sont issues tendent à être exclues du régime du règlement intérieur, tout en renforçant les engagements des salariés sous couvert de valeurs partagées. En effet, la démarche éthique peut dans certains cas s'analyser comme une extension du pouvoir disciplinaire de l'employeur, raison pour laquelle elle est fréquemment mal reçue par les syndicats. Enfin, la démarche déontologique ne doit pas être un prétexte. Elle doit refléter une véritable volonté de l'entreprise de se fixer des principes d'actions et non conduire à se détourner de problèmes importants ayant cours au sein de l'entreprise ou à étoffer le règlement intérieur.

En tant qu'institution sociale, les organismes de Sécurité sociale doivent être exemplaires dans le domaine éthique. Porteuse de valeurs telles que la solidarité et l'égalité depuis plus de soixante ans, la Sécurité sociale possède une base innée propice au développement d'une

3

REGARDS DES ACTEURS

démarche éthique. De plus, la responsabilité des deniers publics impose à l'institution de se fixer des règles déontologiques.

Une fois le principe partagé par tous, la question la plus difficile à résoudre est celle du niveau de développement d'une telle démarche. Si la dynamique interbranche semble intéressante, notamment car les valeurs du Service public et plus particulièrement celle de la Sécurité sociale sont partagées par tous, elle apparaît néanmoins complexe à déployer. Passé le socle commun des valeurs, les missions et les métiers sont différents et un consensus s'avère délicat à trouver. Le manque de coordination entre les branches sur des domaines comme l'immobilier ou l'informatique laisse à penser qu'une démarche éthique unique serait difficile à mettre en place. En outre, il existe un risque de confusion pour les salariés si les démarches se multiplient sans cohérence globale. À l'usage, il semble que la démarche éthique se prête plutôt à des actions participatives émanant d'un consensus social issu du terrain, de type *bottom'up*. L'idée selon laquelle ces démarches peuvent être imposées par les Caisses nationales paraît moins adéquate. En outre, l'appropriation de principes sans concertation préalable semble complexe.

Quel que soit le niveau de déploiement de la démarche, celle-ci doit être impulsée par les directions.

Il doit s'agir d'un choix stratégique et leur implication conditionnera la réussite ou l'échec de la démarche. Une fois cette ligne directrice tracée, les principes doivent émerger des salariés, par exemple avec la constitution de groupes de travail. Les dilemmes éthiques auxquels peuvent être confrontés les collaborateurs dans leur quotidien doivent être remontés pour permettre une rédaction des règles de conduite au plus près des besoins réels. Ce déploiement peut être corrélé à un projet d'entreprise voulu par la direction pour fédérer tous les salariés autour d'un projet commun, d'une culture partagée. Pour autant, adopter un document éthique ne peut être suffisant pour initier une démarche fédératrice, l'enjeu incontournable est la sensibilisation. L'éthique doit interpeller les responsabilités de chacun. La communication, portée par l'ensemble de l'équipe de direction et de la ligne managériale, doit permettre un *feed-back* régulier et durable sur les apports de la démarche.

Les salariés et leurs représentants doivent être associés au déploiement de l'éthique dans l'organisme. S'ils se sentent concernés par le processus dès son commencement, ils deviendront de réels ambassadeurs.

3

REGARDS
 DES ACTEURS

Entre une démarche nationale pour la branche recouvrement et la branche retraite, des démarches éparses dans les autres branches et l'impulsion éthique de l'UCANSS depuis quelques mois, la démarche éthique au sein de l'institution n'est aujourd'hui pas suffisamment structurée. Si l'éthique se prête plus volontiers à des démarches locales, la question de la capacité de l'institution à préserver l'égalité de traitement sur l'ensemble du territoire, si chaque organisme développe sa propre éthique se pose.

Le déploiement de la démarche éthique au sein du Service public de Sécurité sociale devra permettre de trouver un équilibre entre les intérêts des différentes parties prenantes ; améliorer encore la qualité du service rendu aux clients, faire des ressources humaines la clé de son éthique interne, établir des relations saines avec ses fournisseurs et sous-traitants, et enfin, surtout, jouer pleinement son rôle au sein de la société civile.

Finalement, on aurait pu croire de l'*éthique* qu'il s'agissait d'un simple effet de mode issu des dérives observées lors des dernières années. Or, pour un simple effet, le mouvement n'a que trop duré pour ne pas s'accorder sur l'émergence d'une véritable demande d'éthique, d'une tendance durable. L'éthique vient questionner nos organisations et crée de la perplexité chez les juristes qui peinent à l'appréhender au travers des catégories classiques du droit.

Si les contours flous de l'éthique empêchent de s'entendre sur une définition incontestable, c'est surtout parce que l'éthique est moins un état qu'une démarche, un processus. Ainsi, lorsque l'entreprise veut mobiliser ses collaborateurs autour de valeurs, elle doit le faire à un moment donné dans une situation donnée ; il s'agit d'une refondation permanente. Dans ce contexte, le langage des droits paraît peu prometteur car c'est vers un *dialogue d'éthique* qu'il faudrait tendre. Mais ce langage est peut-être un mal nécessaire comme première étape de l'implantation de la démarche dans les collectifs de travail.

Ainsi, un discours d'espoir nous est permis : l'évolution des métiers dans l'institution est en marche. Les générations se renouvellent, les métiers évoluent et, lorsque la bataille de la production sera gagnée, chaque agent tiendra le rôle d'un assureur solidaire. Dans cette perspective, l'utilisation de normes d'éthique par l'instauration de codes de « bonne conduite » apparaît tant justifiée qu'incontournable, dans un environnement de rénovation de la relation de travail, avec le supérieur hiérarchique comme avec le client du Service public.

Bibliographie

Antonmattéi P.-H. et Vivien P. (2007), *Chartes éthiques, alerte professionnelle et droit du travail français : état des lieux et perspectives*, rapport remis au ministre Gérard

Larcher le 6 mars 2007.

Arendt H. (1958), *The human condition*, University of Chicago press.

Bertin E. (2004), *Développer le capital humain de l'entreprise*, Édition EMS, 1^{re} édition.

Donnadieu G. (2004), « Éthique : des principes RH ? », *Personnel*, n° 448.

Doyle P. (1994), « Il n'y a de performance saine que dans l'équilibre », *L'expansion*, n° 74.


Mesure H. et Lauriol J. (2004), « L'éthique d'entreprise : présentation, bilan et interprétations », *Humanisme et entreprise*, n° 267.

Meyrat I. (2007), « Les chartes éthiques doivent-elles prendre place dans le RI ? », *Semaine sociale Lamy*, Supplément, n° 1310.

Minguet H. (2004), « Il faut développer une éthique du management », *Entreprise & Carrières*, n° 731.

Pauchant T.-C. (2005), « Les Éthiques en gestion : comment les concilier ? », in L. Langlois et al. (dir.), *Éthique et dilemmes dans les organisations*, Les Presses de l'Université, Laval.

Skene J. (2005), « L'éthique et l'efficacité organisationnelle : les conditions pour une cohabitation future prometteuse », in L. Langlois et al. (dir.), *Éthique et dilemmes dans les organisations*, Les Presses de l'Université, Laval.



Le modèle de l'agence est-il le modèle d'avenir de la gestion des actions publiques dans le domaine social ?

Doriane Derne, Bertrand Lemonnier, Franck L'Hospital

Élèves de la 48^e promotion de l'EN3S

sous la direction de Nathalie Rubio

Maître de conférences en droit public, Université Aix-Marseille

« Celui qui n'applique pas de nouveaux remèdes doit s'attendre à de nouveaux maux, car le temps est le plus grand des innovateurs » – Francis Bacon.

Le mouvement de réforme de l'État est indissociable, en France, d'une réflexion sur les institutions et organes ayant pour mission de porter ses interventions.

La création d'agences en charge de la mise en œuvre d'une partie des politiques publiques est une manifestation de cette réflexion. Ces administrations particulières, originales par la distance qui les sépare de la hiérarchie administrative, sont une réponse institutionnelle aux difficultés rencontrées dans les secteurs les plus variés : santé, environnement, développement économique, politique de la ville, etc.

Juridiquement distincte de l'État, et bénéficiant d'une marge variable d'autonomie, l'agence prend en charge pour le compte de ce dernier les services et activités susceptibles de se rattacher à la mise en œuvre des politiques définies par les Pouvoirs publics. Délégitaire d'une compétence spécialisée, elle se présente comme une alternative à la gestion directe des services publics nationaux par l'Administration d'État, laquelle demeure en charge de la conception desdites politiques.

Le recours à des organismes publics semi-autonomes n'est certes pas une nouveauté en droit français. Ce mouvement semble pourtant avoir gagné en ampleur et en intensité dans la période récente, cependant que s'installait l'usage du vocable d'« agence ».

3

REGARDS DES ACTEURS

Le champ des politiques sociales¹, longtemps épargné, voit aujourd'hui se multiplier ces structures, qu'elles empruntent explicitement ou non la dénomination d'agence.

Il n'est pratiquement pas une année sans que ne se crée une structure de ce type : Agence nationale pour la rénovation urbaine², Observatoire national de l'enfance en danger³, Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie⁴, Agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances⁵, Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux⁶, Pôle Emploi⁷, et bien sûr, Agences régionales de santé⁸.

Ces agences, qui viennent tantôt se substituer aux organisations pré-existantes (ARS, Pôle Emploi), tantôt les compléter (CNSA, ACSé), accompagnant les évolutions de l'action publique en matière sociale, affectent parfois fortement la conduite de ces interventions.

Cette fortune remarquable rend compte des attentes et significations associées au développement de l'agence.

Par son étymologie même, le vocable renvoie à la promesse d'une rénovation profonde du secteur public. L'agence (de *agere*, agir) est perçue comme une organisation porteuse de mouvement, et se distingue au moins partiellement de l'administration (de *administrare*, servir).

Élaboré notamment au sein des pays anglo-saxons (Royaume-Uni, États-Unis), le modèle est souvent présenté comme l'instrument d'une modernisation du secteur public.

Le développement de ces structures et le discours qui les environne ne sont pourtant pas exempts de paradoxes. Derrière une dénomination unique prospèrent des entités aux missions les plus diverses : centres d'expertise, régulateurs, fournisseurs de services à la population... Sous un même vocable coexistent des formes juridiques variées, dont l'originalité

1. Par politiques sociales, on entendra ici, suivant la définition livrée par l'Inspection générale des affaires sociales, les « politiques publiques de la Sécurité sociale et de la prévoyance sociale, de la protection sanitaire et sociale, du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle », « *Les politiques sociales décentralisées* », Rapport annuel 2007-2008, IGAS, 2008.

2. Loi n° 2003-710 du 1^{er} août 2003 d'orientation et de programmation pour la ville et la rénovation urbaine.

3. Loi n° 2004-1 du 2 janvier 2004 relative à l'accueil et à la protection de l'enfance.

4. Loi n° 2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées.

5. Loi n° 2006-396 du 31 mars 2006 pour l'égalité des chances.

6. Loi de Financement de la Sécurité sociale pour 2007.

7. Loi n° 2008-126 du 13 février 2008 relative à la réforme de l'organisation du service public de l'emploi.

8. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.



est parfois limitée : Établissements publics, Groupements d'intérêt public, Associations.

L'agence correspondrait ainsi moins à une forme institutionnelle bien établie qu'à une logique, à des principes d'organisation. La notion est à ce titre entourée d'un « halo », d'une « zone de flou », selon le mot de Jacques Chevalier.

Le développement de la formule en matière sociale soulève deux grandes catégories d'interrogation.

La première tient à l'existence même d'un modèle – entendu comme la réunion de caractères stables susceptible de représenter une référence.

Il s'agit d'identifier des lignes de force derrière un foisonnement d'organismes aux architectures, missions, et modes d'interventions variés. Il s'agit également d'interroger les constats, motifs et ambitions présidant à l'émergence du modèle, face à la récurrence d'une appellation dont on imagine mal qu'elle ne s'articule à une doctrine, fût-elle diffuse.

La seconde a trait aux déterminants et à la pertinence d'un développement du modèle dans le domaine des politiques sociales. Quels constats ont présidé au renversement de perspective amorcé depuis une décennie ? Doit-on voir dans ces initiatives un phénomène isolé, une inflexion à la marge de la stratégie développée par les Pouvoirs publics, ou un changement plus fondamental des conditions de mise en œuvre des politiques sociales ?

I. Le modèle de l'agence s'est développé pour des raisons variées, mais demeure peu présent dans le domaine social en France à ce jour

Tout d'abord, le modèle de l'agence s'est développé dans différents secteurs pour améliorer l'efficacité de la dépense publique.

Derrière la définition générale et abstraite livrée précédemment, renvoyant à une structure publique plus ou moins autonome et spécialisée, en charge de la gestion d'une politique sectorielle pour le compte de l'État (D. Benamouzig et J. Besançon, 2008)⁹, se révèle une impressionnante diversité institutionnelle.

Plutôt qu'une définition stable, les sources et auteurs mettent en avant un faisceau d'indices, non nécessairement concordants.

9. « Les agences, de nouvelles administrations publiques », *op. cit.*

3

REGARDS DES ACTEURS

Ces critères sont d'abord d'ordre organique et structurel. Si la littérature est unanime pour voir dans l'agence un organisme doté de la personnalité juridique, la qualité de personne publique est tantôt une condition impérative (ENA, 1994¹⁰ ; 2003¹¹), tantôt une simple possibilité (Chevalier, 1997)¹².

Jouissant d'une autonomie renforcée, l'agence, qui exerce ses missions pour le compte de l'État, est soumise à sa tutelle. Cette tutelle a vocation, pour certaines sources, à s'exercer dans des formes particulières. Est ainsi fait recours, sans que cette pratique soit forcément systématique, à une contractualisation entre l'agence et l'État (Chevalier, 1997 ; Talbot, Pollitt *et al.*, 2000)¹³.

Une seconde série de critères, d'ordre fonctionnel, est ensuite mobilisée.

L'agence est d'abord, et pour la totalité des commentateurs, un organe d'expertise. Elle assume dans certains cas des fonctions de régulation et de gestion.

De ce point de vue, l'agence peut être un opérateur de l'État, défini comme une structure concourant à la mise en œuvre d'un service rattachable à une politique publique. Elle tend à s'en distinguer le plus souvent, et a généralement pour mission de fournir un service à d'autres personnes publiques (exemple : veille épidémiologique assurée en France par l'Institut de Veille Sanitaire) et non à des bénéficiaires immédiats, particuliers ou entreprises.

L'ultime catégorie de critères est d'ordre matériel. Corollaire de l'autonomie qui lui est consentie, l'agence bénéficie d'un régime juridique et financier assoupli par rapport à l'administration traditionnelle (Tournadre-Plancq et Verrier, 2008¹⁴ ; Benamouzig et Besançon, 2008¹⁵). Elle n'en appartient pas moins à la sphère du droit public, ce régime demeurant au moins partiellement étranger au droit privé.

10. ENA, promotion René Char, « Les agences : nécessité fonctionnelle ou nouveaux démembrements de l'État ? », in *Le travail gouvernemental*, Rapport de séminaire, La Documentation Française, 1996, pp. 21-93.

11. ENA, promotion Léopold Sedar Senghor, « Les agences nationales de santé », in *Les politiques de santé*, Rapport de séminaire, La Documentation Française, 2003, 88 p.

12. « Les agences, effet de mode ou révolution administrative ? », *op. cit.*

13. C. Talbot, C. Pollitt, K. Bathgate, J. Caulfield, A. Reilly et A. Smullen, « The Idea of Agency, researching the agencification of the (public service) world », American Political Studies Association Conference, Washington, 2000.

14. J. Tournadre-Plancq et B. Verrier, « L'État et les agences : limitation ou extension de la puissance publique ? », 2008, Note de Veille du Centre d'analyse stratégique.

15. « Les agences, de nouvelles administrations publiques », *op. cit.*



Les politiques de sécurité sanitaire ont constitué, en France, l'un des berceaux du modèle. L'intervention des Pouvoirs publics, et plus particulièrement du ministère de la Santé, s'est en effet appuyée sur la construction progressive d'un réseau d'agences dites sanitaires.

Aiguillonnée par la survenance de crises révélatrices de dysfonctionnements (transfusions sanguines, vache folle, etc.), la création de ces structures s'est cependant inscrite dans le cadre d'une véritable doctrine de sécurité sanitaire, reposant sur des principes d'indépendance de l'expertise scientifique et de séparation des fonctions d'évaluation et de gestion du risque. Cette première génération d'agences, nées au début des années 1990, constitue le mètre-étalon de l'agence à la française.

Empruntant le plus souvent la forme de l'Établissement public (cas de l'AFSSA, de l'AFSSAPS, ou de l'INVS ¹⁶ par ex.), ces organismes ont pour la plupart une vocation experte, et assument des fonctions d'évaluation, de surveillance et d'alerte dans leurs domaines respectifs. Plusieurs établissements sont cependant, à titre principal ou parallèlement à des missions d'expertise, en charge de fonctions de gestion ou de régulation (ainsi de l'ABM ¹⁷, s'agissant de la gestion des listes d'attente en matière de greffes, ou de l'EPRUS ¹⁸, en charge de la gestion du corps de réserve sanitaire et de la logistique en matière de crises).

Les relations unissant ces établissements à leurs tutelles sont de plus en plus fréquemment réglées par la signature de conventions pluriannuelles, déterminant les orientations stratégiques, modalités d'évaluation et de suivi, et moyens mis à disposition de l'agence.

II. L'adéquation du modèle de l'agence aux défis des politiques sociales

Si son actualité n'est pas en doute, l'Agence n'est pas une idée tout à fait nouvelle en France. Ses prolégomènes peuvent être repérés dès les années 1960 (J. Chevalier, 1997 ; ENA, 2003). Sa discrétion dans le domaine social, politiques sanitaires exceptées, ne laisse donc pas d'interroger.

16. Agence française de sécurité sanitaire des aliments, Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, et Institut de veille sanitaire, créés par la loi n° 98-535 du 1^{er} juillet 1998 relative au renforcement de la veille sanitaire et du contrôle de la sécurité sanitaire des produits destinés à l'homme.

17. Agence de Biomédecine, créée par la loi n° 2004-800 du 6 août 2004 relative à la bioéthique.

18. Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires, créé par la loi n° 2007-294 du 5 mars 2007 relative à la préparation du système de santé à des menaces sanitaires de grande ampleur.

3

REGARDS DES ACTEURS

Plusieurs facteurs peuvent contribuer à expliquer ce retard :

- l'absence de compétence exclusive au profit de l'État en matière sociale. Des acteurs nombreux, aux légitimités propres, contribuent en effet à la mise en œuvre sinon à la conception de ces politiques : collectivités territoriales, partenaires sociaux, associations, entreprises... À cette multiplicité d'intervenants répond une forte maturité institutionnelle du domaine. Le mouvement de substitution observé en matière sanitaire, par transfert progressif de compétences de l'Administration centrale aux agences, n'a donc pu s'y produire dans les mêmes conditions ;
- la centralité des fonctions d'expertise dans le modèle français de l'agence, dans un domaine où dominent les activités de prestation de service à la population ;
- la forte complémentarité des politiques menées en matière sociale, qui rend le domaine rétif à la logique de spécialisation que porte l'agence. La nécessaire articulation des interventions, dans l'intérêt d'une prise en charge globale des publics visés, semble plaider contre cette segmentation. Ainsi en matière d'insertion, où convergent aides financières, politiques d'accès ou de retour à l'emploi, politiques du logement, politique d'accès aux soins, etc.

Ces particularités n'ont pas fait obstacle à l'émergence récente de l'agence en matière sociale. Si la démarche apparaît plus casuiste que systématique, elle répond à deux grandes catégories de motifs.

Des motifs d'ordre économique et technique tout d'abord : dérogeant par hypothèse aux règles applicables à l'administration traditionnelle, l'agence se veut porteuse d'une plus grande efficacité des interventions publiques. Structures légères, elles bénéficient d'un « effet taille » (ENA, 1996) synonyme de circuits de décision raccourcis et de réactivité accrue. Empruntant les formes de l'Établissement public, du Groupement d'intérêt public ou même de l'Association, sa gestion interne se trouve soumise à des règles moins contraignantes que l'administration ministérielle. Tel est notamment le cas s'agissant des relations entre l'agence et ses collaborateurs, lesquelles sont le plus souvent de nature contractuelle, voire de pur droit privé. Souple sur le plan de la gestion, ce régime permet en outre à l'agence de réunir en son sein les compétences requises à l'exercice de ses missions, et d'offrir des conditions d'emploi attractives dans des domaines de haute technicité. Tel est encore le cas en matière budgétaire où l'agence, entité autonome, jouit d'une latitude accrue dans l'affectation des fonds dont elle dispose (logique d'enveloppe).



Des motifs d'ordre politique et institutionnel ensuite. L'agence en tant que modèle répond à une triple préoccupation : préoccupation de visibilité tout d'abord en concentrant la responsabilité de la mise en œuvre d'une politique publique entre les mêmes mains ; préoccupation de transparence et de responsabilité ensuite en permettant une meilleure lisibilité des résultats associés à l'action de ce centre de décisions ; préoccupation d'acceptabilité de la décision publique enfin, l'agence ayant vocation à associer à la décision les partenaires, parties prenantes et destinataires de celle-ci (logique de jugement par les pairs en matière d'expertise médicale, par exemple ou encore représentation des consommateurs auprès de l'AFSSA, etc.).

Catégorie accueillante, l'agence à la française manifeste une remarquable plasticité et s'adapte à des contextes, missions et champs d'intervention remarquablement variés. La diversité des profils observables dans le champ sanitaire lui-même, où coexistent agences d'expertise (AFSSA), agences de gestion (EFS, ABM) et agences de coordination et d'animation (InCA) fait de l'agence un instrument généraliste. Cette souplesse représente un avantage comparatif évident dans un champ de politiques publiques aussi hétérogène que celui des politiques sociales. La dimension multipolaire des politiques sociales, qui font intervenir des acteurs aux légitimités diverses tels que les collectivités territoriales, l'État et les partenaires sociaux fournit notamment à l'agence de coordination et d'animation un terrain privilégié où prospérer. L'agence peut, dans ce contexte, être l'instrument d'une institutionnalisation de partenariats entre les différents intervenants du secteur et représenter une instance de production de consensus. Ainsi de l'ONED (Observatoire national de l'enfance en danger) dont l'ambition est de produire une connaissance partagée du domaine à l'usage de ces parties prenantes (État, collectivités territoriales). Ainsi également de la CNSA (Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie) assumant des fonctions d'appui et d'animation en direction des collectivités territoriales dans le cadre d'une politique nationale de l'autonomie.

A. Éviter le risque de dispersion et de délitement de l'action publique

L'expérience menée dans le domaine des politiques sanitaires a mis en évidence une série de risques inhérents au modèle de l'agence, corollaires des principes d'autonomie et de spécialité qui fondent ce dernier.

Outil de clarification des responsabilités dans un secteur donné, le modèle se révèle parfois porteur de conséquences paradoxales. La

3

REGARDS DES ACTEURS

multiplication des agences de sécurité sanitaire, gage d'une plus grande technicité et d'une expertise renforcée, comporte ainsi son pendant en termes de cloisonnement et de lisibilité du dispositif. Le recours à l'agence ne règle pas la question du découpage des compétences et du niveau souhaitable de spécialité des interventions dans un secteur donné. Des chevauchements de compétences et des doublons entre agences ont ainsi été identifiés, par exemple dans le domaine de l'eau qui relève de la compétence de l'AFSSA en tant que boisson et de l'AFSSET en tant que produit non alimentaire.

Cette difficulté ne se limite d'ailleurs pas aux seules agences. Si, en matière sanitaire, la création de ces structures s'est opérée par transfert de compétences de l'Administration centrale vers les précédentes, celle-ci n'a pas pour autant conduit à déposséder les services ministériels de toute fonction exécutive. Tel est notamment le cas en matière de gestion des urgences sanitaires où interviennent le ministère de la Santé, le comité de gestion interministériel des crises, l'EPRUS et l'INVS.

L'autonomie dont jouissent les agences est porteuse de défis non moins importants. Bâtie sur une logique de contractualisation sur les objectifs, que celle-ci soit explicite ou non, et sur un suivi ex-post des résultats plutôt que sur l'exercice d'un authentique pouvoir hiérarchique, la relation unissant l'agence à sa tutelle est emprunte d'une part irréductible d'asymétrie d'information. Souvent constituée dans des domaines de haute technicité, l'agence détient un avantage sur l'administration généraliste chargée d'orienter et de suivre son activité. Cet avantage s'exprime tant au niveau de l'exercice de son métier par l'agence (expertise scientifique, connaissance de la structure et du fonctionnement du marché ou du secteur, etc.) que des coûts associés à l'accomplissement de ses activités. Le principal défi pour l'administration de tutelle est, dans ce contexte de disposer, sans pour autant reconstituer une expertise concurrente, des compétences techniques nécessaires à ce suivi autant que de données fiables sur les performances de l'établissement et la qualité des services rendus par celui-ci.

En matière de coûts de gestion, le développement des agences en matière sanitaire s'est opéré au prix d'un accroissement de la dépense. Le rapport Bricq¹⁹ estime que, depuis leur création, les moyens alloués aux agences sanitaires ont été multipliés par 2,3, (à ce titre le rapport Bricq reprend une estimation ancienne du Conseil d'État qui montre que le

19. Bricq N., *Rapport d'information sur le dispositif des agences en matière sanitaire*, Rapport d'information du Sénat n° 355, 2007, 98 p.



surcoût d'un établissement public par rapport à une administration intégrée est de 3 à 5 %). Le rapport de la Cour des comptes relatif à l'évolution de l'emploi public²⁰ dressait un constat similaire s'agissant des opérateurs de l'État au sens large, et un déport des effectifs de l'administration ministérielle vers ces structures.

Ces différents risques apparaissent consubstantiels du modèle et se présentent dans des termes voisins en matière sociale, en dépit d'une dimension experte moins affirmée des agences du secteur.

De fait, ces risques sont d'autant plus prégnants en matière sociale que, contrairement à l'évolution observée dans le domaine sanitaire, les agences s'y sont développées en dehors d'une réflexion ou doctrine globale d'intervention mais plutôt à la faveur d'une démarche pragmatique et d'initiatives spécifiques. Cette particularité rend compte de l'hétérogénéité des structures considérées, dont plusieurs font figure de singletons. Ainsi de la CNSA, tenant de l'agence autant que de la Sécurité sociale, ou de Pôle Emploi, prestataire de service autant que régulateur. De là l'absence de dispositifs de coordination explicites des agences sociales, de là également la diversité des tutelles impliquées dans leur suivi, de là enfin des statuts, une gestion et des systèmes d'informations propres à chacune de ces entités.

En matière sanitaire, la tutelle s'est progressivement dotée d'instruments permettant d'optimiser le suivi de l'activité des opérateurs et d'en coordonner l'action. Pilotée par une structure dédiée au sein de la Direction générale de la santé, ce dispositif vise à assurer la convergence du réseau sur le plan des métiers (rationalisation des saisines, détermination de programmes de travail), comme sur celui des fonctions supports. Il vise également à professionnaliser les fonctions de tutelle de ces opérateurs par l'administration centrale. Cette construction est le produit d'une évolution de long terme et reste à édifier s'agissant des agences sociales.

B. Organiser un réseau de partenaires autour des agences associant les OSS

Porteur de changements structurants, l'enracinement des agences comme acteurs des politiques sociales ne peut se concevoir qu'en harmonie avec les dispositifs existants.

20. *Les effectifs de l'État 1980-2008*, Rapport public thématique, Cour des comptes, 2009.

3

REGARDS DES ACTEURS

Les organismes de Sécurité sociale sont d'ores et déjà partenaires et acteurs du réseau d'agences. L'exemple des relations entre les Caisses d'allocations familiales et Pôle Emploi dans la réflexion sur la mise en place du Revenu de solidarité active (RSA) est ainsi significatif : organismes de Sécurité sociale et agences agissent de concert dans la conduite d'une politique publique (versement de prestations et dans certains cas accompagnement social pour les uns et accompagnement socioprofessionnel pour les autres).

L'association des organismes de Sécurité sociale au réseau d'agence se traduit également par la mise à disposition d'une expertise particulière : les organismes de Sécurité sociale concentrant des données importantes, notamment concernant les profils clients, leur connaissance poussée des populations et de leurs besoins en termes de politiques publiques en fait un acteur majeur dans la connaissance opérationnelle des publics.

Le modèle de l'agence peut être une source d'inspiration pour le Service public de Sécurité sociale.

Il est vraisemblable de penser que les acteurs, au gré des enjeux spécifiques au réseau des agences et au Service public de Sécurité sociale, vont être amenés à converger sans cesse davantage.

La création des agences régionales de santé qui ont pour but « d'assurer un pilotage unifié de la santé en région, de mieux répondre aux besoins de la population et d'accroître l'efficacité du système » est une traduction de cette tendance. Les ARS concentrent en effet désormais des compétences anciennement détenues dans les CPAM ou les CRAM pour l'univers de la Sécurité sociale, ainsi que dans les DDASS et DRASS.

La consolidation du réseau d'agences est une opportunité pour le Service public de Sécurité sociale de nouer de nouveaux partenariats de sorte que le Service public de Sécurité sociale a tout intérêt à continuer dans le sens de l'expérience déjà acquise.

Les politiques publiques tendent à être orientées de plus en plus vers l'usager. Or, l'expertise des organismes de Sécurité sociale en la matière est précieuse et mérite d'être valorisée. Les organismes de Sécurité sociale disposent déjà de bases de données substantielles (avec une évolution vers le partage des données que traduit le RNCPS) et ont développé une certaine expérience dans le domaine de la relation client.

Les organismes de Sécurité sociale ont une connaissance large des populations (que leur permet la diversité des prestations servies). D'où une connaissance de la situation économique et des besoins de toute une



série de population, des « clients » de la Protection sociale (personnes âgées, précaires, ou même recherchant un logement comme en témoigne le transfert de la prévention des expulsions via la CCAPEX aux Caisses d’allocations familiales).

Cette expertise métier des organismes de Sécurité sociale devrait être utilisée par les agences régionales de santé (ARS) : des coordonnateurs régionaux devraient être nommés. Il est à noter que les ARS ont la mission de compléter les plans nationaux définis par la CNAMTS par des plans régionaux. Les Caisses primaires d’assurance maladie ont développé une connaissance du terrain qui leur permettra d’être force de proposition face aux agences régionales de santé. Avec les coordonnateurs régionaux, l’assurance maladie s’organise pour codéfinir la position régionale de gestion du risque.

Conclusion

L’agence sociale est un modèle en émergence. Elle a connu une expansion sans précédent depuis le début des années 2000, dans une matière jusque-là peu affectée.


La Protection sociale s’ouvre à ces nouveaux acteurs et aux modes de régulation dont ils sont porteurs, sans pour autant que ces structures, spécifiques par leurs interventions, aient vocation à en supplanter les acteurs historiques.

Le principe d’une gestion déléguée des politiques publiques n’est pas nouveau en la matière. Il constitue au contraire un des principes fondateurs du système français de Sécurité sociale. Conçu en 1945 comme l’instrument de la démocratie sociale, il s’est traduit, avec la mise en œuvre d’une organisation par branche dans le cadre des ordonnances de 1967 ²¹, puis des conventions d’objectifs et de gestion à la suite des ordonnances Juppé de 1996 ²², par un rapprochement des opérateurs de la Sécurité sociale du modèle de l’agence.

Les pouvoirs dévolus aux partenaires sociaux dans la conduite de ces politiques, et la place éminente qu’occupe le service direct à l’usager dans les missions de ces organismes – là où l’agence ne délivre ce type

21. Ordonnance n° 67/706 du 21 août 1967 relative à l’organisation administrative et financière de la Sécurité sociale.

22. Notamment l’ordonnance n° 96-344 du 24 avril 1996 portant mesures relatives à l’organisation de la Sécurité sociale, citée *supra*.



Quel avenir pour le modèle social suédois dans un contexte de crise ?

Article co-rédigé par Anne Baudeneau
Journaliste à « La correspondance économique »
Camille Dorival

Journaliste à « Alternatives économiques »

(auditrices du premier cycle de formation organisé par l'IHEPS¹ sur le thème :
« Protection sociale et compétitivité »)

La crise qui touche l'économie mondiale depuis l'automne 2008 a heurté de plein fouet la Suède. Ce qui l'a incitée à poursuivre la réforme de son système de Protection sociale.

La Suède semble cultiver une forme de paradoxe. Très libérale sur le plan économique, tant son dynamisme dépend de la demande extérieure, elle possède en revanche un modèle social réputé très protecteur, caractérisé par un haut niveau de prélèvements fiscaux.

Du fait de sa petite taille (9,3 millions d'habitants), l'économie du pays est très dépendante des exportations et par conséquent extrêmement sensible à la conjoncture internationale. La crise économique mondiale qui a éclaté à l'automne 2008 a donc eu sur elle des répercussions particulièrement importantes : chute de 4,9 % du produit intérieur brut en 2009, chômage de nouveau orienté à la hausse et d'un niveau élevé, etc.

Dans ce contexte, le gouvernement de centre-droit a poursuivi sa politique économique libérale, refusant par exemple de venir en aide à des entreprises de secteurs dans lesquels la compétitivité n'est désormais plus au rendez-vous. Fidèles à une tradition de négociation et de recherche du compromis bien ancrée, les partenaires sociaux ont en revanche œuvré pour trouver des solutions mutuellement acceptables. Eu égard au contexte de crise, les syndicats ont par exemple consenti à ce que les salaires soient revus à la baisse dans certains secteurs fragilisés.

Le fort taux de syndicalisation qui prévaut dans le pays, supérieur à 70 %, confère une capacité de négociation importante aux organisations

3

REGARDS DES ACTEURS

syndicales, un fait dont le patronat semble très bien s'accommoder. Des négociations ont généralement lieu tous les trois ans pour fixer les salaires et les conditions de travail, les grèves n'étant autorisées que durant ces périodes.

Les accords collectifs ont un poids crucial. Ils couvrent 90 % de la population active et peuvent se substituer à la législation en vigueur en matière de travail. Les syndicats doivent toutefois représenter la majorité des salariés d'une entreprise pour qu'une convention collective puisse s'y appliquer. Tous les salariés en bénéficient alors, qu'ils soient ou non adhérents à ces syndicats.

Organisation de l'État et des autorités locales

Sur le plan institutionnel, la Suède se distingue par un niveau élevé de décentralisation. L'administration d'État est composée de ministères, qui conçoivent les politiques publiques, et de 300 Agences administratives, réparties dans tout le pays, chargées de leur mise en œuvre. Les 21 régions et 290 communes suédoises sont les principaux acteurs des politiques sociales. Les premières sont, pour l'essentiel, en charge de la santé et des soins médicaux ; les secondes de la plupart des services sociaux du pays (éducation, structures d'accueil des jeunes enfants, prise en charge des personnes âgées, accueil des immigrés, etc.).

Pour mener à bien leurs missions, ces collectivités sont autorisées à lever un impôt sur le revenu, qui constitue leur principale source de financement. Le taux d'imposition fixé par les municipalités se situe en général aux alentours de 20 %, celui des régions autour de 10 %. Une subvention de l'État et un système de péréquation financière entre collectivités viennent compléter le dispositif. Les collectivités locales sont aussi le premier employeur du pays, représentant 25 % de la population active, contre 6 % pour l'administration centrale. Les agents qu'elles emploient sont des contractuels, au contraire de ceux de l'administration d'État.

Politiques d'emploi et assurance chômage

La crise économique qui a éclaté en 2008 a entraîné la disparition de 100 000 emplois en deux ans et une forte augmentation du taux de chômage, passé de 6 % à 9 %. Néanmoins, le gouvernement de centre-droit élu à l'automne 2006 a souhaité poursuivre sa politique en faveur du

3

REGARDS DES ACTEURS

de l'une à l'autre. Ce revenu garanti, équivalent du RSA socle français (ex-RMI), est considéré comme une aide de dernier recours, qui vise à permettre aux Suédois sans ressources de faire face à leurs dépenses de base. Il est versé à condition que les revenus et ressources (y compris la propriété d'une maison ou d'une voiture, par exemple) ne dépassent pas un certain montant.

Les bénéficiaires de l'aide sociale doivent s'engager à rechercher activement un emploi ou à intégrer un programme d'insertion sociale. Certaines municipalités ont mis en place leurs propres « job centers » pour accompagner la recherche d'emploi des allocataires de l'aide sociale. Leur action rencontre parfois des problèmes de coordination avec celle de l'Agence gouvernementale pour l'emploi.

Réforme des retraites

La Suède, pays dans lequel l'espérance de vie est l'une des plus longues au monde, a cherché dans les années 90 des solutions aux difficultés de financement à venir de son système de retraites. Plutôt que de réformer le dispositif en place, le pays a opté en 1998 pour la mise en place d'un système totalement nouveau, qui a fait consensus entre la gauche et le centre-droit. Si cette refonte a été facilement acceptée, c'est sans doute parce qu'elle a été opérée plus de 20 ans avant que les fonds ne viennent à manquer, et que l'entrée en vigueur du nouveau système se fait de manière progressive. Ainsi, seules les générations nées à compter de 1954 se verront intégralement appliquer le nouveau mode de calcul des pensions.

Le régime public de retraite, précédemment à prestations définies, recouvre désormais deux régimes à cotisations définies : l'un, par répartition, dont le taux de cotisation s'élève à 16 % ; l'autre, par capitalisation, dont le taux de cotisation est de 2,5 %. Le régime par répartition repose sur des comptes individuels de retraite, dits « comptes notionnels », sur lesquels sont créditées les cotisations retraite versées par le salarié et son employeur.

La pension perçue dépend des droits accumulés sur ces comptes virtuels au moment de la liquidation ainsi que de l'espérance de vie de la génération concernée. Plus celle-ci est importante, plus la somme perçue mensuellement sera faible. La liquidation peut intervenir à compter de 61 ans. L'évolution des pensions pendant la retraite est fonction de l'évolution du salaire moyen, amputée de 1,6 %, taux considéré comme la tendance à long terme de la croissance réel de ce revenu. Les retraités

3

REGARDS
DES ACTEURS

Un système de santé géré par les régions

L'assurance maladie suédoise a pour spécificité de ne couvrir que les indemnités journalières. Elle est financée par des cotisations sociales, au contraire du système de soins lui-même, géré par les régions et financé par l'impôt. Les régions détiennent ainsi la plupart des hôpitaux et emploient la majorité des médecins, salariés de centres de soins primaires. Elles financent également des centres de soins privés, en essor en raison de l'un des problèmes majeurs du système de santé suédois : celui des listes d'attente.

Les tarifs des soins médicaux sont fixés par les régions. Une visite chez le généraliste coûte de 100 à 200 couronnes (10 à 20 €) et chez le spécialiste de 200 à 300 couronnes (20 à 30 €), entièrement à la charge du patient. Toutefois le plafond des dépenses de visites médicales est fixé à 900 couronnes (90 €) par an, au-delà desquels le patient ne paie plus. Les tarifs de l'hôpital sont fixés à environ 80 couronnes (8 €) par jour, sans plafond. Pour les médicaments, les patients gardent toutes les dépenses à leur charge jusqu'à un plafond de 900 couronnes par an, ils sont partiellement subventionnés jusqu'à 1 800 couronnes, puis ne paient plus rien au-delà. Les soins dentaires, en revanche, sont entièrement à la charge des patients, et coûtent très cher, hormis pour les enfants et les personnes âgées.

Conciliation travail-famille

L'égalité entre les femmes et les hommes est une préoccupation ancienne en Suède, qui implique de permettre une meilleure conciliation entre vie professionnelle et vie privée, notamment pour les femmes.

C'est avec cet objectif que le gouvernement d'Olof Palme a créé, dès 1974, un dispositif de congé parental assez généreux. Aujourd'hui, ce congé peut durer jusqu'à 13 mois, dont deux mois sont forcément réservés au père. Les parents sont rémunérés à hauteur de 80 % de leur salaire brut (avec néanmoins un plafond assez bas). Le congé peut être pris jusqu'aux huit ans de l'enfant.

De nos jours, 80 % des pères prennent un congé parental. L'arrêt de travail des pères à l'occasion de la naissance de leurs enfants est véritablement entré dans les mœurs. Néanmoins, ils se contentent en



4

BIBLIOGRAPHIE

*Pour en savoir plus sur l'actualité de la Protection sociale,
consultez le site : www.annuaire.secu.com*

Ouvrages sélectionnés par le Centre de documentation de l'EN3S

50 idées reçues sur les questions sanitaires et sociales / Danielle Vilchien, Jean-Paul Bastianelli. – Paris : Ellipses, 2009. – 412 p. – ISBN : 978-2-7298-5053-1.

Atlas mondial de la santé : quelles inégalités ? Quelle mondialisation ? / Gérard Salem, Zoé Vaillant. – Paris : Autrement, 2008. – 79 p. – ISBN : 978-2-7467-1219-5.

Baromètre santé nutrition 2008 / Hélène Escalon, Claire Bossard, François Beck, Préf. Roselyne Bachelot-Narquin. – ISBN : 978-2-916192-05-5.

Ces malades qu'on sacrifie : la guerre des médicaments / Anne Pezet. – Paris : Bourin éditeur, 2009. – 167 p. – ISBN : 978-2-84941-138-4.

Citoyenneté européenne, libre circulation et Protection sociale : réflexions sur les évolutions récentes au sein de l'Union européenne et les perspectives à l'horizon 2020 / En3s. – Saint-Étienne : En3s, 2008. – 110 p.

Dans les pas des contrôleurs de prestations sociales – Travailler entre droit et équité / Anne-Lise Ulmann. – Paris : L'Harmattan, 2010. – 211 p. – ISBN : 978-2-296-11390-9.

Droit du travail ou droit de la concurrence sociale ? : Essai sur un droit de la dignité de l'homme au travail (re)mis en cause / Marc Rigaux. – Bruxelles : Bruylant, 2009. – 217 p. – ISBN : 978-2-8027-2812-2.

Emploi et politiques sociales : Tome 1, Défis et avenir de la Protection sociale / Thomas Barnay, François Legendre, Collectif. – Paris : L'Harmattan, 2009. – 343 p. – ISBN : 978-2-296-09987-6.

Emploi et politiques sociales : Tome 2, Trajectoires d'emploi et rémunérations / Thomas Barnay, François Legendre, Collectif. – Paris : L'Harmattan, 2009. – 361 p. – ISBN : 978-2-296-09999-9.

Expérience, science et lutte contre la pauvreté / Esther Duflo, ... – [Paris] : Collège de France. – 1 vol. 74 p. – ISBN : 978-2-213-64412-7.

Introduction à l'économie de la santé / Valérie Fargeon. – Grenoble : Presses universitaires de Grenoble, impr. 2009. – 1 vol. 112 p. – ISBN : 978-2-7061-1541-7.

L'autonomie collective des partenaires sociaux : essai sur les rapports entre démocratie politique et démocratie sociale / Cécile Fourcade, Préf. Antoine Mazedon. – Paris : LGDJ, 2006. – 506 p. – ISBN : 2-275-03122-7.

Loi HPST : analyse & arguments / Jean-Michel Chabot, Olivier Mariotte. – Neuilly-sur-Seine : Global média santé, 2009. – 174 p. – ISBN : 978-2-7008-0251-1.

Longévité au travail : pourquoi tant de réticences ? / Denis Jacquat, Françoise Forette. – Paris : M & M, 2009. – 90 p. – ISBN : 978-2-84541-167-8.

Partenariat public-privé et actions sociales / Luc Baumstark, Albane Hugé, Catherine Marcadier, Catherine Maubert, Commissariat général du plan. – Paris : Commissariat général du Plan, 2005. – 85 p.

Passeport pour le bien vieillir / CNSA, Université de Provence, Institut de gérontologie sociale. – Marseille : Institut de gérontologie sociale, 2009. – 61 p.

Risques psychosociaux au travail : Étude comparée Espagne, France, Grèce, Italie, Portugal / dir. Loïc Lerouge. – Paris : L'Harmattan, 2009. – 264 p. – ISBN : 978-2-296-10365-8.

Santé ! Rien ne va plus ! / Stan Le Scolan, Antoine Chereau. – Paris : Éditions de santé. – 84 p. – ISBN : 978-2-86411-230-3.

Systemes de santé : clés et comparaisons internationales / Georges Chevallier. – Paris : L'Harmattan, 2010. – 125 p. – ISBN : 978-2-296-11090-8.

Rapports – Actes

Absentéisme usure fatigue turn over mal-être : et s'il y avait du stress dans votre entreprise / INRS. – Paris : INRS, 2006. – 19 p. – ISBN : 978-2-7389-1504-7.

[http://www.inrs.fr/inrs-pub/inrs01.nsf/IntranetObject-accesParReference/ED%20973/\\$FILE/ed973.pdf](http://www.inrs.fr/inrs-pub/inrs01.nsf/IntranetObject-accesParReference/ED%20973/$FILE/ed973.pdf)

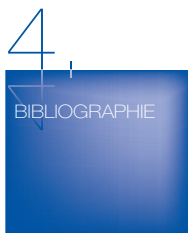
Deuxième colloque sur l'autonomie : 19 et 20 novembre 2008 centre des congrès de Saint-Étienne / CPPDOS autonomie, EN3S. – Saint-Étienne : CPPDOS autonomie, 2008. – 50 p.

Immigration, qualifications et marché du travail : rapport du Conseil d'analyse économique / Gilles Saint-Paul, Conseil d'analyse économique. – Paris : La documentation française, 2009. – 253 p. – ISBN : 978-2-11-007726-4.

La gestion de l'Allocation personnalisée d'autonomie. Synthèse des contrôles de la mise en œuvre de l'APA réalisés dans plusieurs départements / Annie Fouquet, Michel Laroque, Cédric Puydebois. – Paris : IGAS, 2009. – 121 p.

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/094000474/0000.pdf>

La prévention, la détection, le recouvrement et le suivi des indus dans les organismes de Sécurité sociale : rapport audits conjoints 2007 / ministère du Travail. – Paris : ministère du Travail, 2008. – 77 p.



La Sécurité sociale : septembre 2009 / Cour des comptes. – Paris : La documentation française, 2009. – 534 p. – ISBN : 978-2-11-007860-5.

<http://www.ccomptes.fr/fr/CC/Sommaire-22.html>

Le livre blanc du régime social des indépendants : réflexions prospectives sur l'avenir de la Protection

sociale des indépendants / RSI. – Paris : RSI, 2009. – 73 p. – ISBN : 978-2-913065-18-5.

http://www.le-rsi.fr/livre-blanc/RSI-livre_blanc_BD.pdf

Les dix ans de la CMU (1999-2009) : actes du colloque fonds CMU chaire santé / Dir. Didier Tabuteau, Jean-François Chadelat. – Paris : Presses de Sciences Po, 2010. – 77 p. – ISBN : 978-2-86411-238-9.

Les politiques de protection des personnes handicapées en Europe et dans le monde : journée d'études ATHAREP / dir. Augustin Boujeka, Association Travail et handicap dans la recherche publique (ATHAREP). – Bruxelles : Bruylant. – 364 p. – ISBN : 978-2-8027-2736-1.

Les prélèvements obligatoires des entreprises dans une économie globalisée / Conseil des prélèvements obligatoires. – Paris : La Documentation française, 2009. – 322 p. – ISBN : 978-2-11-007891-9.

<http://www.ccomptes.fr/fr/CPO/documents/divers/Prelevements-obligatoires-entreprises.pdf>

Mission de contrôle des politiques d'insertion menées en faveur des allocataires du RMI : rapport de synthèse / Carole Lepine, Thomas Wanecq, Jean-Marc Boulanger, Clara Canevet, Igas. – Paris : Igas, 2009. – 72 p. <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/094000468/0000.pdf>

Refondation du droit social : concilier protection des travailleurs et efficacité économique / Jacques Barthélémy, Gilbert Cette, Conseil d'analyse économique. – Paris : La Documentation française, 2010. – 198 p. – ISBN : 978-2-11-007990-9.

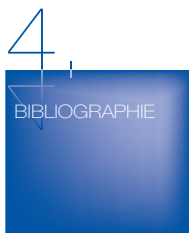
http://www.cae.gouv.fr/IMG/pdf/CAE88_DroitSocial.pdf

Retraites : annuités, points ou comptes notionnels ? Options et modalités techniques / Conseil d'orientation des retraites. – Paris : Conseil d'orientation des retraites, 2010. – 261 p.

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/104000045/0000.pdf>

Stress au travail : les étapes d'une démarche de prévention / INRS. – Paris : INRS, 2007. – 31 p. – ISBN : 978-2-7389-1448-4.

[http://www.inrs.fr/inrs-pub/inrs01.nsf/IntranetObject-accesParReference/ED%206011/\\$FILE/ed6011.pdf](http://www.inrs.fr/inrs-pub/inrs01.nsf/IntranetObject-accesParReference/ED%206011/$FILE/ed6011.pdf)



200 pages. Il n'y a cependant pas seulement déluge de données, mais un portrait clair de la société française. Et il permet à chacun de se situer...

Julien DAMON

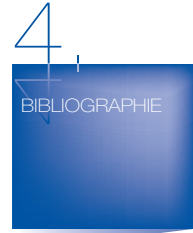
Commission Européenne, *Combating poverty and social exclusion. A statistical portrait of the European Union 2010*, Luxembourg, Publications Office of the European Union, 2010, 120 pages.

Eurostat nous propose l'un des meilleurs ouvrages sur la pauvreté dans l'Union européenne, ses définitions et ses évolutions. Le Conseil européen de Lisbonne, en mars 2000, avait invité les États membres et la Commission à prendre des mesures pour « donner un élan décisif à l'élimination de la pauvreté » d'ici à 2010. Les dirigeants européens ont ainsi instauré le processus d'« inclusion sociale », avec une « Méthode ouverte de coordination » (MOC) permettant la coopération, d'abord par l'élaboration et le suivi de données.

Conventionnellement, 17 % des habitants (et 20 % des enfants) dans l'Union sont considérés, à la fin des années 2000, comme « pauvres », ou, plus précisément « à risque de pauvreté », c'est-à-dire vivant dans un ménage dont les revenus sont inférieurs à 60 % du revenu médian. Le fait d'avoir un emploi n'est pas toujours suffisant pour échapper à la pauvreté et 8 % de la population européenne est « menacée de pauvreté » bien que détenant un emploi. Certes, il n'y a pas grand-chose à voir entre les seuils nationaux de pauvreté et les conditions de travail au Luxembourg ou en France, d'un côté, en Bulgarie et en Roumanie, de l'autre. Mais le suivi des évolutions est rendu possible. Surtout, il y a prise en compte, par Eurostat, avec le plus grand sérieux et le plus grand soin du caractère multidimensionnel de la pauvreté. On trouvera donc dans ce document tout ce que l'on peut souhaiter savoir sur la pauvreté (dans ses diverses appréciations, monétaires, en conditions de vie et privations matérielles), les inégalités, l'exclusion sociale et la Protection sociale (qui, en moyenne, réduit la pauvreté de 32 % dans l'Union).

Les spécialistes goûteront des statistiques européennes harmonisées, moins précises que des statistiques nationales françaises, mais avec le mérite de proposer plus rapidement des chiffres. Dans cet ouvrage, disponible gracieusement sur Internet (<http://ec.europa.eu/eurostat>), ils trouveront les données 2008 pour la France, notamment pour des indicateurs importants comme la pauvreté ancrée dans le temps. Celle-ci, définie à partir d'un seuil fixé une année et ensuite simplement corrigé de l'évolution de l'indice des prix, est l'indicateur central retenu pour suivre l'objectif français de réduction de la pauvreté. Au total, un document clair et riche, à télécharger et à compiler avec délectation.

Julien DAMON



**Note de lecture proposée
 par Antonin Perrocheau, Co-responsable
 du master 2 Gestion des Organismes
 de Protection et d'Assurances Sociales
 (GOPAS) – IEMN – IAE de l'Université
 de Nantes**

***L'esprit de Philadelphie – La justice sociale face au marché total,*
 Éditions du Seuil, 2010, 178 pages.**

Le professeur Alain Supiot (*) publie un ouvrage très documenté, stimulant et salué comme un événement par de nombreux commentateurs. Pour effectuer sa démonstration, l'auteur s'appuie sur la première déclaration internationale des droits proclamée le 10 mai 1944 à Philadelphie (d'où le titre de l'ouvrage). Pour cela il place le droit social dans une perspective historique et internationale et s'interroge sur ce qu'est devenu l'objectif de justice sociale face à la libre circulation des capitaux et des marchandises et à la mondialisation. Dans une première partie : il traite du « *grand retournement* » dans lequel il perçoit la double influence de la contre-révolution ultralibérale anglo-américaine et de la conversion des pays communistes à l'économie de marché. Il analyse les *avatars de « l'Europe sociale »* au travers de l'adhésion des anciens pays communistes en précisant qu'une occasion a été ratée ; « *il aurait fallu pour cela concevoir cette adhésion non comme un simple élargissement, mais comme une réunification de l'Europe* ». Il traite aussi de « *l'économie communiste de marché* », avec une approche du passage de l'ancienne à la nouvelle idéologie qui s'appuie sur la subordination de la loi aux objectifs du pouvoir dans l'ancien système. De même son analyse de la privatisation de l'État providence démontre que l'apparent maintien des institutions fondées sur la solidarité recouvre en fait une appropriation des ressources au profit des plus forts, en même temps que le droit social est l'objet d'un programme de déconstruction. Un chapitre entier est consacré au « *marché total* », notamment sous l'angle du droit, objet d'une offensive qui réussit à imposer le contrat en lieu et place de la loi et donc conduit à un rapport inégal entre les parties. Un autre critique la gouvernance par les nombres qui réduit la diversité des êtres et des choses à une quantité mesurable.

Toutefois Alain Supiot regarde l'avenir sans regretter le passé et pour cela la deuxième partie de l'ouvrage nous fournit des pistes de réflexion particulièrement dans le dernier chapitre qui est consacré aux « *cercles de la solidarité* ». L'auteur à ce sujet n'hésite pas à dénoncer avec démonstration à l'appui certains comportements ; « *Pour le dire d'un mot, tous les dispositifs qui consistent pour une personne physique ou morale à échapper aux devoirs inhérents au principe de solidarité porte atteinte aux Droits de l'homme, et doivent être poursuivis et sanctionnés*

(*) Alain Supiot est professeur à l'Université de Nantes, spécialiste de droit du travail il assure aussi la direction de l'Institut d'études avancées de Nantes. Il est membre de l'Institut Universitaire de France.

4 BIBLIOGRAPHIE

comme tels. Tel est le cas, par exemple, lorsqu'une entreprise délocalise ou sous-traite sa production dans le seul but de se désolidariser des règles sociales et environnementales qui régissent le marché où elle vend ses produits » et de poursuivre en précisant que « *la critique de l'idéologie ultralibérale ne doit pas conduire toutefois à méconnaître les facteurs objectifs de déstabilisation des systèmes nationaux de Sécurité sociale* ». Puis l'auteur plaide pour une « *revalorisation de la solidarité civile* » qui doit « *être conçue en sorte de conforter la Sécurité sociale* ». Mais pour cela il ne faut surtout pas effectuer un retour aux protectionnismes nationaux ; « *Bismarck avait eu l'intelligence à la fin du XIX^e siècle de faire des assurances sociales naissantes le ciment de l'unification allemande. Pourquoi l'Europe ne serait-elle pas capable au début du XXI^e siècle de se doter des nouveaux instruments de solidarité, propres à soutenir la capacité de ses travailleurs ? Pourquoi ne donnerait-elle pas l'exemple du rétablissement de la hiérarchie des moyens et des fins fixés par la Déclaration de Philadelphie ?* »

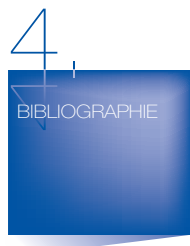
Vaste programme... en tout cas l'ouvrage d'Alain Supiot nous aide à en comprendre les enjeux et nous encourage, en ces périodes de doute quant à l'évolution de nos systèmes sociaux, à relire (ou lire ?) les documents fondateurs que sont le programme du Conseil National de la Résistance et la Déclaration de Philadelphie.

Note de lecture proposée par Esther Tricoit, élève de la 49^e promotion de l'EN3S

Ouvrage collectif de la coopérative « Violence, Travail, Environnement », Risques psychosociaux au travail (vraies questions, bonnes réponses), coll. Liaisons sociales, Éditions Liaisons, 2008.

Les auteurs de cet ouvrage viennent d'horizons différents : sociologues, psychologues, médecin du travail, docteur en gestion, juriste, responsable d'un service social... Tous en revanche, sont membres du collectif « Violence, Travail Environnement » (VTE), association fondée en 1998 puis transformée en 2005 en coopérative. Là réside la richesse de l'ouvrage : grâce à son analyse pluridisciplinaire, il offre un éclairage original sur la compréhension et le traitement des risques psychosociaux dans les entreprises.

La première partie du livre est consacrée à l'émergence du concept, objet polémique par ses contours flous et sa part de subjectivité. En croisant différentes approches (scientifique, économique, sociale...) le parti pris des auteurs est d'élargir la réflexion sur les impacts – directs ou indirects – des risques psychosociaux. Le coût du stress professionnel représenterait ainsi entre 10 % et 20 % des dépenses de la branche AT-MP en France. Les auteurs s'attardent également sur la transformation du management vers un mode plus subjectif et ses conséquences. La performance exigée de chaque individu dans son emploi contribuerait à la porosité grandissante entre les sphères privée et professionnelle et à la recrudescence des risques psychosociaux.



Dans la seconde partie de l'ouvrage sont détaillées des interventions de VTE auprès de salariés souffrant de risques psychosociaux : stress, harcèlement, suicide, addictions... Les processus d'intervention y sont décrits en insistant sur le rôle précis que doit jouer chacun des acteurs de l'entreprise (direction, encadrement, CHCST, médecins du travail, consultants...). Selon les auteurs, le succès de l'intervention réside dans la capacité du collectif à trouver en lui-même des ressources pour dépasser la situation. Il peut ainsi redonner du sens aux salariés et se réapproprier son devenir.

Enfin, des perspectives d'action sont dessinées dans la troisième et dernière partie de l'ouvrage. L'entreprise doit parvenir à repenser son organisation du travail pour construire une démarche stabilisée de prévention et de traitement des risques psychosociaux. Une attention particulière est portée à l'insuffisante formation des encadrants, trop souvent déboussolés lorsque surviennent les crises et ne sachant les anticiper. Pour y répondre, les auteurs prônent la mise en place de véritables « managers de collectifs de travail ». Selon la coopérative VTE, développer la culture de prévention, tardivement implantée en France, permettrait de progresser vers la définition de la santé de l'organisation mondiale de la santé : « un état de bien-être physique, psychique et social ».

Ce livre est donc à mettre entre toutes les mains, particulièrement aux directions ou managers à la recherche de pistes concrètes pour répondre à ce nouvel enjeu sociétal.

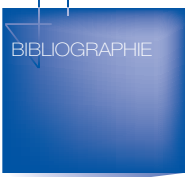
Note de lecture rédigée par Olivier Bachelard, Directeur de la Formation Continue à l'EN3S, sur le troisième ouvrage de la collection « profession cadre secteur public »

Dans le dernier numéro de Regards, nous avons présenté la collection « Profession cadre service public » sa philosophie, sa ligne éditoriale et les deux premiers ouvrages parus en 2009 : « Autonomie et responsabilité des cadres publics, une mutation managériale » et « Le pilotage par les résultats ».

Le 3^e ouvrage, coordonné par Patrice Braconnier et Guy Couquil, intitulé « L'évaluation des politiques publiques : le développement d'une nouvelle culture » CNDP 2010 vient de paraître.

Il répond aux mêmes objectifs que les deux premiers à savoir améliorer l'efficacité, l'anticipation et la capacité d'adaptation des services publics.

L'évaluation des politiques publique est aujourd'hui indispensable de par la réforme de l'état et les nouveaux principes de gouvernance. Mais il est nécessaire de faire preuve de discernement en matière de recueil d'information, de suivi des réalisations et de processus de décision. La préface de Michel Rocard, ancien Premier ministre pose de façon remarquable la problématique dans son contexte historique et culturel français de contrôle comptable.



À travers les sept études de cas, les mises en perspective, le lecteur est amené à s'interroger sur les avantages et les limites de l'évaluation, sur les nécessaires changements d'habitudes de travail, de méthodes de représentations, de comportements et d'attitudes.

La rubrique éclairage est particulièrement pertinente sur trois aspects : le développement des pratiques d'évolution dans différents pays sur un continuum qui va du simple exercice administratif à un élément clé de la vie démocratique ; la complémentarité des démarches d'évaluation et d'audit de la performance ; la place des indicateurs en matière d'évaluation et les risques d'effets pervers. Les éclairages donnent résolument envie au lecteur de s'engager sur cette voie, non sans risque, mais très enrichissante.

La troisième partie, intitulée « Mise en perspective », nous montre bien les tensions entre l'idéal poursuivi par les quatre principales pistes de l'évaluation et les réalités de l'action concrète.

En résumé, cet ouvrage étaye fort bien la réflexion pour engager un processus itératif entre la pratique et son évolution progressive pour développer une véritable culture de l'évaluation.

COMPOGRAVURE
IMPRESSION, BROCHAGE



42540 ST-JUST-LA-PENDUE
JUILLET 2010
DÉPÔT LÉGAL 2010
N° 201006.0193

Informations ... sociales

Créée en 1946, la revue **Informations sociales** est éditée par la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF). Outil de réflexion et d'information pour les praticiens du social, **Informations sociales** est également un lieu de synthèse et de débat pour les chercheurs et les décideurs.

La revue est construite sur des **dossiers thématiques** qui associent les spécialistes et les acteurs d'une question sociale. Cette revue, **avec six numéros dans l'année**, accompagne acteurs, chercheurs et décideurs dans leurs analyses, leurs expertises et leurs actions.

Pour découvrir la revue, nous vous proposons de choisir un exemplaire à titre gracieux parmi nos dernières livraisons :



- ▶ n° 155 - Le coût du logement
- ▶ n° 156 - Parcours de vie et société
- ▶ n° 157 - Comment fabriquer une politique sociale ?
- ▶ n° 158 - Les services publics face à leurs usagers
- ▶ n° 159 - Politiques sociales et familiales en Grande-Bretagne

Pour recevoir votre exemplaire, il suffit d'en faire la demande par mail à ysabelle.michelet@cnafr.fr

Vous pouvez consulter en format HTML ou PDF, les articles de la revue depuis le premier numéro de l'année 2005 sur www.cairn.info

Abonnement - commande papier
01.45.65.53.34
numéro simple : 6,5 €
6 numéros (1 an) : 33 €
12 numéros (2 ans) : 58 €

CNAF
Informations sociales
Y. Michelet
32 avenue de la Sibelle
75685 Paris cedex 14

REVUE REGARDS

La revue REGARDS est une publication bi-annuelle éditée par l'EN3S,
qui traite des problématiques actuelles de la Sécurité sociale.

Les thèmes indiqués ci-après, sont encore disponibles

- N° 25 Les retraites : nouvelles étapes - janvier 2004
- N° 26 Une approche comparative des systèmes de santé européens - juillet 2004
- N° 27 Les Parlementaires et la Sécurité sociale - janvier 2005
- N° 28 Les contrôles portant sur la Sécurité sociale - juillet 2005
- N° 29 Le 60ème anniversaire de la Sécurité sociale - janvier 2006
- N° 30 Les politiques familiales en France et en Suède - juillet 2006
- N° 31 Les niveaux du systèmes de santé et leur organisation dans le domaine de l'assurance maladie et de la santé publique - janvier 2007
- N° 32 Le droit au service de la gestion de la Sécurité sociale - juillet 2007
- N° 33 Les accidents du travail et les valeurs de la Sécurité sociale - janvier 2008
- N° 34 L'éthique et les valeurs de la Sécurité sociale en 2008 - juillet 2008
- N° 35 Acteurs et périmètre de la Protection sociale - janvier 2009
- N° 36 La gouvernance de la Protection sociale - juillet 2009
- N° 37 La certification à la Sécurité sociale - janvier 2010
- N° 38 Les minima sociaux - juillet 2010

PROCHAINE PARUTION : janvier 2011

N° 39 : « La gestion du risque »

Pour commander, veuillez retourner ce document après avoir coché
les cases correspondantes (Prix unitaire : **11€**)

Pour consulter les sommaires depuis 1998 et commander sur internet, tapez www.en3s.fr

Nom-Prénom (en majuscule) : Fonction :

Adresse :

Tél.: Fax : Courriel :

Date :

Signature :



27 rue des Docteurs Charcot - 42031 Saint-Etienne cedex 2
Tél. 04.77.81.15.53 - Fax : 04.77.81.15.07

Recruter par concours et former les futurs dirigeants de la Sécurité sociale ... telle est la vocation de l'EN3S.

Depuis 1960, l'Ecole Nationale Supérieure de Sécurité Sociale assure quatre missions au sein du Service public de Sécurité sociale :

- La détection des potentiels des dirigeants au regard de quatre axes principaux (la garantie des valeurs de Service public et leur traduction, le pilotage de la performance d'un organisme, la contribution à la performance collective d'un réseau d'organismes, la capacité à inscrire l'action de terrain dans des dynamiques pérennes et innovantes) ;
- Le développement des compétences de ses dirigeants à travers des cycles de formation diplômants et une offre de formation de courte durée ;
- Le transfert d'expertise des gestionnaires français du domaine social à l'international (coopérations, formations...) ;
- Le développement de programmes de recherches destinés à améliorer la compréhension des politiques sociales et de leur environnement et à favoriser leur adaptation.

**L'avenir de la Protection sociale n'est pas écrit.
Il se dessine avec vous !**

www.en3s.fr

27, rue des Docteurs Charcot
42031 Saint-Etienne Cedex 2

Tél. : +33 (0)4 77 81 15 15

Fax : +33 (0)4 77 81 15 00

Courriel : en3s@en3s.fr