

d o s s i e r

Quels territoires
pour la Protection
sociale ?



numéro 41 • janvier 2012

s o m m a i r e

1 LES ÉVOLUTIONS DE LA PROTECTION SOCIALE **Quels territoires pour la Protection sociale ?**

Coordonnateurs

Alain Chailland,
Conseil référendaire
à la Cour des Comptes

Claude Bigot,
Directeur de l'EN3S

- **Les « territoires » de la Protection sociale**
par Robert Lafore, Professeur de droit public à l'Université
de Bordeaux – Institut d'Études Politiques 9
- **Politique de la ville : bilan et absence de perspectives**
par Renaud Epstein, Maître de conférences en science
politique à l'Université de Nantes 19
- **Quels territoires pour la Protection sociale ?**
par Jean Dhérot, Direction de la Sécurité sociale 28
- **La Protection sociale et le principe communautaire
de non-discrimination : la fin des équilibres instables**
par Etienne Grass, Conseiller pour les affaires sociales,
Représentation permanente de la France auprès de l'Union
européenne 40
- **Les enjeux de la réforme intercommunale
pour l'Action sociale**
par Floriane Boulay, Chargée de mission aux affaires
juridique et sociale – Assemblée des Communautés
de France (AdCF) 50

- **Analyse comparée des politiques familiales française et allemande**
 par Céline Antonin, Économiste à l'OFCE,
 Maître de conférences à Sciences Po Paris et
 Marion Cochard, Économiste à l'OFCE 64

- **La régionalisation en Espagne en matière de santé à l'épreuve de la crise**
 par Annie Thomas, Conseillère pour les affaires sociales
 à l'Ambassade de France en Espagne 81

- **La péréquation entre les départements en matière d'autonomie**
 par Laurent Grâtieux, Directeur adjoint de la Caisse
 Nationale de Solidarité et d'Autonomie 88

- **Territoires de santé : l'élaboration des nouveaux principes et leur mise en œuvre**
 par Michel Laforcade, Directeur général
 de l'Agence régionale de Santé du Limousin et
 Gilles de Lacaussade, Chargé de mission
 auprès de la Secrétaire générale des ministères sociaux
 (secrétariat du Conseil national de pilotage des ARS) 99

- **Régionalisation de la branche recouvrement**
 par Nicolas Le Bellec, Directeur de la gestion du réseau
 à l'ACOSS 109

- **Quels territoires pour le social ?**
 par Michel Yahiel, Délégué général de l'Association
 des Régions de France 125

- **L'apport de la création des ARS dans la définition des territoires de santé**
 par Claude Évin, Directeur de l'ARS – Île-de-France,
 ancien Ministre de la Solidarité, de la Santé et de la
 Protection sociale 128

- **Quelles politiques sociales dans la société mobile ?**
 par Daniel Béhar, Géographe, consultant à la coopérative
 Acadie, Professeur associé à l'Institut d'Urbanisme de Paris
 (Université Paris Est) et Stéphanie Morel, Politiste,
 consultante à la coopérative Acadie 139

- **Les budgets publics et sociaux et l'aménagement du territoire**
 par Laurent Davezies, Professeur au Centre National
 des Arts et Métiers 151

- **Les services de proximité au service de l'assuré et du citoyen**
 par Jean-Paul Delevoye, Président du Conseil Économique, Social et Environnemental (CESE) 161
- **MSA et territoires**
 par Michel Brault, Directeur général de la Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole (CCMSA) 166

2. LE MANAGEMENT DE LA PROTECTION SOCIALE : TENDANCES ET ÉVOLUTIONS

- **Les enjeux de la dualité de stratégies au sein des CPAM : de la compétition à la coopération**
 par Emmanuelle Cargnello-Charles, Maître de Conférences en Sciences de Gestion, Centre de Recherche et d'Études en Gestion – Université de Pau et des Pays de l'Adour et Clément Castéra, Master en Comptabilité – Contrôle – Audit, Université de Pau et des Pays de l'Adour, Contrôleur de Gestion 185

Contribuer aux politiques sociales : une ambition légitime ?

- **Pourquoi penser ?**
 par Philippe Georges, Inspecteur général à l'IGAS 195
- **Le double pari de l'École**
 par Marie-Emmanuelle Le Cocguen, Directrice de la formation initiale à l'EN3S 199
- **Prendre le temps de penser, ça fait du bien (Témoignages d'auditeurs)**
 par Christelle Poisneuf, Directrice de la CPAM de Laval et Jean Dokhelar, Directeur de l'URSSAF d'Agen 207

3. REGARDS DES ACTEURS

- **La création d'un socle de Protection sociale universel**
 par Chloé Morin, Collaboratrice extérieure au département
 « Protection sociale » de l'OIT, assistante de Martin Hirsch
 au sein du groupe consultatif pour un socle universel
 de Protection sociale 215
- **Où en est la réforme santé aux États-Unis**
 par Cyril Cosme, Conseiller pour les Affaires sociales,
 la santé et l'emploi à l'Ambassade de France
 aux États-Unis 228
- **Protection sociale et emploi en Allemagne :
 une compétitivité économique au prix social élevé**
 par Arnaud Lavorel, Rédacteur en chef adjoint à l'agence
 de presse AEF (rubrique « Protection sociale ») et
 Marc Derouet, Directeur régional Grand Est
 de la mutuelle Unéo 246
- **PLFSS 2012 : une impression de cafouillage
 pour conclure une législature placée sous le signe
 de la dégradation des comptes**
 par Maurice Trépreau, Chercheur associé au LARGOTEC,
 Université Paris Est 254
- **Les réformes modernes du système de retraite
 en Lituanie : l'impact de la crise et du vieillissement
 de la population**
 par Audrius Bitinas, Professeur à l'Université Mykolas
 Romeris, Vilnius (Lituanie) 267

4. BIBLIOGRAPHIE

- Ouvrages sélectionnés par le Centre de documentation
 de l'EN3S 285
- Notes de lecture 286



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. Jean-François CHADELAT**, Inspecteur général des Affaires sociales, Directeur du fonds CMU
- ✉ **M. Alain CHAILLAND**, Conseiller Référendaire à la Cour des Comptes
- ✉ **M. Julien DAMON**, Professeur associé à Sciences-Po
- ✉ **M. Christophe DEMILLY**, Directeur de la Caisse d'Allocations Familiales de la Gironde
- ✉ **M. Pascal ÉMILE**, Directeur de la CARSAT (Caisse de Retraite et de Santé au Travail) du Centre
- ✉ **M. Philippe GEORGES**, Inspecteur général des Affaires sociales
- ✉ **M. Gilles HUTEAU**, Directeur de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de la Somme
- ✉ **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 du Travail, de l'Emploi et de la Santé



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 (Publications)

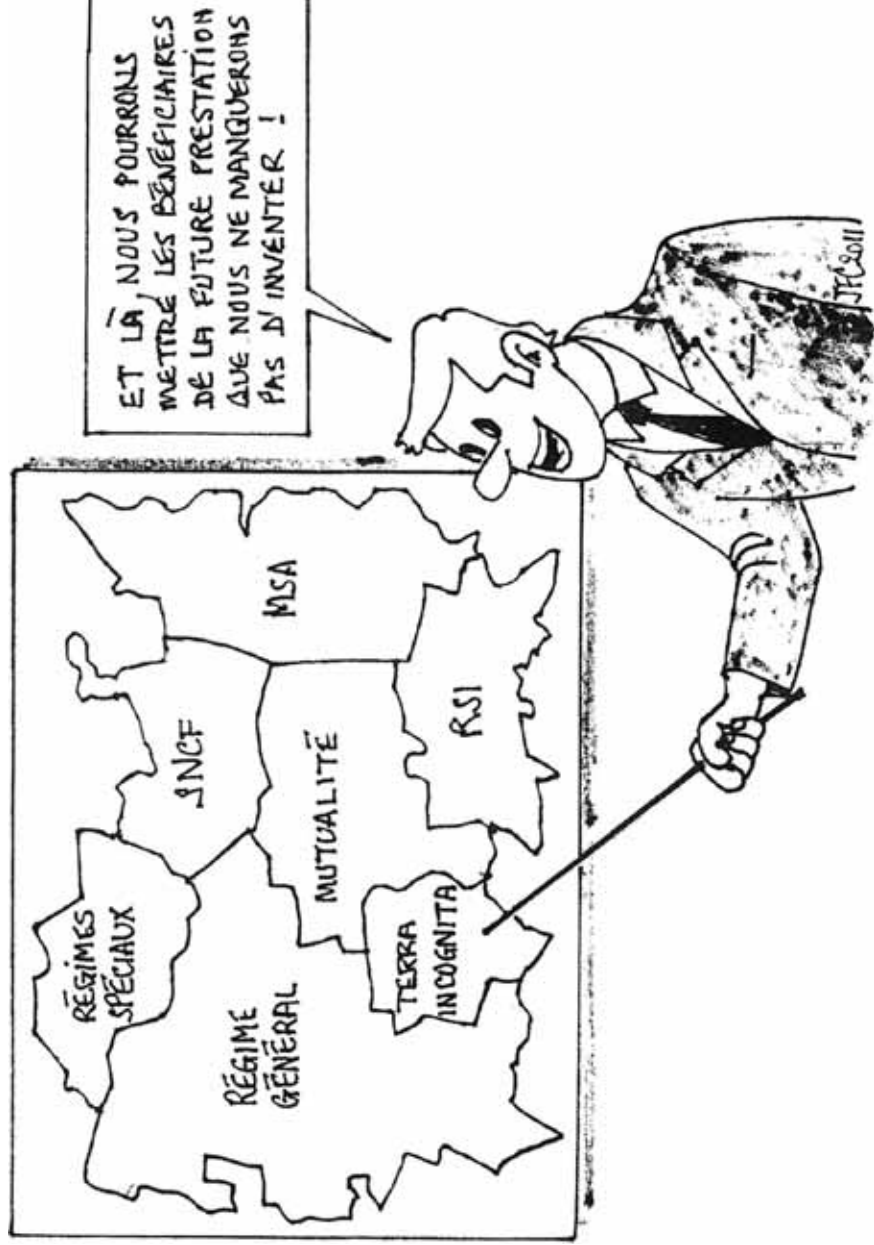
ou

Tél. 04.77.81.15.15 – Fax 04.77.81.15.00



LES ÉVOLUTIONS DE LA PROTECTION SOCIALE

**Quels territoires
pour la Protection sociale ?**



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

Les « territoires » de la Protection sociale

Robert Lafore

Professeur de droit public,
Université de Bordeaux, Institut d'Études Politiques

La notion de « territoire » est devenue depuis maintenant une vingtaine d'années une notion centrale tant du côté des praticiens et des acteurs de la Protection sociale que du côté de ses observateurs et analystes. Comme pour l'ensemble des politiques publiques, les vieux « terroirs » de la France rurale de jadis ayant été totalement dépassés, le « territoire » à son tour se substitue aux « circonscriptions administratives » et aux « collectivités locales » que le modèle républicain avait stabilisées comme des projections légitimes de l'État jacobin. Les collectivités infra-étatiques sont devenues « territoriales » et les circonscriptions qui enfermaient l'administration déconcentrée ont suivi le même mouvement comme le montrent à l'envie les dénominations choisies pour recouvrir les réformes les plus récentes, depuis la « Révision de l'Administration Territoriale de l'État » (RéATE) jusqu'à la loi « Hôpitaux, Patients, Santé, Territoires » (HPST).

La question est de savoir comment les politiques impulsées par le centre étatique se projettent dans des espaces à la fois géographiques puisqu'il s'agit de découpages du territoire national mais aussi socio-économiques puisqu'il s'agit aussi d'appréhender les populations qui y vivent et leurs activités, ces deux dimensions pouvant se superposer ou non.

En ce qui concerne la Protection et l'Action sociales, la question se pose aussi, notamment parce que les réaménagements récents de l'administration territoriale de l'État, les réformes affectant les collectivités territoriales ainsi que les mutations concernant l'organisation des politiques de santé sont venus récemment modifier des arrangements qui n'étaient pourtant pas très anciens puisqu'ils ne remontaient qu'à « l'acte II » de la décentralisation de 2004.

Quel rapport la Protection sociale entretient-elle avec le « territoire » et comment construit-elle ses territoires ? La question suppose de revenir aux logiques structurantes, tant sur le plan des conceptions (I) que sur celui des constructions (II) dont ils ont fait l'objet, de façon ensuite à s'interroger sur les recompositions actuelles qui les affectent (III).



I. Les conceptions différenciées des « territoires » de la Protection sociale

Il est certainement assez banal de rappeler que la Protection sociale s'est construite en France selon deux logiques complémentaires mais distinctes : d'un côté, pour les actifs et leurs ayants droit, des dispositifs d'essence socioprofessionnelle, incarnés depuis 1945 dans la « Sécurité sociale », ensemble diversifié de régimes et d'organismes plus ou moins reliés les uns aux autres ; de l'autre, l'Action sociale qui est l'héritière de la vieille assistance publique républicaine et qui originellement offre des prestations en nature à quelques groupes de personnes inaptes au travail, sans ressources et déliés des solidarités familiales ; ce second segment a été modernisé après la seconde guerre mondiale et a constitué « l'aide sociale » complétée progressivement de prestations non-contributives ainsi que d'interventions plus larges de collectivités publiques et d'acteurs privés s'inscrivant dans un ensemble d'établissements et de services sociaux et médico-sociaux dont le cadre juridique a été établi par la loi « sociale » du 30 juin 1975. Certes, ces deux ensembles au départ plutôt juxtaposés, la Sécurité sociale et l'Action sociale, connaissent depuis une trentaine d'années des formes de métissage et de superposition. Mais, s'agissant de leurs « territoires » et des façons dont ils peuvent être pensés, il convient de mettre en évidence les différences de logiques qui les animent.

Pour ce qui est de la forme la plus ancienne de Protection sociale, à savoir les dispositifs assistanciers modernisés et encadrés aujourd'hui par le Code de l'Action sociale et des familles, sa logique territoriale s'inscrit depuis l'origine dans la problématique d'aménagement du système politique, autour de la question de l'articulation entre le pouvoir central et les autorités publiques périphériques. Il s'agit, dans le cadre d'un État unitaire qui place la « souveraineté » en un seul endroit et dans les seuls organes politiques centraux, d'aménager la structure politico-administrative en positionnant, dans le prolongement des autorités centrales, des structures déconcentrées et décentralisées qui agissent soit dans un rapport de subordination hiérarchique envers le centre, soit dans une logique de délégations d'attributions confiées avec plus ou moins de latitude d'action à des représentants élus des populations. Nécessairement, les « territoires » de l'Action sociale sont surdéterminés par cette logique et, quels que soient les choix des niveaux (communal, départemental, régional ou autre) et des autorités (élus locaux ou fonctionnaires étatiques), y compris lorsqu'apparaissent des « territoires » inédits (infra- ou inter- communaux,



infra-départementaux), ce ne peut être qu'en considération des données, contraintes et projets affectant la structure politico-administrative d'ensemble. Dans ce cadre et comme l'ont montré les divers épisodes de la décentralisation depuis les années 1980, l'Action sociale est principalement un objet de mutations qui la dépassent sans que ses contraintes propres puissent s'y imposer. Cela dit, ce qui fonde les arrangements en la matière sont des questions de légitimité politique globale, à savoir la façon dont le pouvoir et ses formes de représentation doivent être agencés notamment en trouvant des niveaux où le flux descendant du pouvoir central arraisonne les flux montants des singularités locales. Dans ce modèle, le « territoire » intervient en mode majeur car il n'est pas uniquement espace de projection, mais sujet à prendre en compte même si la prégnance de la vision jacobine en fait un sujet dominé.

En revanche, la Sécurité sociale, entendue au sens large, ne se situe pas du tout dans la même logique territoriale. Il s'agit d'institutions socioprofessionnelles et non de structures politiques, dont la finalité est de construire un ensemble fonctionnel, à savoir pour l'essentiel délivrer des prestations définies au niveau central selon des logiques légales et réglementaires surdéterminées par le principe d'égalité qui entend justement neutraliser toutes les différenciations notamment territoriales qui pourraient affecter son respect. Le « territoire », quelles qu'en soient la délimitation et la consistance, n'est ici considéré que comme un espace d'application de législations nationales. De plus, la légitimité des organisations et de leurs gestionnaires est d'essence technique et non politique, ce trait étant accusé par le choix d'en confier la gestion à des organismes alliant la tradition mutualiste (ce sont les intéressés qui gèrent) à une gestion paritaire (syndicats représentant les actifs et patronat). Il s'agit là d'opérer un aménagement purement fonctionnel de l'Action collective selon une logique essentiellement descendante. Dans ce modèle, le « territoire » n'est *a priori* qu'un espace d'application dont on doit neutraliser les particularités pour ne l'appréhender qu'au travers de critères objectifs. Certes, comme pour toute organisation, les spécificités notamment des personnes et donc aussi des territoires où elles vivent doivent être partiellement reconnues : mais en mode mineur tant il convient d'atténuer les effets de désagrégation et de désarticulation que cette prise en compte pourrait susciter.

Le « territoire » a donc deux visages contrastés selon que l'on considère les organismes de Protection sociale ou les structures de l'Action sociale.

Il est un « sujet » doté nécessairement d'une certaine consistance dans la logique qui anime le système politico-administratif dans lequel les

1

LES ÉVOLUTIONS
DE LA PROTECTION
SOCIALE

politiques assistancielles sont immergées, même si elles en subissent les contraintes plus qu'elles n'y imposent les leurs ; ces politiques s'inscrivent, du fait des dispositifs au sein desquels on les a historiquement placées, dans un type de légitimité où le « territoire » intervient comme acteur : ses limites et ses formes doivent établir une forme de légitimité et donc contenir une certaine substance propre, soit qu'il incarne le pouvoir central, soit qu'il traduise une reconnaissance du local, soit qu'il articule ces deux réalités. Le « territoire » ainsi conçu doit donc superposer une dimension spatiale et une certaine légitimité politique : c'est un espace politisé.

Le « territoire » est un « objet » à construire dans la logique qui fonde les organisations de la Protection sociale de type socioprofessionnelle. Ordonnées à des finalités d'efficience fonctionnelle que les instances centrales définissent à titre principal, elles délimitent des espaces en considération de leur seule pertinence du point de vue de l'aménagement des dispositifs prestataires sans qu'il soit ni nécessaire ni utile de leur reconnaître une substance propre : il ne s'y joue rien d'autre du point de vue de la légitimité organisationnelle que leur bonne adaptation aux finalités et aux contraintes techniques. Le « territoire » ainsi conçu se constitue essentiellement comme une entité de mise en œuvre : c'est un espace fonctionnalisé.

II. La construction des « territoires » de la Protection sociale

Sur le fondement de la différence de logique entre l'Action sociale, inscrite dans le système politico-administratif d'un côté et de l'autre les organismes de Sécurité sociale ordonnés dans un modèle socioprofessionnel d'essence fonctionnelle, les « territoires » de l'une et de l'autre ont été construits de façon différenciée, bien que des convergences et des superpositions puissent s'y observer.

Sur longue période, les institutions d'assistance se sont coulées dans le modèle départementaliste d'administration locale. Stabilisé sous la Troisième République, ce modèle consiste à articuler le pouvoir central et les particularismes locaux émergeant principalement dans les communes dans une institution singulière, le département, qui a jusque dans les années 1980 la particularité de mêler en son sein un exécutif déconcentré (le préfet) et une assemblée décentralisée (le conseil général) ; les politiques et les législations nationales trouvent là un lieu au sein duquel leur dimension universelle (elles sont définies par la loi et le règlement) s'amende pour

1
 LES ÉVOLUTIONS
 DE LA PROTECTION
 SOCIALE

tenir compte des spécificités des populations auxquelles elles s'imposent ; cela parce qu'un puissant représentant du centre, le préfet, vient les confronter aux attentes des populations médiatisées par des notables élus issus du système communal. Ce modèle connaît son apogée dans les années 1960 lorsque l'administration déconcentrée de l'État se structure en de puissantes directions départementales sous l'autorité du préfet, ce dernier régulant la mise en œuvre des politiques au travers de son dialogue avec les élus départementaux et locaux.

En ce qui concerne l'assistance, dont la gestion est montée des communes vers le département en 1935 et qui est devenue « Aide sociale » en 1954, elle est constituée historiquement de prestations qui sont un mixte entre compétences de l'État et compétences décentralisées ; son organisation, sa mise en œuvre, ses ressources et son contrôle sont remis en 1964 aux DDASS qui mêlent fonctionnaires de l'État et personnels départementaux en superposant d'ailleurs des financements dits « croisés » puisqu'aussi bien étatiques que locaux. La légitimité de cette Action sociale se construit donc dans la bonne articulation entre la loi nationale qui fixe le cadre et les « demandes » locales qui sont construites et régulées par les notables élus. Cela se joue dans un « territoire », le département, tout à la fois un espace géographique et une institution qui organise et régule cet espace, la collectivité locale départementale ; cette dernière superpose sans reste une dimension politique liée à l'articulation préfet-conseil général et une dimension fonctionnelle inscrite dans la DDASS, bureaucratie spécialisée mettant en action la politique telle que cadrée par les régulations politiques locales.

Pour ce qui est de la Protection sociale de droit commun, inscrite dans les institutions de la Sécurité sociale dont notamment les caisses du régime général, leurs « territoires » sont pluriels du fait qu'ils sont principalement fonctionnels, c'est-à-dire déterminés par la recherche d'une bonne répartition des niveaux où le système prestataire rencontre ses ayants droit. Pour l'Assurance maladie, l'espace départemental s'est imposé en général pour y situer les CPAM, ainsi que pour la branche « famille » les CAF : mais il y a à cela des exceptions liées au volume plus ou moins important des allocataires et assurés sociaux ou encore à l'héritage de l'histoire pour les CAF ; pour le régime vieillesse, l'espace départemental a été écarté lors de l'autonomisation de la branche, alors qu'il est apparu adapté à la structuration de l'Assurance chômage du fait de l'attraction des administrations du travail réunies dans des directions départementales sous autorité des préfets. Ces divergences tiennent à ce qu'un système prestataire régulé nationalement, selon une logique où dominent les principes de

1

LES ÉVOLUTIONS
DE LA PROTECTION
SOCIALE

légalité et d'égalité (les prestations sont des droits objectifs et doivent être délivrées uniquement en considération de critères et selon des procédures réglementaires), n'est tenu qu'à chercher les lieux pertinents pour gérer et délivrer les prestations ; les espaces choisis n'y ont qu'une dimension opérationnelle. La légitimité globale du dispositif tient, non dans la reconnaissance d'une substance propre aux territoires qu'il faudrait prendre en compte, mais au contraire dans la capacité à neutraliser les particularités autant que faire se peut pour limiter les effets inégalitaires que cela pourrait occasionner.

Cette présentation des logiques territoriales de la Sécurité sociale force le trait car, comme toute organisation de type fonctionnel et quelle que puisse être la prégnance des principes de légalité et d'égalité, ces structures sont dans l'obligation d'aménager autrement que par la seule mise en œuvre de la réglementation leurs rapports avec les publics et les espaces où elles agissent. En l'occurrence, cette nécessité s'est inscrite dans l'invention de « l'Action sanitaire et sociale » des caisses que d'ailleurs la loi a consacrée et encadrée dès l'origine. Mais cette Action sociale a revêtu deux dimensions dont la seconde a conduit les organismes gestionnaires à rencontrer la question des « territoires » dans leur dimension politique. L'Action sanitaire et sociale s'est tout d'abord inscrite dans l'institution de services sociaux dits « spécialisés », destinés à réduire l'écart inévitable et parfois dommageable entre le cadre réglementaire des prestations et les singularités des ayants droit ; elle s'est engagée aussi dans l'établissements de prestations dites « extra-légales » destinées à combler les manques du système prestataire, à le compléter ou l'amender, cela à nouveau dans une recherche de meilleure adéquation entre les objectifs généraux des structures et les attentes et demandes des allocataires et assurés sociaux ; à ce niveau les médiations permettant la prise en compte de demandes spécifiques restent de nature socioprofessionnelle et/ou sectorielle si l'on considère le rôle des associations familiales dans les CAF. Au-delà une seconde dimension s'est inscrite dans ces dispositifs d'Action sociale qui a consisté dans la recherche d'une certaine prise en compte de « territoires » là où ces derniers pouvaient être en adéquation avec les finalités institutionnelles ; ainsi, avec les CAF qui ont porté principalement cette logique au nom de leur rôle dans la « politique familiale », on a pu développer des politiques d'équipements de quartiers (centres sociaux, structures éducatives et de loisirs, services aux familles) qui ont obligé à une immersion des organismes dans des espaces qui n'étaient plus uniquement de « projection », mais que l'on devait appréhender avec leurs spécificités et leurs demandes au travers de médiations opérées par des associations locales

ainsi que les élus ; particulièrement, la politique « enfance-jeunesse », qui a pris une place centrale dans l'Action sociale des CAF, s'est progressivement infléchi vers des dispositifs contractualisés avec les responsables politiques ; dans ce mouvement, le « territoire » acquiert une consistance propre et l'organisme social en devient un acteur qui lui reconnaît une identité tout en contribuant par là même à la lui conférer.



Ainsi, la Protection sociale, selon qu'il s'agisse du segment des assurances sociales ou de celui de l'assistance, construit des « territoires » qui sont par nature différents ; si cette différence reste fondamentale car attachée aux principes mêmes qui gouvernent ces deux ensembles institutionnels, on aperçoit que par le biais de l'Action sociale des caisses, ces dernières ont traditionnellement dû s'insérer dans les régulations qui caractérisent le fonctionnement des « territoires » politiques. Ils sont centrés dans le modèle hérité sur le département : ce dernier a été sur une longue période à la fois un espace géographique, un espace de projection du pouvoir central, un espace d'aménagement d'une représentation du « local » et un espace de connexion entre tous ces éléments : le territoire « politique » par excellence.

III. Les recompositions des « territoires » de la Protection sociale

À compter des lois de décentralisation des années 1982-1983, le modèle politico-administratif français entre dans une période d'instabilité forte, dont les mutations législatives et réglementaires incessantes sont le symptôme tout en manifestant aussi les difficultés dans lesquelles nous sommes encore pour trouver un nouvel équilibre.

Si l'on s'attache tout d'abord à mettre en évidence, en forme de constat, les principales évolutions dans la construction des « territoires » de la Protection sociale, on note une différence fondamentale entre ce qui est advenu d'un côté aux organismes de la Sécurité sociale et les mutations qui ont affecté de l'autre l'Action sociale.

Sur le versant des institutions d'assurance sociale, l'architecture d'ensemble du système organisationnel est restée très stable autour du modèle établi par les ordonnances de 1967. La seule mutation intervenue est récente et très significative, il faudra y revenir : elle tient, du fait de la création des ARS, à la restructuration au niveau régional des CRAM en « Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé Au Travail » (CARSAT), les

1

LES ÉVOLUTIONS
DE LA PROTECTION
SOCIALE

anciennes attributions « santé » de ces structures ayant été absorbées par les nouvelles agences et donc inscrites dorénavant dans des logiques politiques et territorialisées. De son côté, la branche famille, sans modification toutefois de sa structure d'ensemble et des répartitions territoriales (si ce n'est les processus envisagés de fusions de certaines CAF), a connu des adaptations continues de ses projections territoriales : et il s'est agi là davantage d'une logique d'accompagnement de ce qui se passait dans le système politico-administratif que de transformations propres aux CAF, ces dernières étant les seules Caisses de Sécurité sociale qui soient partiellement dépendantes du système politico-administratif territorial du fait de leur Action sociale. En dehors de ces deux formes de territorialisation d'organismes de Sécurité sociale (intégration des services régionaux « Assurance maladie » dans l'ARS et projection territorialisée des CAF), la logique fonctionnelle est restée dominante dans le champ de la Sécurité sociale, cela tenant au fait qu'il s'agit d'institutions délivrant des prestations nationales et qui sont en conséquence dominées par un souci de type technique de bonne répartition des accès à ces prestations.

Tout autre est la situation dans le versant « Action sociale », ce dernier étant encadré, pour le meilleur et pour le pire, dans la structure politico-administrative territoriale (l'État et ses services déconcentrés et les collectivités territoriales). Ce n'est pas ici le lieu de reprendre en détail toutes les réformes intervenues depuis « l'acte I » de la décentralisation des années 1980 jusqu'à la récente réforme des collectivités territoriales, tout cela ayant constitué une forme de feuilleton organisationnel dans lequel à chaque épisode de décentralisation correspondait un épisode de réorganisation de l'administration déconcentrée. Car naturellement, les deux pans de l'Action publique sont indissolublement liés et font système, les poussées décentralisatrices, constantes des années 1980 jusqu'au dénommé « Acte II de la décentralisation » de 2004 perturbant inmanquablement les services extérieurs de l'État.

Le mouvement qui suit la mise à bas de l'équilibre hérité de la Troisième République et parachevé sous la Cinquième (modèle structuré autour dans l'institution départementale qui réunit préfet et notables) s'engage dans les années 1980 sur une certitude mais aussi avec de nombreuses interrogations. La certitude c'est que l'État doit se délester de nombreuses attributions qu'il n'est plus à même de piloter directement ; on va donc procéder à des transferts massifs de compétences depuis l'administration étatique vers les collectivités territoriales et on va, ce qui est lié, autonomiser plus fortement ces dernières notamment en supprimant la nature hybride du département. Des interrogations nombreuses vont alors

1
 LES ÉVOLUTIONS
 DE LA PROTECTION
 SOCIALE

apparaître, comme la face cachée du mouvement décentralisateur : le maintien des collectivités existantes et la promotion de la région en niveau supplémentaire de décentralisation ouvrent la question du « mille feuille » que constitue l'administration décentralisée ; l'administration déconcentrée entre dans une crise durable, délestée de ses attributions et ayant perdu le contrôle des collectivités territoriales antérieurement assuré par le couple préfet-notables locaux ; elle se cherche un niveau pertinent pour organiser ses forces (niveau régional et/ou niveau départemental) et elle ne dispose plus d'un lieu pour mettre en cohérence les politiques nationales et les politiques des collectivités territoriales. C'est à ces problèmes que tentent de répondre les réformes les plus récentes qui peuvent apparaître comme une rupture avec le processus antérieur : avec la RGPP, l'État choisit délibérément l'espace régional pour regrouper ses services et pour les piloter ; avec la réforme des collectivités territoriales, on ouvre la porte à une intégration possible entre département et région et on entend promouvoir des intercommunalités plus fortes pour couper court à l'émiettement communal ; en revanche, l'articulation administration déconcentrée et collectivité territoriale reste un problème toujours sans solution.

S'ajoute à cela des recompositions sectorielles dont celle concernant la politique de santé qui va impacter le versant « médico-social » de l'assistance. Avec la création de l'ARS, le choix est fait en la matière d'autonomiser un secteur (la politique de santé) que l'on confie à une agence spécialisée pour qu'il échappe aux régulations politiques traditionnelles entre représentant de l'État et élus locaux et qu'il s'organise de ce fait selon ses rationalités propres. Cependant, le pilotage par agence ne dépolitise pas : il change simplement les acteurs concernés et par là les fondements de la légitimité en confiant la recherche d'accords entre normes centrales et contextes locaux aux professionnels et groupes directement impliqués dans le champ de la santé. L'ARS est donc un objet administratif à plusieurs faces : d'un côté, elle renforce le choix de l'espace régional pour l'administration d'État ; de l'autre, cependant, elle décale la politique concernée en l'éloignant de l'administration déconcentrée classique et en la soustrayant aussi aux collectivités territoriales.

Au point où nous sommes parvenus la situation s'est donc en réalité compliquée et les moyens choisis pour apporter des solutions aux problèmes anciens en créent de nouveaux. Pour l'Action sociale, qui paraît un frêle esquif balloté dans ces mouvements qui ne la concerne pas au premier chef, la situation s'est fortement complexifiée : son centre de gravité est régional pour le médico-social, départemental et/ou régional pour les

1

LES ÉVOLUTIONS
 DE LA PROTECTION
 SOCIALE

politiques sociales aux mains de l'État et départemental pour la part revenant à la collectivité départementale ; cette dernière est fortement implantée dans les politiques de lutte contre les exclusions ainsi que la protection de l'enfance, mais en position dominée dans les champs du handicap et des personnes âgées où elle est pourtant un acteur important. En lieu et place d'une régulation jusque-là « départementaliste », ou tout au moins l'essentiel se jouait dans l'espace départemental et autour de la collectivité départementale (dont le rôle de « chef de file » avait été consacré en 2004), les niveaux d'administration et les acteurs se diversifient.

Et la situation ne s'est pas simplifiée non plus pour les quelques segments assistanciers ou les organismes de Sécurité sociale croisent les acteurs politico-administratifs : l'Assurance maladie a été captée par l'ARS pour s'inscrire dans une régulation du secteur sanitaire et médico-social qui s'est autonomisée et qui se centre sur des préoccupations uniquement sectorielles (offre de soins et offre de services médico-sociaux) ; les CAF sont devenues un partenaire du département pour la mise en œuvre du RSA et donc indirectement des politiques d'insertion ; enfin ces mêmes CAF, au travers de leur politique d'Action sociale qui est fortement centrée sur l'enfance et l'accueil de la petite enfance, s'inscrivent dans des politiques communales et intercommunales. Tout cela cependant ne les implique que marginalement dans le système politico-administratif local et n'affecte pas leur nature spécifique d'organisations principalement dispensatrices de prestations légales bien que cela complique leur position.

On se trouve donc, au terme de trente années de réformes du système politico-administratif local, dans une situation où la complexité s'est accrue sans que des équilibres nets soient apparus. Certes, les « territoires » de la Protection sociale n'ont jamais été structurés de façon claire et cohérente. Les logiques qui l'animent s'enracinent dans deux modèles différents : logique centralisée et descendante confiée à des structures spécialisées pour la Sécurité sociale ; logique articulant un mouvement descendant dominant avec la prise en compte du « local » aux travers de médiations territoriales pour l'Action sociale. Si la première a globalement perduré dans ses équilibres originaux, la seconde a suivi les bouleversements du système politico-administratifs dans lequel elle s'insère ; son « territoire » est de ce fait très incertain, à la mesure de l'incertitude globale qui affecte à la fois les niveaux d'administration locale, les partages entre administration déconcentrée et décentralisée et les lieux de leur articulation.



Politique de la ville : bilan et absence de perspectives

Renaud Epstein

Maître de conférences en science politique à l'Université de Nantes ¹

Trente ans après les premières opérations de Développement social des quartiers initiées à la suite de « l'été chaud » des Minguettes, vingt ans après l'émeute du quartier du Mas-du-Taureau à Vaulx-en-Velin et la création consécutive d'un ministère de la Ville, quinze ans après la délimitation des Zones urbaines sensibles et l'instauration des Zones franches urbaines, huit ans après le lancement du Programme national de rénovation urbaine, six ans après la création de l'Agence pour la Cohésion Sociale et l'Égalité des chances (ACSE) en réponse aux émeutes qui ont embrasé des centaines de quartiers populaires, trois ans après l'annonce du Plan Espoir Banlieues, quel bilan peut-on tirer de la politique de la ville ?

Pour le dire vite, le bilan est globalement négatif. Tout au long de son histoire, la mise en œuvre de la politique de la ville s'est accompagnée de la réalisation et de la publication d'évaluations qui ont régulièrement rappelé l'incapacité de cette politique à atteindre les objectifs qui lui étaient impartis. Son échec est spectaculairement rappelé par les émeutes qui enflamment sporadiquement des grands ensembles et petites cités d'habitat social. Les ministres et secrétaires d'État en charge de cette politique, pour une durée généralement très limitée ², le reconnaissent d'ailleurs en multipliant les annonces de réformes, de plans ambitieux, de mesures nouvelles qui doivent conjurer les échecs de leurs prédécesseurs. Établir un bilan plus précis et rigoureux supposerait de revenir sur les résultats des évaluations qui ont accompagné l'émergence puis l'institutionnalisation d'une politique de la ville dont les priorités, les cibles, les objectifs, les instruments, les programmes, les ressources et l'organisation institutionnelle ont varié au cours des trente dernières années. On se contente ici de proposer un bilan plus limité dans le temps, portant sur la politique

1. Une version précédente de cet article a été publiée en mai 2011 dans *Regards croisés sur l'économie*.

2. Depuis 1990, année de la création d'un ministère dédié, 19 ministres et secrétaires d'État ont eu la charge de la politique de la ville : 3 ministres en charge de la Ville, 7 ministres responsables de pôles d'activités intégrant la politique de la ville, 5 ministres délégués et 4 secrétaires d'État.

1

LES ÉVOLUTIONS
DE LA PROTECTION
SOCIALE

mise en œuvre depuis le vote de la loi d'orientation et de programmation pour la ville et la rénovation urbaine du 1^{er} août 2003 (dite loi Borloo)³. Celle-ci a organisé une profonde réforme de la politique de la ville, directement inspirée d'un rapport de la Cour des comptes qui, en

bonne logique néo-managériale, appelait à une clarification des objectifs de cette politique, à leur déclinaison dans des indicateurs de résultats, à l'identification plus précise des moyens mobilisés et à une amélioration des systèmes de suivi. Autant de demandes justifiées sur le double registre de la performance et de l'évaluabilité auxquelles la loi Borloo a répondu⁴ : la politique de la ville s'organise désormais autour d'objectifs nationaux, formulés par le législateur en termes de réduction des inégalités sociales et des écarts de développement entre les 751 Zones Urbaines Sensibles (ZUS) et leur environnement. Ces objectifs sont déclinés, en annexe de la loi, dans une batterie de 65 indicateurs suivis par l'Observatoire National des Zones Urbaines Sensibles (ONZUS) dont les rapports établissent, année après année, l'accroissement des écarts que la politique de la ville prétend réduire.

20

Après avoir présenté successivement les principaux programmes de la politique de la ville, les moyens qui leur sont consacrés et leurs piètres résultats, on s'interrogera sur les perspectives de cette politique dont l'échec est régulièrement proclamé par les élus, les médias et les chercheurs.

Les programmes : démolition, exonération, péréquation

Du fait de son caractère transversal, la politique de la ville couvre un vaste éventail de thématiques, de l'éducation (programme de réussite éducative, écoles de la deuxième chance, internats d'excellence) à la médiation sociale (adultes-relais) en passant par la santé (ateliers santé ville), l'insertion sociale et professionnelle (contrats d'autonomie) ou la prévention de la délinquance (opérations Ville vie vacances). Historiquement centraux dans la politique de la ville, ces actions et programmes réunis

3. Pour une mise en perspective historique de la politique de la ville et une présentation des recherches et évaluations qui l'ont pris pour objet depuis le début des années 1980, cf. Kirszbaum T., Epstein R. (2010), « Synthèse des travaux universitaires et d'évaluation de la politique de la ville », in Pupponi F., Goulard F., *Quartiers défavorisés ou ghettos inavoués : la République impuissante*, Paris : Assemblée Nationale. [<http://www.assemblee-nationale.fr/13/pdf/rap-info/i2853-tl.pdf>]

4. Epstein R. (2010), « Des politiques publiques aux programmes : l'évaluation sauvée par la LOLF ? Les enseignements de la politique de la ville », *Revue française des Affaires sociales*, 1-2.



dans un contrat liant l'État et les collectivités locales (contrat urbain de cohésion sociale), sont désormais secondaires. Moins d'un cinquième des crédits nationaux dédiés à cette politique en 2009 ont été consacrés à de telles actions directement tournées vers les habitants des quartiers prioritaires, soit bien moins que d'autres programmes dont les communes, les bailleurs sociaux et les entreprises sont les bénéficiaires directs.

En instituant le Programme National de Rénovation Urbaine (PNRU), la loi Borloo a fait de la restructuration physique des quartiers le cœur de la politique de la ville. Cet ambitieux programme de transformation de l'urbanisme et de l'offre de logements des ZUS vise à restaurer une mixité sociale et fonctionnelle qui fait défaut dans ces quartiers spécialisés. Il prévoit la mobilisation de près de 40 milliards d'euros sur la période 2004-2013, pour démolir 250 000 logements sociaux, en reconstruire autant, réhabiliter 400 000 HLM supplémentaires et conduire diverses opérations d'aménagement dans plus de 400 quartiers⁵.

En complément du PNRU, qui cherche à attirer dans les ZUS une population moins défavorisée – et implicitement moins colorée – que celle qui y réside, la loi Borloo a étendu le programme des Zones Franches Urbaines (ZFU) mis en place en 1996 pour attirer des entreprises dans les grands ensembles touchés par le chômage de masse. Les établissements implantés dans une des 104 ZFU y bénéficient d'importants allègements fiscaux et de charges sociales, en contrepartie desquels ils doivent effectuer au moins un cinquième de leurs nouvelles embauches parmi les résidents de la zone (ou d'une autre ZUS de l'agglomération).

À ces deux programmes de mixité sociale par la banalisation urbaine et de développement économique par l'exemption fiscale s'ajoutent plusieurs dispositifs de péréquation des dotations de l'État en faveur des communes comprenant sur leurs territoires des quartiers prioritaires de la politique de la ville (dotation de solidarité urbaine et de cohésion sociale, dotation de développement urbain, fonds de solidarité des communes de la région Île-de-France).

5. Les réalisations seront largement en deçà de l'objectif fixé : fin 2009, les opérations programmées prévoyaient 131 000 démolitions, 125 000 reconstructions et 293 000 réhabilitations.

1

LES ÉVOLUTIONS
DE LA PROTECTION
SOCIALE

Les moyens : une politique de discrimination positive territoriale ?

La politique de la ville est souvent présentée comme une illustration du principe de discrimination positive, justifiant un traitement discriminatoire par un objectif de réduction des inégalités. En l'occurrence, il s'agirait d'une « discrimination positive territoriale », plus conforme aux principes républicains que les politiques anglo-saxonnes d'*affirmative action*, parce que ciblée sur des quartiers plutôt que sur des minorités ethniques⁶. Force est pourtant de constater que les habitants des quartiers prioritaires de la politique de la ville font effectivement l'objet de traitements discriminatoires, c'est rarement dans le sens attendu, consistant à « *donner plus à ceux ont moins* » conformément à la définition la plus courante de la discrimination positive.

Dans un rapport récent sur les aides aux quartiers défavorisés, le Comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques de l'Assemblée Nationale a estimé à 3,7 milliards d'euros les moyens budgétaires nationaux spécifiquement dédiés à la politique de la ville en 2009 (tableau 1), soit 0,96 % des crédits de paiement du budget général dans la loi de finances. En théorie, ces moyens spécifiques viennent s'ajouter à ceux engagés par les politiques de droit commun de l'État et des collectivités, dont sont supposés bénéficier également tous les territoires. En pratique, la discrimination positive attendue ne semble pas au rendez-vous. Plusieurs tentatives de construction d'une comptabilité territorialisée à l'échelle infracommunale ont montré que les moyens supplémentaires de la politique de la ville ne suffisent pas à compenser les inégalités de traitement résultant des autres politiques publiques d'une part⁷, l'inéquitable distribution territoriale des bases fiscales d'autre part, qui se combinent au détriment des quartiers pauvres.

6. Doytcheva M. (2007), *Une discrimination positive à la française ? Ethnicité et territoire dans les politiques de la ville*, Paris : La Découverte.

7. Treguer C. (2001), « Les politiques publiques favorisent-elles les quartiers pauvres ? Essai d'élaboration d'une comptabilité sur le cas de deux quartiers, un banal et un pauvre », Thèse de doctorat – Institut d'Urbanisme de Paris. Fourcade M. *et al.* (2005), « Évaluation de la mobilisation des crédits de droit commun de l'État et contribution à l'évaluation des contrats de ville sur trois territoires », Paris : Inspection générale des affaires sociales.

Tableau 1. Moyens budgétaires nationaux dédiés à la politique de la ville en 2009

	En millions d'euros	En % du total
Dotations de péréquation	1 399	37,8 %
Rénovation urbaine (ANRU)	996	26,9 %
Exonérations fiscales et « sociales »	693	18,7 %
Autres interventions ⁸	613	16,6 %
Total	3 701	100 %

D'après Pupponi F., Goulard F. (2010), *Quartiers défavorisés ou ghettos inavoués : la République impuissante*, Paris : Assemblée Nationale.

Les habitants des ZUS ne bénéficient pas, loin s'en faut, d'un traitement privilégié de la part des Services publics. Les modes d'intervention très particuliers de la Police dans ces quartiers en fournissent une illustration, même s'ils échappent à la quantification⁹. D'autres secteurs se prêtent plus aisément à la mesure. Plusieurs études portant sur les politiques de l'emploi ont ainsi montré que, toutes choses étant égales par ailleurs, les demandeurs d'emploi résidant en ZUS sont sur-représentés dans les dispositifs les moins coûteux et les moins efficaces en termes de retour à l'emploi, et sous-représentés dans d'autres dispositifs, plus coûteux, qui permettent un accès plus durable à l'emploi non aidé¹⁰. Des études plus anciennes portant sur les Zones d'Éducation Prioritaire (ZEP) avaient elles aussi montré le caractère tout relatif de la discrimination positive territoriale. Les établissements en ZEP (zonage qui recouvre en grande partie celui des ZUS) bénéficient de moyens supplémentaires conséquents de l'Éducation nationale, sous la forme d'heures d'enseignement et de crédits indemnitaires pour les enseignants, qui permettent d'abaisser les effectifs par classe : les collèges en ZEP comptent en moyenne deux élèves par classe

8. On regroupe ici les crédits d'intervention de plusieurs établissements publics nationaux chargés de la mise en œuvre du volet social de la politique de la ville (Agence pour la cohésion sociale et l'égalité des chances : 465 M€), de dispositifs qui sont partiellement rattachés à cette politique (Établissement public d'aménagement et de restructuration des espaces commerciaux et artisanaux : 43 M€ ; Établissement public d'insertion de la défense : 25 M€), ou qui contribuent au financement de plusieurs de ses programmes (Caisse des dépôts en consignations : 80 M€).

9. Mouhanna C. (2011), *La police contre les citoyens ?*, Nîmes : Champs social ; Fassin D. (2011), *La Force de l'ordre*, Paris : Seuil.

10. DARES (2007), « Les dispositifs de politique de l'emploi dans les zones urbaines sensibles : un accès privilégié aux CES et SIFE collectifs », *Premières synthèses, premières informations*, 13.4. ONZUS (2005 ; 2010), *Rapport annuel de l'Observatoire national des zones urbaines sensibles*, Paris : Secrétariat général du Comité interministériel des villes.

1

LES ÉVOLUTIONS
DE LA PROTECTION
SOCIALE

de moins que les autres collèges. Mais les enseignants de ces zones, qui sont plus jeunes et moins qualifiés qu'ailleurs, ont des salaires moins élevés qui compensent le surcoût résultant des postes supplémentaires et des crédits indemnitaires ¹¹.

L'aménagement (PNRU) et le développement économique (ZFU) sont les deux seuls domaines dans lesquels la politique de la ville produit un réel effet de discrimination positive territoriale ¹². C'est particulièrement le cas du PNRU, qui a permis l'orientation de moyens inédits vers les quartiers prioritaires. Il convient néanmoins de souligner la faible contribution de l'État à ce programme de démolition-reconstruction dont le coût (40 milliards d'euros sur la période 2004-2013) est d'abord pris en charge par les bailleurs sociaux (42 % du total) et les collectivités (21 %), les subventions de l'Agence Nationale pour la Rénovation Urbaine (ANRU) couvrant en moyenne 30 % du coût des travaux. La loi Borloo prévoyait que l'État apporte au minimum 465 millions d'euros par an à cette agence, à parité avec le 1 % logement. Cet engagement n'est plus tenu par l'État depuis 2009. Pour compenser son retrait du financement de l'ANRU, le gouvernement a imposé de nouveaux prélèvements au 1 % logement, puis aux bailleurs sociaux, en faisant fi des protestations des partenaires sociaux et du monde HLM.

Des réalisations aux résultats : le grand écart

Le PNRU a transformé la France des grands ensembles en un vaste chantier. Comme le répètent à raison les promoteurs de ce programme, la rénovation urbaine produit des transformations visibles dans près de 500 quartiers. Il ne faut cependant pas confondre réalisations (*outputs*) et résultats (*outcomes*). Car en dépit de la mobilisation de ressources colossales pour la rénovation urbaine et des transformations visibles que celle-ci a produites, les résultats ne sont pas au rendez-vous. Les opérations de rénovation urbaine n'ont eu qu'un effet limité en termes de mixité fonctionnelle

11. Benabou R., Kramarz F., Prost C. (2004), « Zones d'éducation prioritaire : quels moyens pour quels résultats ? Une évaluation sur la période 1982-1992. », *Économie et statistique*, 380. Treguer C., Davezies L. (1996), « Les politiques publiques favorisent-elles les quartiers pauvres ? Le cas de l'Éducation nationale », Rapport pour le PIR Ville/CNRS.

12. Les habitants des quartiers prioritaires de la politique de la ville ne sont cependant que des bénéficiaires indirects de ces deux programmes tournés vers les entreprises dans le cas des ZFU, les collectivités et bailleurs sociaux pour le PNRU. En l'état actuel des connaissances, le bénéfice qu'en tirent les habitants des quartiers visés est incertain.



et elles ne sont pas parvenues à rétablir la mixité sociale désirée¹³. La démolition-reconstruction a produit de la fragmentation résidentielle et de la ségrégation sociale¹⁴ à l'intérieur des quartiers HLM, sans parvenir à réduire significativement les écarts statistiques entre les ZUS et leur environnement arrêté dans la loi Borloo, comme l'indiquent la plupart des indicateurs réunis dans les rapports de l'ONZUS. Ainsi, le revenu fiscal moyen par unité de consommation des ménages résidant en ZUS s'élevait à 56 % de celui des ménages de leurs unités urbaines en 2007, contre 58 % en 2002. La part des personnes vivant en dessous du seuil de pauvreté demeure 2,4 fois plus élevée en ZUS qu'ailleurs. Le chômage reste massif dans ces quartiers, dont 20,9 % des actifs étaient sans emploi en 2010 soit deux fois plus qu'en moyenne nationale (10,3 %). Sept ans plus tôt, ces taux étaient respectivement de 17,3 % et 9 %. L'écart a donc légèrement cru sur la période, les jeunes constituant les principales victimes de ce sur-chômage : parmi les actifs de moins de 25 ans résidant en ZUS, plus de quatre sur dix étaient chômeurs en 2010. Les rares indicateurs dont l'évolution pourrait sembler plus favorable ne le sont qu'à première vue. Ainsi, 74 % des collégiens des ZUS ont obtenu leur brevet des collèges en 2010, soit une progression de 5,8 points en cinq ans. Mais cette progression ne comble qu'une petite partie de l'écart vis-à-vis des collégiens d'autres établissements : le différentiel de taux de réussite est passé de 12,6 points en 2004-2005 à 11 points en 2009-2010. Plus encore, la diminution du nombre de jeunes sans qualification dans les ZUS s'accompagne d'une élévation continue des niveaux de qualification des jeunes des autres quartiers, qui perpétue les écarts.

Au regard des objectifs arrêtés par le législateur en 2003, force est de constater l'échec de la politique de la ville, pour immédiatement le nuancer. Car l'effet propre de cette politique demeure incertain, en l'absence d'études rigoureuses rapportant l'évolution des quartiers prioritaires avec celle de quartiers comparables qui n'auraient pas bénéficié de la politique de la ville¹⁵. En outre, il convient de rappeler que la catégorie administrative des ZUS réunit des quartiers dont les situations et les dynamiques sont très hétérogènes. Les moyennes nationales masquent

13. Voir à ce sujet le rapport 2008 du CES de l'ANRU, qui se singularise au milieu des productions relatives au PNRU en opérant une distinction entre réalisations et résultats, comme l'indique son titre : « Rénovation urbaine 2004-2008 : quels moyens pour quels résultats ? ».

14. Lelevrier C. (2010), « La mixité dans la rénovation urbaine : dispersion ou re-concentration ? », *Espaces et sociétés*, 140-141.

15. En la matière, on dispose seulement d'une étude économétrique sur les ZFU, qui conclut que le dispositif est relativement efficace, mais fort peu efficient. Cf. Rathelot R., Sillard P. (2009), « Zones Franches Urbaines : quels effets sur l'emploi salarié et les créations d'établissements ? », *Économie et statistique*, 415-416.

1

LES ÉVOLUTIONS
DE LA PROTECTION
SOCIALE

d'importantes variations locales, liées aux contextes territoriaux et aux politiques menées. Les dynamiques de développement économique et l'action publique ont permis, dans certaines agglomérations, d'arrimer ou de réintégrer les quartiers dans le fonctionnement urbain, quand d'autres agglomérations ont vu des quartiers comparables s'enfoncer dans la spirale de la mise à l'écart. Si la politique nationale de la ville est globalement en échec, certaines villes sont heureusement parvenues à conduire des politiques locales plus efficaces.

Quelles perspectives pour la politique de la ville ?

Orphelins des grands espoirs que nombre d'entre eux avaient placés dans la rénovation urbaine, les responsables politiques français semblent désormais sans idées ni projets pour des quartiers prétendument prioritaires, dont un habitant sur trois vit sous le seuil de pauvreté, un sur quatre déclare renoncer à des soins pour des raisons financières, et qui tendent à se spécialiser dans une fonction d'accueil des minorités visibles¹⁶. Le coûteux programme des ZFU, qui devait prendre fin en 2011, a été prorogé jusqu'en 2014 en dépit d'évaluations qui ont montré son épuisement. Les Contrats urbains de cohésion sociale ont eux aussi été prolongés jusqu'en 2014, mais souffrent des réductions de crédits de l'ACSE que les collectivités ne peuvent – ou ne veulent – plus compenser. Répondant aux demandes des élus locaux et du mouvement HLM, le gouvernement a annoncé à plusieurs reprises sa décision de lancer un PNRU 2, mais le financement de ce futur programme demeure virtuel. La révision de la géographie prioritaire en chantier depuis plusieurs années n'avance pas non plus : la liste des ZUS demeure celle définie en 1996 sur la base du recensement de 1990, alors même qu'un article de la loi de finances pour 2008 avait imposé sa révision en 2009.

Tout autant que le bilan de la politique de la ville, c'est cette absence de perspectives affichées pour cette politique qui est préoccupante, alors

16. L'enquête Trajectoires et Origines réalisée par l'INED et l'INSEE en 2008 a établi que les immigrés et descendants d'immigrés représentaient plus de la moitié de la population résidant en ZUS, soit deux fois et demi plus que leur poids dans la population vivant en France métropolitaine. Près d'un immigré sur cinq et près d'un descendant d'immigré sur sept vit en ZUS, alors que ce n'est le cas que d'une personne sur quinze sur l'ensemble de la France métropolitaine. Cette proportion dépasse les 25 % pour les immigrés d'Afrique du Nord, d'Afrique sub-saharienne et de Turquie, et elle se situe aux alentours de ce chiffre pour leurs descendants.



que les effets de la crise se font déjà sentir dans les quartiers populaires¹⁷. Sauf à considérer que la situation de ces quartiers et de leurs habitants ne représente qu'un enjeu secondaire (ou un simple enjeu de maintien de l'ordre), il convient pourtant de prendre acte de l'échec de la stratégie poursuivie depuis 2003. Plutôt que de s'évertuer à rétablir, par l'intervention urbaine, une hypothétique et indéfinissable mixité sociale dans les quartiers populaires, ne faudrait-il pas privilégier des politiques de soutien aux parcours de promotion sociale de leurs habitants, voire d'*empowerment* suivant le modèle américain¹⁸ ? L'alternative est tout sauf théorique, tant ces deux registres d'objectifs (*people versus place*¹⁹) s'avèrent en tension : les habitants des ZUS qui connaissent des trajectoires sociales ascendantes déménagent fréquemment hors de ces quartiers, où ils sont remplacés par de nouveaux habitants en situation de précarité accrue, ce qui conduit à dégradation de la situation statistique de ces territoires.

17. Ceux-ci apparaissent notamment dans le rapport 2011 de l'ONZUS, contrairement à ce qu'a affirmé contre toute évidence le ministre de la Ville, qui a déclaré lors de sa remise que « dans un contexte international, européen et national durement frappé par la crise économique, le rapport 2011 de l'ONZUS montre que si les difficultés persistent dans les quartiers populaires, ces territoires sensibles résistent, notamment parce que l'État y concentre de nombreux moyens d'intervention. »

18. L'*empowerment* peut se définir sommairement comme un processus par lequel des individus ou des communautés acquièrent des moyens qui renforcent leur capacité d'action autonome. Cette stratégie, inspirée par les expériences américaines, occupe une place centrale dans les politiques de régénération des quartiers pauvres de plusieurs pays européens. Cf. Kirszbaum T. (2008), *Rénovation urbaine. Les leçons américaines*, Paris : Presses universitaires de France.

19. Suivant l'opposition classique de Downs, qui distinguait, au sein des politiques développées en direction des ghettos américains, une logique *people* de soutien individuel et communautaire à l'insertion de leurs habitants, et une logique *place* d'investissement pour revitaliser les quartiers eux-mêmes. Downs A. (1968), « Alternative Futures for the American Ghetto », *Daedalus*, 9, 4.



Quels territoires pour la Protection sociale ?

Jean Dhérot

Direction de la Sécurité sociale

Comme l'énonce fortement le Code de la Sécurité sociale en son article L. 111-1, l'organisation de la Sécurité sociale est fondée sur le principe de **solidarité nationale**. Garantissant les travailleurs et leur famille contre les risques de toute nature susceptibles de réduire ou de supprimer leur capacité de gain, et couvrant les charges de maternité, elle est par excellence synonyme de la solidarité et de la cohésion sociale.

Son organisation territoriale se doit d'en rendre compte.

Cet article se focalisera sur la question des territoires pour les régimes de Sécurité sociale, notamment le premier d'entre eux, le régime général, qui couvre 85 % de la population pour la branche maladie, concerne près de 13 millions de pensionnés sans compter les 11 millions d'allocataires des allocations familiales.

28

I. Une organisation territoriale de la Sécurité sociale qui résulte de son histoire

Trois échelons territoriaux ont été fixés, dès l'origine, par l'ordonnance du 4 octobre 1945 pour assurer le Service public de la Sécurité sociale :

- un échelon local avec 124 caisses de Sécurité sociale, chargées de gérer et de servir les prestations maladie, accidents du travail et vieillesse et d'assurer le recouvrement des cotisations sociales. 111 caisses d'allocations familiales appelées à fusionner avec les caisses primaires de Sécurité sociale ;
- un échelon régional, avec des caisses régionales ayant pour compétence la politique sanitaire et la tarification des cotisations d'accidents du travail ;
- enfin un échelon national, avec la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS) chargée d'assurer la compensation financière entre les différentes caisses locales et régionales.



Cette organisation devait constituer le socle d'un régime de Sécurité sociale unique à venir dans lequel devaient se fondre les autres régimes qui avaient été maintenus temporairement. L'objectif d'un régime unique perdra cependant au fil du temps de son actualité, avec le maintien des régimes spéciaux et le développement de la mutualité sociale agricole qui a pris la relève dès 1945 des assurances mutuelles agricoles. De surcroît, de nouveaux régimes ont vu le jour depuis, telles l'ORGANIC et la CANCAVA créées par la loi du 17 janvier 1948 ou la CANAM par la loi du 12 juillet 1966.

Leurs missions, ainsi que les populations concernées, dont les caractéristiques tant démographiques que sociales, peuvent différer d'un régime à un autre, conduisent à des organisations territoriales différentes. Il s'agit ainsi d'apporter à une fraction homogène de la population que rapprochent des liens de solidarité professionnelle une offre territoriale adaptée. Indépendamment de cette diversité, tous répondent au même objectif d'universalité, de solidarité, qui imposent aux caisses qui les composent d'assurer une gestion identique de leurs missions au bénéfice de leurs ressortissants. Ils veillent également à une accessibilité de leurs services à leurs ressortissants.

Ainsi, pour le régime général, en raison de la population couverte, les caisses de Sécurité sociale ont été implantées au niveau infra-départemental voire départemental pour assurer la proximité dans la gestion des prestations maladie et des allocations familiales. Le réseau des URSSAF qui ont été créées en 1960 pour assurer le recouvrement des cotisations et des contributions, suit cette même logique pour être au plus près des cotisants. Les organismes de la branche retraite ont quant à eux été organisés dès le départ au niveau régional en raison de la nature même des prestations retraite, même si la perspective avait été envisagée de faire assurer, à terme, cette gestion par la CNAVTS. Les règles relatives à la liquidation et aux services des pensions permettaient en effet de faire assurer cette mission à un échelon territorial différent des autres branches.

Le régime agricole a quant à lui été structuré autour de 84 caisses juridiquement autonomes – les caisses de mutualité sociale agricole – en raison de son passé mutualiste hérité dès les années 1900.

L'organisation territoriale de la Sécurité sociale a fait l'objet de peu de transformations jusqu'aux années 2000. Les évolutions les plus significatives ont concerné la séparation, par l'ordonnance de 1967, de la Sécurité sociale du régime général en trois branches (maladie-maternité et décès, famille et retraites) ainsi qu'en l'identification du recouvrement.

1

LES ÉVOLUTIONS
DE LA PROTECTION
SOCIALE

Sont alors créées la CNAMTS, la CNAF et la CNAVTS. Il faudra attendre la loi du 25 juillet 1994 pour que l'ACOSS, créée également en 1967, acquière un vrai statut de caisse nationale. Ces changements intervenus au niveau des caisses nationales n'ont pas eu d'impact sur le maillage territorial des caisses locales.

La Sécurité sociale s'est en définitive caractérisée longtemps par une grande stabilité de son organisation qui peut s'expliquer par plusieurs facteurs. Les régimes de Sécurité sociale constituant l'un des Services publics les mieux partagés par nos concitoyens, le statu quo dans leur organisation a pu paraître une évidence toute naturelle, garantissant la pérennité de ce service.

La grande autonomie juridique des caisses locales du régime général, de celles de la MSA, qui sont des organismes de droit privé bénéficiant de l'autonomie juridique, par rapport aux caisses nationales, ont favorisé cette situation. Ainsi, pour les caisses du régime général, il appartient au ministre chargé de la Sécurité sociale de les créer et par là-même de les supprimer. S'agissant de la MSA, dont les caisses locales sont départementales ou pluri départementales, il appartient à leurs conseils d'administration de définir leur champ territorial d'intervention, après certes un accord de l'autorité administrative compétente.

Ainsi, les changements qui ont pu avoir lieu ne se sont pas inscrits dans stratégie nationale d'ensemble : ils ont répondu à des enjeux locaux et ponctuels, et ont été acceptés, *in fine*, par l'État.

II. Des évolutions très récentes dans l'organisation territoriale

Le développement des nouvelles technologies qui rendent possible une offre de service rapide, de qualité et de proximité, ainsi que l'évolution de la population des assurés et cotisants comme celles de leurs attentes vis-à-vis du Service public de la Sécurité sociale ont suscité des évolutions de l'organisation des régimes. Les déficits réitérés de la plupart de ceux-ci, en particulier du régime général, en nécessitant une rationalisation des dépenses de gestion, les ont rendues indispensables.

L'organisation des réseaux n'a pas intégré, si ce n'est à la marge, les changements économiques, démographiques, sociaux qu'a enregistré la société française dans son ensemble. Ce constat a ainsi été relevé par la Cour des comptes dans ses rapports annuels. Le Parlement s'est



également fait l'écho de ce constat en écrivant, dans le rapport de 2005 de la Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la Sécurité sociale (MECSS) que les problèmes liés à la répartition des CPAM sont illustrés par les différences de ratios de cotisants gérés par caisse. Il peut varier d'un facteur 1 à 22. S'agissant des URSSAF, la plus petite gère 7 000 comptes, la plus grande 800 000. À titre illustratif, 83 % des 128 CPAM qui constituaient le réseau de la branche maladie couvraient de 50 000 à 500 000 assurés, 44 % couvrant entre 50 000 et 250 000 assurés.

Le caractère jugé « pléthorique » des caisses de Sécurité sociale par la MECSS entraîne un coût économique significatif, les caisses n'ayant pas la taille critique présentant des coûts de gestion importants et des services plus difficilement adaptables. L'effectif moyen des caisses locales est de 307 ETP pour les CPAM, ces dernières couvrant 360 000 bénéficiaires, de 198 ETP pour les CAF pour 69 000 allocataires et 102 ETP pour les URSSAF (hors Paris).

L'évolution de l'organisation des caisses de Sécurité sociale est donc devenue un enjeu qui a été partagé par une large part des partenaires sociaux membres des conseils d'administration des caisses nationales. Leur adhésion a été déterminante pour assurer les restructurations attendues et nécessaires.

Deux réformes majeures vont permettre d'engager l'évolution des réseaux de caisses : la création des Conventions d'Objectifs et de Gestion (COG) par l'ordonnance du 24 avril 1996 et le renforcement du rôle des caisses nationales dans le pilotage de leurs réseaux.

L'instauration des COG conclues entre l'État et les différentes caisses nationales du régime général, du RSI ainsi qu'avec la caisse centrale de la MSA ont été des instruments essentiels pour intégrer la recherche d'une plus grande efficacité dans l'organisation de la Sécurité sociale. Ces conventions, de nature pluriannuelle, fixent notamment des objectifs de gestions, des objectifs liés à l'amélioration de la qualité du service aux usagers ainsi que des objectifs d'amélioration de la productivité du réseau et de son organisation territoriale (art L. 227-1 du Code de la Sécurité sociale pour le régime général).

Parallèlement, les caisses nationales du régime général se sont vues doter progressivement d'outils pour impulser les évolutions de leurs réseaux : depuis 1996, le conseil d'administration des Caisses nationales peut désigner, dans les départements comprenant plusieurs caisses, celle qui sera habilitée à assumer des missions communes. Le rôle des caisses

1

LES ÉVOLUTIONS
DE LA PROTECTION
SOCIALE

nationales a été considérablement consolidé par la loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) pour 2007 qui a confié à leur conseil d'administration la mission de définir les orientations relatives à l'organisation du réseau de caisses relevant de leur branche. Il revient alors au directeur de la Caisse nationale de confier à un ou plusieurs organismes de la

branche la réalisation de missions ou d'activités portant sur la gestion, les services des prestations et le recouvrement. Les organismes locaux ont cependant la possibilité de déléguer à un autre organisme local la réalisation de missions liées à leur gestion, toutefois après accord du directeur de l'organisme national concerné.

La caisse centrale de la Mutualité sociale agricole s'est vu également reconnaître un rôle d'impulsion dans ce domaine en tenant compte de la nature mutualiste des caisses de base. Depuis la LFSS pour 2007, le conseil central de la CCMSA peut ainsi décider, sur proposition de son assemblée générale centrale, de la fusion de plusieurs caisses et, en cas d'absence d'initiative des conseils d'administration des caisses de base, se substituer à elles en mettant en place une commission chargée de prendre toutes les mesures nécessaires pour la création de la nouvelle entité.

La création du RSI en 2006 représente certainement l'une des réformes les plus emblématiques au regard de son objectif même de fusionner trois régimes de Sécurité sociale différents, opération sans précédent depuis 1945. Hormis cette réforme, les restructurations des réseaux se feront sous forme de mutualisations d'activité, de spécialisations d'organismes dans des activités données, voire de fusions de caisses, ces différentes modalités pouvant se faire concomitamment. L'État a veillé à ce que l'ensemble de ces évolutions se fassent au bénéfice des assurés ou cotisants, avec un maintien voire une amélioration du lien de proximité avec les services délivrés par les caisses.

A. La création du RSI : un défi qui a été relevé malgré les vicissitudes liées à l'ISU

La volonté de simplifier l'offre de services aux travailleurs indépendants qui relevaient de trois régimes différents (CANAM pour la maladie, l'AVA pour la retraite des artisans et l'ORGANIC pour la gestion des prestations vieillesse, invalidité et décès des travailleurs indépendants du commerce, de l'industrie et des services) a conduit à la création du régime social des indépendants par l'ordonnance n° 2005-1528 du 8 décembre



2005. Les objectifs de cette réforme, partagés par les partenaires sociaux des régimes, étaient doubles : simplifier les démarches administratives en matière de Sécurité sociale des travailleurs indépendants et restructurer les trois réseaux de caisses en un seul.

Le RSI comprend désormais une caisse nationale (au lieu de trois pour les anciens réseaux) et 30 caisses de base, au lieu de 92 pour les trois anciens réseaux. Vingt-six caisses sont communes aux artisans et commerçants, deux caisses sont spécifiques aux professions libérales et les deux caisses des DOM comprennent les trois groupes professionnels (artisans, commerçants et professions libérales).

En regroupant les différentes gestions sur un lieu unique, dont la circonscription est régionale ou interrégionale, cette réforme a indubitablement simplifié les démarches et par là-même la vie des travailleurs indépendants : ils ont accès sur un seul et même lieu aux informations et démarches pour l'ensemble de leurs risques ; les procédures liées aux recouvrements des cotisations sont homogénéisées.

La gestion des différents risques est optimisée par la corrélation plus aisée des actions mises en œuvre dans chacune d'elles.

Dans l'ensemble, la réforme du RSI représente un succès au regard des défis qu'elle devait relever. La fusion, au niveau local, des caisses des précédents régimes en une seule, est une réalité partagée par ses salariés ainsi que par ses ressortissants. Les difficultés rencontrées par la mise en place de l'Interlocuteur Social Unique (ISU), qui ne sauraient être minimisées, ont cependant fragilisé le fonctionnement des nouvelles caisses et brouillé, au moins pour quelque temps l'image même de cette réforme.

B. Spécialisation des caisses et mutualisations d'activités

Si la caisse maritime d'allocations familiales située à La Rochelle est l'une des premières caisses créée pour assurer une mission nationale, suivie du centre national chargé de rembourser les soins effectués à l'étranger implanté à Vannes, l'ACOSS a véritablement développé cette nouvelle approche consistant à confier la gestion de missions nationales à des organismes dédiés à cet effet. Plusieurs URSSAF ont ainsi en charge la gestion de missions nationales : centre national CEA (Chèque Emploi Associatif), centre national CESU (Chèque Emploi Service Universel, CN



Pajemploi, centres nationaux TES (Titre Emploi Service) et centre national firmes étrangères.

Dans le prolongement des centres nationaux, la recherche, par l'ACOSS, du meilleur service rendu pour les cotisants va conduire à l'instauration d'un interlocuteur unique pour les entreprises de + 2 000 salariés. Huit URSSAF interviennent ainsi depuis le 1^{er} janvier 2008 afin de permettre à ces entreprises de centraliser leurs déclarations et les paiements auprès d'une seule URSSAF. Les autres entreprises ayant plusieurs URSSAF pour interlocuteurs, peuvent depuis le 1^{er} janvier 2009 demander la centralisation du versement de leurs cotisations auprès d'une seule URSSAF (de leur choix si elles ont moins de 250 salariés, ou parmi 33 URSSAF si elles ont plus de 250 salariés).

Les atouts de cette réforme sont multiples : intérêt évident pour les entreprises qui bénéficient d'un service adapté, meilleure efficacité des organismes avec une moindre déperdition des ressources et une spécialisation très profitable de leur activité.

Cette logique l'a également incité à favoriser une approche régionale dans la mise en œuvre de certaines de ses missions. Le mouvement qui a ainsi été initié dans la COG État-ACOSS 2002-2005 avec la constitution de conseils régionaux des directeurs s'est poursuivi, notamment en favorisant la coordination du contrôle et de la lutte contre le travail illégal, le recouvrement amiable forcé, la gestion de certains contentieux, ce qui a indéniablement permis d'harmoniser les pratiques et de générer des gains d'efficacité et de coût.

S'agissant de la branche maladie du régime général, une meilleure convergence est recherchée dans l'organisation et le maillage des réseaux de proximité. Les rapprochements d'activité continuent à être encouragés dans le cadre de la COG 2010-2013 État-CNAMTS. La mutualisation permet ainsi de spécialiser certaines caisses à la gestion d'activités qu'elles assurent pour le compte de plusieurs caisses (par exemple, mutualisation de la gestion des plateformes téléphoniques, de certaines prestations en nature). Une coordination régionale est en outre créée pour renforcer l'efficacité du régime général dans la gestion du risque. Le directeur coordinateur régional qui a été créé à cet effet recherche la mise en œuvre des politiques nationales dans le domaine ambulatoire et hospitalier.

C. De nouvelles formes de réponses intégrant les nouvelles technologies et permettant notamment de répondre aux défis territoriaux



Missions d'accueil et de conseils aux usagers (missions de front office) évoluent pour intégrer les nouvelles technologies et apporter de nouvelles formes d'offre de services.

La dématérialisation permet de développer des services efficaces, accessibles et de proximité. Elle contribue à faciliter l'accès à des droits de plus en plus complexes. Les résultats enregistrés dans les différentes branches témoignent de l'importance de ce vecteur.

À titre illustratif, le site internet « CAF.fr » qui a évolué pour simplifier l'accès des allocataires à l'information et mieux les aider dans leurs démarches administratives. Avec 18 millions de visiteurs, la consultation de ce site a connu, en 2010, une progression de 11 % par rapport à 2009. S'agissant du recouvrement, une entreprise sur deux dans le secteur privé déclare ses cotisations en ligne et près de 90 % du montant des paiements réalisés sont effectués en ligne. Les résultats ont particulièrement augmenté pour les entreprises de moins de 20 salariés. Le site « ameli.fr » est un autre exemple de l'apport des nouvelles technologies dans l'aide aux usagers à l'accès à l'information et à leurs droits.

En donnant rapidement accès à l'information, internet représente aussi un atout pour sensibiliser et familiariser nos concitoyens sur les réformes de notre système de Protection sociale. Ainsi, le site www.retraites.gouv.fr permet d'informer sur le contenu de la réforme des retraites intervenue par la loi du 9 novembre 2010 et d'aider les Françaises et les Français à la préparation de leurs retraites.

Le développement de services dématérialisés au sein du Service public de la Sécurité sociale n'a pas modifié la problématique de l'implantation territoriale des caisses qui demeure pleinement d'actualité.

Le Service public de la Sécurité sociale doit intégrer l'évolution de certains territoires qui enregistrent une diminution de leur population, concomitante avec son vieillissement ainsi que la difficulté de se déplacer et avoir accès aux nouvelles technologies. L'égal accès aux Services publics a dès lors constitué une préoccupation de la part de l'État ainsi que des responsables des différents régimes, nécessitant des réponses innovantes en fonction des problématiques rencontrées.

La possibilité est en outre offerte depuis la LFSS pour 2007 de créer, à titre expérimental et pour cinq ans, sur des territoires dont les

stratégique 2001-2005 ainsi que de sa COG 2001-2005. Après une première étape, avec la création de 14 caisses pluri-départementales et de 9 fédérations de caisses en 2005, la COG suivante a inscrit un objectif de 35 caisses désormais atteint depuis le 1^{er} avril 2010.



Après avoir procédé à la départementalisation des URSSAF de 2008 à 2010, l'ACOSS entame la régionalisation de son réseau qui a commencé avec la création, le 1^{er} janvier 2012 des URSSAF des Pays-de-la-Loire, d'Auvergne et de Midi-Pyrénées, se poursuivra le 1^{er} janvier 2013 par la création de 13 nouvelles URSSAF régionales pour s'achever le 1^{er} janvier 2014. Le réseau du recouvrement sera ainsi passé en métropole de 101 URSSAF avant 2008 à 22 URSSAF à l'horizon 2014.

Toutefois, la présence territoriale de ces différents organismes n'a pas été remise en question, des établissements ou des sites ayant été maintenus pour prolonger l'activité, en particulier d'accueil, des caisses supprimées. Le choix qui a ainsi été retenu a contribué indéniablement à la réussite des opérations de fusion tout en rassurant les élus locaux, tout comme les parlementaires ; inquiets par les conséquences de la suppression des Services publics dans leur commune ou leur circonscription. Certains ont ainsi pu considérer que l'intérêt relatif de ces opérations était de supprimer des conseils d'administration, des postes d'agents de direction et de rationaliser les fonctions supports.

Ces changements se sont fondés sur une approche pragmatique consistant à apporter des solutions en fonction des spécificités rencontrées, d'où les différentes formes de réponses qui ont pu être développées par chacune des branches du régime général. Ce pragmatisme a prévalu dans la confirmation, pour le régime général, que les rapprochements de caisses ne devaient pas se faire au détriment de leurs salariés. Les protocoles d'accord conclus par l'Union des caisses nationales de Sécurité sociale et les organisations syndicales des 5 septembre 2006 et 26 janvier 2010 ont ainsi apporté ces garanties pour les salariés du régime général.

Il est cependant apparu que le transfert de la fonction dévolue aux conseils d'administration départementaux, vers la sphère régionale, était de nature à porter quelque peu préjudice à la cohérence de l'action du recouvrement. La distanciation, entraînée par ce transfert, entre le terrain local et le niveau décisionnel, pouvant diluer la qualité de l'information et fragiliser la réactivité des URSSAF. La réponse apportée à ce risque potentiel a alors consisté en la création des conseils départementaux, situés au niveau de chaque site départemental, par le décret n° 2011-1079 du 8 septembre 2011. Ces conseils départementaux, qui comprennent des

1

LES ÉVOLUTIONS
DE LA PROTECTION
SOCIALE

personnes qui n'ont pas le statut d'administrateurs de l'URSSAF, assurent ainsi le suivi de l'activité de l'organisme au niveau départemental, ainsi que la qualité du service rendu aux cotisants et suivent enfin l'évolution du contexte socio-économique départemental.

L'accroissement du nombre de ressortissants qu'induit l'augmentation territoriale ne doit donc pas conduire à un engorgement des travaux de ces commissions, préjudiciable pour les assurés mais aussi pour la qualité du SPSS. Les conseils départementaux répondent à cette préoccupation. Les instances départementales d'instruction des recours amiables, qui sont constituées en leur sein permettent ainsi de préparer les décisions des CRA.

C'est également pour résoudre la difficulté des 24 administrateurs de la CAF du Nord, caisse la plus importante de la branche famille avec 522 270 allocataires ainsi que des données socio-économiques spécifiques, que huit commissions territoriales ont été créées. Ayant un rôle consultatif et composées essentiellement de personnes qui ne sont pas membres du conseil, elles se voient dévolue la mission d'émettre des avis au conseil d'administration sur les demandes individuelles et collectives d'action sociale.

La Sécurité sociale a su faire évoluer son organisation territoriale afin de faire face aux défis qu'elle a rencontrés.

Cette politique a été rendue possible grâce à la prise de conscience d'une grande part des partenaires sociaux, tant nationaux que locaux, et à leur volonté d'impulser le mouvement. Elle a pu être concrétisée par l'investissement des directions et des équipes des caisses nationales et locales concernées dans la construction, la maturation et la réalisation des différents projets.

Le mouvement qui est engagé depuis ces dernières années doit être approfondi. Ainsi, le maintien des sites en lieu et place des anciennes caisses, lors des fusions d'organismes doit se prolonger, notamment par leur spécialisation et le transfert d'activités. Le développement du concept des centres nationaux chargés de la gestion d'une mission nationale, ainsi que des TGE pour le recouvrement, pourrait déboucher sur de nouvelles réalisations.

Il démontre la faculté des régimes de Sécurité sociale à évoluer dans des périodes souvent difficiles et dans des délais contraints, sans que le

principe de solidarité et d'égal accès au Service public de la Sécurité sociale, dont l'État est le garant, n'ait été remis en cause, bien au contraire. Principe dont le respect suppose une proximité des services avec leurs usagers. Si internet offre, dans ce domaine, un espace nouveau qu'ont su s'approprier tous les régimes, il n'a pas entraîné la remise en question de la présence territoriale de la Sécurité sociale.

Les évolutions que continuera de connaître la société française, l'apport incessant de nouvelles technologies et les besoins et les attentes renouvelées de nos concitoyens, seront intégrés par la Sécurité sociale dans le respect des principes qui la fondent, ceux de solidarité et de cohésion sociale. Des innovations à ce jour inconnues permettront de renouveler la présence territoriale du Service public de la Sécurité sociale.



La Protection sociale et le principe communautaire de non-discrimination : la fin des équilibres instables ?

Étienne Grass

Conseiller pour les affaires sociales,
Représentation permanente de la France auprès de l'Union européenne ¹

40

Un passage obligé dans l'examen des relations de l'Union européenne et la Protection sociale consiste à souligner l'écart entre la faiblesse des compétences communautaires et la réalité de l'emprise des décisions prises à Bruxelles. En principe, l'intervention de l'Union ne peut aller au-delà des règles de coordination des droits pour assurer la libre circulation des travailleurs (art. 48 TFUE). Cette habilitation relève désormais de la procédure législative ordinaire (majorité qualifiée au Conseil). Elle est limitée par une clause de sauvegarde, dont la portée est incertaine. Elle permet à un État membre de saisir le Conseil européen si une initiative risque de porter atteinte à des « *aspects importants* » du système de Protection sociale national. Aucun précédent n'existe aujourd'hui pour savoir comment sera utilisée cette clause, mais elle est régulièrement invoquée.

L'Union a également compétence pour décider de législations visant à « *soutenir et compléter* » les actions nationales (art. 153 TFUE), le cas échéant en établissant des prescriptions minimales. Mais cette clause de compétence est si étroite qu'elle n'a jamais été utilisée : elle implique en effet le recours à une procédure législative spéciale, requérant l'unanimité au Conseil. Une limitation existe par ailleurs dans cette habilitation en ce que les législations communautaires ne peuvent « *porter atteinte à la faculté reconnue aux États membres de définir les principes fondamentaux de leur Sécurité sociale ni en affecter significativement l'équilibre financier* ». Enfin, l'Union a compétence pour encourager la coopération (art. 156 TFUE) en matière de Protection sociale, notamment à travers les mécanismes de la Méthode ouverte de coordination.

1. Les opinions exprimées dans cette chronique n'engagent que leur auteur.



Si ces compétences sont modestes, l'emprise de l'Union européenne sur la Protection sociale est importante. Et elle va en s'accroissant. On ne peut l'expliquer sans examiner de façon plus détaillée les conséquences du principe de non-discrimination communautaire, tel qu'il s'est développé de façon protéiforme depuis le traité d'Amsterdam ².

Là se trouve un deuxième passage obligé dans l'analyse des relations entre l'Union européenne et la Protection sociale. C'est la distance entre ce principe de non-discrimination, établi par les traités et directives communautaires en des termes très généraux, et le détail des questions posées par la Commission européenne ou soumises à la Cour de justice. L'abondance des arrêts frappe, de même que le décalage entre la temporalité communautaire, qui est dans le temps long, et les impératifs nationaux. Depuis la fin des années 1990, la Cour de justice a développé ses propres constructions jurisprudentielles, imbriquant le droit primaire et les droits secondaires, dans des conditions qui semblent souvent imprévisibles et sur lesquelles le législateur communautaire a peu de prise.

Le récent arrêt de la Cour de justice *Association belge des Consommateurs Test-Achats* a fait l'objet de commentaires sévères dans la presse grand public, qui le plus souvent en ont souligné les effets économiques. « Assurance auto : les femmes paieront plus », pour France Info ; « les assurances vie ou les assurances auto seront bientôt plus chères pour les femmes en Europe », pour France Inter ; « l'égalité hommes-femmes imposée dans les contrats d'assurance », dans La Tribune, « Bruxelles sonne la fin des tarifs distincts selon le sexe de l'assuré » dans les Échos, « L'Europe interdit la distinction de sexe dans les contrats d'assurance » selon La Croix. « La fin de l'obsession des assureurs pour le sexe » titrait enfin ironiquement le *Financial times*, sans doute le quotidien le plus sévère à l'égard de cette décision. Seule la Commission apportait une note divergente, soulignant que l'arrêt constitue un « moment important pour l'égalité des sexes » en Europe ³.

Comme l'ont illustré ces articles de presse sur la récente jurisprudence Test-Achats, les réserves à l'égard des risques posées par les développements récents du principe de non-discrimination n'épargnent pas notre pays. Elles se sont notamment exprimées à l'occasion de l'examen par le Parlement de la loi n° 2008-496 du 27 mai 2008, loi portant

2. À cet égard, cet histoire, ainsi que le processus d'acculturation en France du principe communautaire de non-discrimination, sont remarquablement décrits par C. Aubin et B. Joly, « De l'égalité à la non-discrimination : le développement de la politique européenne et ses effets sur l'approche française », *Droit social*, n° 12, pp. 1295 s, décembre 2007.

3. Communiqué de presse de Viviane Reding, vice-présidente de la Commission européenne, le 1^{er} mars 2011.

1

LES ÉVOLUTIONS
DE LA PROTECTION
SOCIALE

diverses dispositions d'adaptation au droit communautaire dans le domaine de la lutte contre les discriminations. Les recommandations adoptées par le Sénat et l'Assemblée Nationale à l'égard du projet de directive anti-discrimination sont également éclairantes⁴.

Ces réserves trouvent pour partie leur racine dans le décalage qui existe entre la temporalité des communautaires et celle des décisions nationales. Les évolutions de la législation au niveau communautaire s'inscrivent dans le temps long. Elles correspondent le plus souvent aux développements par petite touche de la jurisprudence de la Cour de justice. Un examen attentif montre à cet égard que la Cour de justice, après avoir exploré des solutions innovantes pour appliquer le principe de non-discrimination, est désormais attentive à donner de la sécurité juridique aux États membres.

I. Les équilibres instables créés par le traité d'Amsterdam

Dès le traité de Rome, en 1957, l'égalité salariale entre les hommes et les femmes est protégée par les textes communautaires (art. 119 TCE). Cet article, aujourd'hui toujours en vigueur (art. 159 TFUE), visait avant tout à éviter la perturbation de la concurrence qui pouvait être engendrée par les discriminations salariales à l'encontre des salariées.

Ce n'est que depuis une période récente que le droit communautaire contient une disposition générale contre les discriminations. Cette disposition a été prévue par le traité d'Amsterdam. L'article 13 TCE (devenu 19 TFUE) faisait ainsi pour la première fois de la lutte contre toutes les formes de discriminations une compétence de la communauté européenne. La règle de l'unanimité au conseil continue toutefois de prévaloir sur ces sujets.

Comparativement au traité d'Amsterdam, le traité de Lisbonne prévoit des évolutions mineures en cette matière. Il prévoit une nouvelle clause transversale sur les objectifs de l'Union : « *dans la définition et la mise en œuvre de ses politiques et actions, l'Union cherche à combattre toute discrimination fondée sur le sexe, la race ou l'origine ethnique, la religion*

4. Certains considérants de la résolution du Sénat, particulièrement sévères, méritent à cet égard d'être cités *in extenso* : « *Considérant qu'en raison de la confusion que sa rédaction actuelle entretient entre inégalité de traitement et discrimination, la proposition de directive ne protège que certains citoyens contre l'inégalité de traitement dans les domaines auxquels elle s'applique ; qu'elle est en conséquence, en l'état présent, insuffisante et injuste (...)* ; *considérant en conséquence qu'en ne respectant pas l'égalité de tous les citoyens devant la loi, elle est contraire aux principes fondamentaux de la République qui soutiennent une démarche universaliste préconisant la définition de principes communs et rassembleurs* », Résolution n° 13 (2008-2009) adoptée par le Sénat le 17 novembre 2008.



ou les convictions, un handicap, l'âge ou l'orientation sexuelle » (art. 10 TFUE). Par ailleurs, l'intégration aux traités de la charte des droits fondamentaux et l'adhésion à la CEDH (dont l'art. 14 prohibe les discriminations) donnent de nouvelles sources de droit primaire à la lutte contre les discriminations. Enfin, la principale nouveauté de l'article 19 TFUE (remplaçant l'art. 13) est de prévoir qu'une approbation (et non plus consultation) du Parlement européen en matière de lutte contre les discriminations ; les textes adoptés sur cette base (projet de directive anti-discrimination) demeurent toutefois dans le champ de l'unanimité au conseil.

C'est sur la base des clauses de compétence définies par le traité d'Amsterdam (art. 13 et 141 TCE) qu'ont pu être adoptées les quatre principales directives, qui forment l'essentiel de l'acquis communautaire dans le domaine de la lutte contre les discriminations : la directive 2000/78/CE, qui porte création d'un cadre général en faveur de l'égalité de traitement en matière d'emploi, de formation et de travail ; la directive 2000/43/CE, qui met en œuvre le principe de l'égalité de traitement entre les personnes sans distinction de race ou d'origine ethnique, à la fois dans la relation de travail, mais aussi pour l'accès aux biens et services ; la directive 2004/113/CE, qui met en œuvre le principe de l'égalité de traitement entre les femmes et les hommes dans l'accès à des biens et services ; la directive 2006/54/CE, qui réunit en une seule version consolidée l'ensemble des dispositions concernant l'égalité des chances et l'égalité de traitement entre hommes et femmes dans le domaine de l'emploi et des retraites légales et complémentaires. À l'exception de ce dernier texte, ces directives ne concernent pas en principe la Protection sociale. Mais leur influence n'en a pas moins été déterminante, à la fois parce que la Cour de justice a progressivement élargi leur champ d'application, mais aussi par les concepts qu'elles ont contribué à dégager. À titre d'exemple, elle a jugé en 2007 que les clauses de mise à la retraite d'office des conventions collectives sont entrées dans le champ de la directive 2000/78 au titre de la protection contre les licenciements⁵.

La Cour de justice a profondément renouvelé les modalités de fonctionnement du principe de non-discrimination. Depuis l'arrêt CJCE, 13 mai 1986, *Billka*, la Cour sanctionne non seulement les discriminations directes mais aussi les discriminations indirectes, notamment en matière de genre.

5. CJCE, 16 octobre 2007, *Palacios de la Villa*, aff. C-411/05 ; à l'inverse, la Cour a jugé l'année suivante qu'un régime allemand de pension professionnel excluant le droit à la pension de retraite le conjoint survivant de 15 ans plus jeune que l'ancien employé décédé est en dehors du champ du droit communautaire tel qu'il est défini à l'article 13 TCE et par la directive 2000/78 (CJCE, 23 septembre 2008, *Bartsch*, aff. C-427/06).

1

LES ÉVOLUTIONS
DE LA PROTECTION
SOCIALE

Avec son arrêt CJCE de 1981 *Jenkins*, elle a imposé sur ce fondement un aménagement de la charge de la preuve en cas de discrimination. À cet égard, les directives ont en commun de prévoir la mise en place, dans chaque État membre, d'une organisation chargée de promouvoir l'égalité de traitement et d'apporter une aide indépendante aux victimes de discrimination raciale. Ce sont ces dispositions qui servent juridiquement de fondement à la création de la Haute Autorité de Lutte contre les Discriminations.

Enfin, depuis l'arrêt CJCE, de 2008 *Coleman*, la Cour sanctionne les discriminations par association : elle considère à ce titre que l'interdiction de discrimination, énoncée, n'est pas limitée aux seules personnes handicapées, mais peut être invoquée par une salariée qui, sur son lieu de travail, subit une discrimination fondée sur le handicap de son enfant. La portée exacte de cette nouvelle notion de discrimination par association reste à définir.

Au terme de cette jurisprudence la Cour, lorsqu'elle examine l'existence d'une discrimination, procède en trois étapes : 1^o dans un premier temps, elle vérifie l'existence d'une discrimination – directe ou indirecte – fondée sur l'un des motifs repris dans les directives communautaires ; 2^o lorsqu'elle a constaté l'existence d'une discrimination, elle apprécie ensuite si un objectif légitime peut justifier cette discrimination⁶ ; 3^o enfin, dans la mesure où elle constate qu'il existe un objectif légitime, la Cour examine si les moyens pour atteindre cet objectif sont appropriés et nécessaires (« test de proportionnalité »).

La jurisprudence qui a suscité le plus d'interrogation est sans doute celle qui a conduit à la reconnaissance d'un principe de non-discrimination comme un principe général du droit communautaire, car la reconnaissance d'un principe de droit primaire neutralise pour beaucoup les principes édictés dans les directives. La Cour a procédé à cette reconnaissance une première fois dans son arrêt *Europe Chemi-Con*⁷. Quelques mois plus tard, la Cour de justice a reconnu l'effet direct du principe de non-discrimination en fonction de l'âge dans son arrêt *Mangold*⁸. Cet arrêt a suscité d'importants débats à travers l'Europe. Cette décision a notamment fait l'objet d'une critique virulente de la part de l'ancien président de la

6. La Cour rappelle à cet égard que le contexte général de la mesure concernée peut permettre l'identification de l'objectif sous-tendant cette dernière lorsque cet objectif n'est pas précisé (aff. R., pt 58 ; CJCE, 16 octobre 2007, *Palacios*, aff. C-411/05).

7. CJCE, 27 janvier 2005, *Europe Chemi-Con*, aff. C-422/02.

8. CJCE, 22 novembre 2005, *Mangold*, aff. C-144/04.

République Fédérale d'Allemagne et président de la Cour constitutionnelle, Roman Herzog, appelant à « stopper la Cour de justice » et demandant la création d'une nouvelle Cour de justice compétente pour apprécier la répartition des compétences entre l'Union et les États membres⁹.



Depuis l'arrêt Mangold, rares sont les pays de l'Union qui n'ont pas été traversés par l'écho de vives critiques contre les équilibres instables du principe de non-discrimination communautaire. Ces critiques obéissent à une géographie qui semble davantage contingente des cas dont la Cour a été saisie que des traditions juridiques ou des sensibilités politiques. La république fédérale d'Allemagne est la plus sensibilisée. Les critiques y ont été attisées par plusieurs nouveaux arrêts et notamment l'affaire Maruko¹⁰. Une conséquence de cet arrêt est que l'accord de gouvernement allemand (Koalitionsvertrag), adopté en octobre 2009, prévoit que le gouvernement « refuse l'initiative inappropriée de la Commission européenne concernant l'établissement d'une 5^e directive anti-discrimination ». (Koalitionsvertrag, p. 18). Plus récemment, l'Allemagne a été l'objet de plusieurs condamnations de la Cour de justice¹¹, qui ont été très critiquées par les organisations patronales. Récemment une décision du Bundesverfassungsgericht a jugé de la compatibilité avec la constitution fédérale de l'arrêt Mangold. Dans une décision du 26 août 2010, 2 BvR 2661/06, la Cour constitutionnelle allemande a jugé que la jurisprudence Mangold ne « transgresse pas les compétences communautaires d'une façon telle que cet argument pourrait être présenté devant la Cour constitutionnelle ».

Reconnaître l'existence d'un principe général du droit pourrait conduire la Cour de justice à considérer que l'interdiction des discriminations fondées sur les autres motifs – la religion, les convictions, le handicap, la race, l'origine ethnique ou l'orientation sexuelle – relève également des principes généraux du droit communautaire. La Cour ne l'a toutefois jamais jugé explicitement alors qu'elle a eu plusieurs occasions de le faire.

II. Le progressif atterrissage du principe général de non-discrimination en fonction de l'âge

Dans l'arrêt *Mangold* du 22 novembre 2005, la Cour de justice a jugé que les juridictions allemandes doivent laisser inappliquées les dispositions d'une loi nationale contraires non pas à une directive, mais à un principe

9. Frankfurter Allgemeine Zeitung, 8 septembre 2008.

10. CJCE, 1^{er} avril 2008, *Tadao Maruko c/ Versorgungsanstalt der deutschen Bühnen*, aff. C-267/06.

11. CJUE, 19 janvier 2010, *Seda Küçükdeveci* (précité), aff. C-555/07 ; CJUE, 12 janvier 2010, *Wolf*, aff. C-229/08 ; CJUE, 12 octobre 2010, *Rosenblatt*, aff. C-45/09.

1

LES ÉVOLUTIONS
DE LA PROTECTION
SOCIALE

général du droit communautaire de non-discrimination en fonction de l'âge. La Cour a considéré que ce principe général du droit était d'effet direct, alors même que le délai de transposition de la directive 2000/78 n'était pas encore arrivé à échéance.

On s'était ainsi interrogé sur le maintien de cette jurisprudence compte tenu des critiques qu'elle a suscitées. Dans une série d'arrêts rendus ces trois dernières années, la Cour de justice s'est employée à en définir plus précisément les contours. L'arrêt *Kücükdeveci*, en particulier, a réaffirmé la jurisprudence *Mangold*, en relevant que la Cour a reconnu « l'existence d'un principe de non-discrimination en fonction de l'âge qui doit être considéré comme un principe général du droit de l'Union ». La Cour se réfère par ailleurs à l'article 21 de la Charte des droits fondamentaux de l'UE, qui interdit toute discrimination fondée sur l'âge. Elle en déduit qu'il existe bien un principe général interdisant ce type de discrimination, « concrétisé » par la directive 2000/78.

Mais plusieurs arrêts sont venus définir plus concrètement les limites de la jurisprudence *Mangold*. Dans l'affaire *Petersen*, était en cause la fixation par le code allemand de Sécurité sociale d'un âge maximal – 68 ans – pour être dentiste conventionné et compatible avec le droit communautaire ; elle est admise par la Cour non pas au titre de l'objectif de la protection de la santé des patients compte tenu des incohérences de la législation allemande en la matière qui ne concerne pas les non-conventionnés, mais au regard de l'objectif légitime de « répartir les possibilités d'emploi entre les générations »¹².

Dans l'affaire *Rosenblatt*¹³ était en cause la législation allemande, qui prévoit les clauses de mise à la retraite d'office. Ces clauses, qui relevaient en l'espèce des conventions collectives, permettent à l'employeur d'imposer la cessation automatique des contrats de travail lorsque le salarié a atteint l'âge légal de départ à la retraite. La Cour les a jugé compatibles avec l'interdiction des discriminations fondées sur l'âge même si elle a posé des conditions au titre du test de proportionnalité. Le consentement des salariés est notamment nécessaire lorsque la clause de cessation automatique est appliquée avant l'âge légal de départ à la retraite.

Après avoir hésité sur le fait de restreindre au champ social les objectifs légitimes admis pour justifier une différence de traitement en fonction de l'âge (arrêt *Age Concern*¹⁴), la Cour a fait prévaloir une conception

12. CJCE, 12 janvier 2010, *Petersen*, aff. C-341/08.

13. CJUE, 12 octobre 2010, *Rosenblatt*, aff. C-45/09.

14. CJCE, 5 mars 2009, *Incorporated Trustees of the National Council on Aging*, aff. C-388/07.



nettement plus extensive, admettant un objectif relatif au caractère opérationnel des services de sécurité civile, qui n'a à l'évidence, aucun caractère social (arrêt *Wolf*¹⁵). Elle a notamment admis que plusieurs objectifs peuvent être avancés conjointement. Elle a par ailleurs jugé qu'il n'est pas nécessaire que ces objectifs soient précisés par la législation nationale (arrêt *Age Concern*) et qu'ils peuvent évoluer au cours du temps (conclusions Y. Bot sous l'arrêt Petersen, point 49). La Cour vérifie que dans l'application de ces objectifs, la législation nationale est cohérente. Pour cela, elle se détermine *in concreto* sans se lier *a priori* par une jurisprudence visant à définir une liste générale d'objectifs légitimes (elle a par exemple reconnu, dans l'arrêt *Rosenblatt*, l'existence d'un objectif de gestion de la pyramide des âges d'un corps professionnel). L'objectif d'équilibre des régimes de Sécurité sociale est reconnu comme un objectif légitime et semble justifier une marge d'appréciation plus grande des États membres (conclusions de l'avocat général dans l'affaire *Petersen*, point 57).

Enfin, la Cour a cherché à limiter la portée de sa jurisprudence *Mangold* en considérant que le principe général du droit de non-discrimination en fonction de l'âge n'était d'effet direct que dans le champ du droit communautaire, lequel est défini par l'existence ou non d'une directive¹⁶. Dans l'arrêt *Bartsch*, elle considère ainsi que les règles de droit interne déterminant l'accès à une protection complémentaire professionnelle en matière de retraite ne sont pas dans le champ d'application du droit communautaire¹⁷. En faisant valoir une conception restrictive de ce champ d'application de l'article 13 TCE (nouveau 19 TFUE), la Cour a ainsi écarté de nombreuses interrogations sur la portée du principe général du droit.

Cette recherche d'une plus grande sécurité juridique dans le domaine de la non-discrimination en fonction de l'âge s'est également manifestée en matière d'égalité en fonction du genre.

III. La clarification des effets pour la Protection sociale du principe de non-discrimination en fonction du genre : l'analyse de l'arrêt Test Achats

Depuis *Mangold*, on n'avait pas commenté un arrêt de la Cour de justice en matière de lutte contre les discriminations aussi abondamment.

15. CJCE, 12 janvier 2010, *Wolf*, aff. C-229/08.

16. CJCE, 23 septembre 2008, *Bartsch*, aff. C-427/06.

17. Sur ce point voir les conclusions très éclairantes de Mme Sharpston, point 32.

1

LES ÉVOLUTIONS
DE LA PROTECTION
SOCIALE

L'arrêt *Test Achats* a eu une large audience. Cette audience est liée à la communication organisée par le secteur de l'assurance qui a regretté cette « *mauvaise nouvelle pour le consommateur* »¹⁸. La Fédération Française des Sociétés d'Assurance – FFSA –, la Fédération

Européenne des Assurances – CEA – ont conjointement pointé les conséquences de l'arrêt *Test-Achats* sur les politiques tarifaires de leurs adhérents. Les contrats d'assurance vie et d'assurance automobile seront les plus impactés dans des proportions qui restent toutefois incertaines. La FFSA indique notamment qu'actuellement, pour assurer une première voiture, un jeune conducteur peut payer 50 % à 100 % plus cher qu'une jeune conductrice, dans la mesure où les femmes qui ont deux fois moins de risque de mourir au volant que les hommes et trois fois moins d'avoir un accident de la route. Si les assureurs n'ont plus la possibilité d'utiliser le critère du sexe pour différencier leurs tarifs, les femmes seront amenées à payer davantage. Les assureurs britanniques (Association of British Insurers) ont quant à eux estimé à + 20 % cette hausse de tarif moyenne.

Faire de cette jurisprudence *Test-Achats* une nouvelle illustration d'un problème plus général sur la portée et la prévisibilité juridique du principe de non-discrimination communautaire, fait toutefois porter à cet arrêt des habits qui ne sont pas les siens. Car le raisonnement qu'a emprunté la Cour pour motiver sa décision est significativement différent de celui qui a prévalu dans l'affaire *Mangold*. Une lecture attentive des motivations de l'arrêt permet de l'entrevoir, notamment si en les mettant en miroir des conclusions de l'avocate générale, Mme Kokott, qui propose justement de suivre la voie de la jurisprudence *Mangold*.

À l'origine de l'affaire, l'association belge de consommateurs *Test-Achats* et deux particuliers avaient saisi la Cour constitutionnelle belge d'un recours en annulation de la loi nationale transposant la directive 2004/113. Cette directive interdit toute discrimination fondée sur le sexe dans l'accès et la fourniture de biens et services¹⁹. La question préjudicielle qui était soumise à la Cour de justice portait sur la compatibilité d'une disposition de cette directive, l'article 5.2, avec le principe de non-discrimination communautaire.

18. Michaela Koller, directrice générale du CEA, a déclaré à plusieurs médias le 1^{er} mars 2010 : « *La décision des juges de ne pas reconnaître que le sexe est un facteur légitime dans la tarification des contrats d'assurances (...) est une mauvaise nouvelle pour les consommateurs d'assurance* ».

19. Directive 2004/113/CE du Conseil du 13 décembre 2004 mettant en œuvre le principe d'égalité de traitement entre les femmes et les hommes dans l'accès à des biens et services et la fourniture de biens et services (JO, L. 373, p. 37). Article 5, paragraphe 2, de la directive 2004/113.



La directive 2004/113 interdit, en principe, de prendre en considération le critère du sexe pour calculer les primes et les prestations d'assurance. Cette interdiction ne concerne que les contrats conclus après le 21 décembre 2007. L'article 5.2 ouvre par ailleurs la possibilité pour les États membres d'autoriser, à partir de cette date, des dérogations plus longues. Si tel est le cas, les assureurs peuvent alors pratiquer « *des différences proportionnelles en matière de primes et de prestations pour les assurés lorsque le sexe est un facteur déterminant dans l'évaluation des risques, sur la base de données actuarielles et statistiques pertinentes et précises* ». Ce dispositif était en principe d'une durée illimitée. La directive prévoit néanmoins que cinq ans après la transposition de la directive – à savoir le 21 décembre 2012 – les États membres qui font usage de la dérogation de l'article 5.2 doivent réévaluer leur décision. Rien ne les contraint pour autant à en changer.

Si la Cour de justice a censuré cette dernière disposition, elle s'appuie sur des motivations qui tiennent moins au respect des droits fondamentaux de l'individu, qu'à des enjeux légistiques. La décision Test-Achats est principalement motivée par l'obligation pour le législateur communautaire d'être cohérent avec lui-même quand il pose un principe de non-discrimination. L'arrêt s'écarte ainsi nettement du raisonnement qu'avait recommandé l'avocate générale, Mme Kokott. Dans ses conclusions du 30 septembre 2010, celle-ci fondait l'essentiel de son argumentation sur des dispositions de droit primaire et proposait notamment d'étendre au motif du genre la reconnaissance d'un principe général de non-discrimination communautaire d'effet direct. Jamais pourtant l'arrêt n'en tire la conséquence que le droit primaire a pour effet de prohiber l'utilisation de certains critères dans la détermination des primes d'assurance. Pour la Cour, en effet, les principes fixés dans la charte sont des principes à « *réalisation progressive* ». Il revient au législateur de « *déterminer le moment de son intervention en tenant compte de l'évolution des conditions économiques et sociales dans l'Union* ». Il y a là assurément un contre-pied de la jurisprudence Mangold. À l'appui de cette extension, elle faisait valoir que le motif du genre est celui pour lequel le principe de non-discrimination a été reconnu comme un « *principe fondateur du droit de l'Union* »²⁰.

Il est ainsi permis de penser que la prudence dont a fait preuve la Cour de justice ménage des marges de manœuvre réelle au législateur communautaire pour définir les modalités de son intervention en application de l'article 19 TFUE.

20. Arrêts du 8 avril 1976, *Defrenne*, aff. C-43/75 (point 12) puis CJCE, 26 février 1986, *Marshall*, aff. C-152/84 (point 36).

Les enjeux de la réforme intercommunale pour l'Action sociale

Floriane Boulay

Chargée de mission aux affaires juridique et sociale, AdCF

Bien qu'intitulée loi de réforme des collectivités territoriales, le texte adopté par les parlementaires le 16 décembre 2010 traite principalement (près de 70 % des articles) des établissements publics de coopération intercommunale que sont les communautés et les syndicats. Si ces derniers ne disposent pas d'une fiscalité propre et n'exercent généralement que des compétences limitées, il n'en va pas de même pour les communautés de communes, d'agglomération, urbaines et les nouvelles métropoles qui disposent d'une réelle capacité à lever l'impôt¹ et de compétences de plus en plus étendues et stratégiques.

50

Les communautés agissent généralement pour créer et gérer des équipements et des réseaux en matière d'économie, de transports, logement, culture, assainissement, collecte et traitement des déchets, etc. La généralisation et la démocratisation de ces structures par la loi de réforme des collectivités territoriales du 16 décembre 2010 posent la question de leur pertinence et de leur légitimité pour mettre en œuvre des compétences visant à fournir des prestations individualisées, comme l'Action sociale. Jusqu'à présent, le département, en qualité de coordinateur de l'Action sociale développée sur son territoire depuis la loi du 13 août 2004 (art. L. 121-1 du Code de l'Action sociale et des familles), et la commune, considérée comme la cellule de base de la démocratie, étaient les principaux acteurs de l'Action sociale locale. Dans un contexte financier et réglementaire de plus en plus contraignant, l'intercommunalité tend à devenir, d'une part, un interlocuteur direct pour les départements. D'autre part, ces structures permettent, progressivement, une homogénéisation des actions des communes dans ce domaine et une solidarité financière entre celles-ci.

Cette loi de réforme des collectivités territoriales mais également les évolutions financières et fiscales de ces dernières années permettent de

1. En 2008, les recettes fiscales perçues par les groupements à fiscalité propre représentaient 13,9 Mds d'euros (DGCL, *Les finances des groupements de communes à fiscalité propre en 2008*).

consolider cette évolution en favorisant les transferts de compétence vers les communautés (I). De même, les évolutions à venir dans le fonctionnement même de ces structures tendent à légitimer leurs actions dans ce domaine (II).



I. Un accroissement du rôle de l'intercommunalité dans l'Action sociale

A. Le rôle actuel des intercommunalités à fiscalité propre

Depuis 2004, le département a pour mission de définir la politique d'Action sociale et de la mettre en œuvre, tout en coordonnant les actions menées par les autres acteurs locaux sur son territoire. Les communes peuvent, quant à elles, conclure des conventions avec celui-ci, pour exercer directement tout ou partie de ses compétences (art. L. 121-6 du CASF) et ont l'obligation de créer des centres communaux d'Action sociale auxquels la loi attribue un certain nombre de compétences obligatoires (art. L. 123-4 du CASF). Si cette répartition semble relativement claire, dans la pratique, nombre de rapports ont dénoncé le manque de lisibilité de l'Action sociale locale pour deux raisons principales. À la différence de l'Aide sociale, l'intensité de l'Action sociale locale diffère en fonction des collectivités qui la mettent en place et peut prendre des formes très diverses. La richesse, la taille et la volonté des élus de chaque collectivité déterminent l'étendue de ses actions. À défaut de définir un « tronc commun de mesures fondamentales », réclamé par la députée Caroline Cayeux, dans son rapport remis au Premier ministre en avril 2009, sur le renforcement de l'efficacité de l'Action sociale locale, cette hétérogénéité rend *a minima* indispensable une articulation des actions des différents acteurs locaux entre eux. Or, la seconde source de ce manque de lisibilité réside dans la mission implicite de chef de file qui a été confiée aux départements par le législateur, en 2004. Au vu des missions qui leur ont finalement été octroyées² et le Conseil constitutionnel ayant considéré qu'un chef de file ne pouvait imposer une décision à une autre collectivité territoriale³, les départements ne sont, en effet, aujourd'hui que des coordinateurs en matière d'Action sociale et dépendent de la bonne volonté des communes

2. Cf. articles du CASF précédemment cités.

3. CC, 24 juillet 2008, déc. n° 2008-567 DC sur la loi n° 2008-735 du 28 juillet 2008 relative aux contrats de partenariat (AJDA 2008, p. 1664, note J.-D. Dreyfus et G. Frigoli, « Le rôle du département en tant que chef de file dans le domaine de l'insertion ». *Informations sociales*, 2010/6, n° 162, pp. 76-84).

1

LES ÉVOLUTIONS
DE LA PROTECTION
SOCIALE

de leur territoire. L'IGAS soulignait dans son rapport annuel de 2005 que « la répartition des tâches entre les conseils généraux et les CCAS laisse une part importante à l'improvisation », en fonction des réalités locales et est source de « doublons », de « dénis d'intervention » ou bien de « conflits »⁴. Force est de constater que les communes disposent d'une certaine proximité par rapport aux départements mais n'ont généralement pas une dimension suffisante pour pouvoir éviter à ces derniers de créer des antennes déconcentrées.

Selon une enquête réalisée par l'Assemblée des communautés de France en 2010⁵, 33 % des intercommunalités à fiscalité propre déclarent disposer de la compétence optionnelle Action sociale d'intérêt communautaire créée par la loi de programmation pour la cohésion sociale, du 18 janvier 2005. 31 % agissent dans ce domaine par le biais d'une compétence facultative, c'est-à-dire librement définie par les communes et non choisie dans une liste définie par la loi comme pour les compétences optionnelles. Enfin, dans 13 % des cas, la communauté agit par le biais d'une autre compétence, comme la politique du logement et du cadre de vie. On observe néanmoins que les communautés de communes sont largement plus concernées par ce type de politique : seules 38 % des communautés d'agglomération ayant répondu disposent d'une compétence en matière d'Action sociale. À l'inverse, plus de 70 % des communautés de moins de 20 000 habitants agissent dans ce domaine.

Les champs investis par ces deux catégories d'établissement public de coopération intercommunale divergent fortement. Alors que les communautés de communes agissent principalement en direction de la famille et de l'accueil de la petite enfance (73 % contre 32 % des communautés d'agglomération), les communautés d'agglomération concentrent principalement leurs actions en matière de logement et d'hébergement (60 % contre 39 % des communautés de communes). Le transfert de la compétence à l'intercommunalité permet également le développement de services que les communes ne pouvaient mettre en place seules. Les bus itinérants pour garder les enfants de moins de trois ans se développent principalement à cette échelle, voire à l'échelle de plusieurs communautés. De même, certaines choisissent des actions en lien avec d'autres de leurs

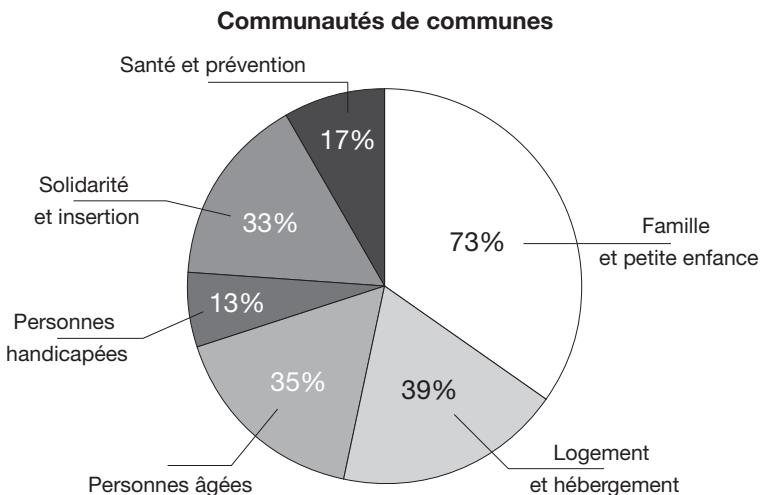
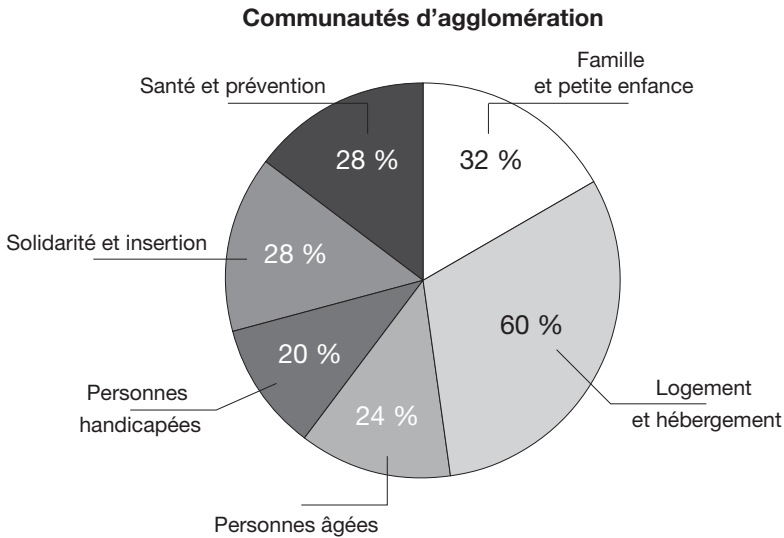
4. IGAS, *L'intervention sociale, un travail de proximité*. Rapport annuel 2005, p. 187. Quatre ans plus tard, la Cour des comptes concluait également que « la réussite des objectifs attachés à la fonction de chef de file dépend ainsi fortement du poids des compétences détenues en exclusivité dans le secteur considéré et des rapports de force locaux, qui par nature sont divers et instables » (Cour des comptes, *La conduite par l'État de la décentralisation*. Rapport public thématique, 2009, p. 71).

5. Cette étude a été réalisée sur la base de 160 réponses (135 communautés de communes et 25 communautés d'agglomération). AdCF, *L'Action sociale intercommunale – Enjeux, réalités et perspectives d'évolution*, septembre 2010, www.adcf.org



compétences comme l'accompagnement des bénéficiaires du RSA, dans le cadre de leurs actions en matière d'insertion, ou bien plus lourdes comme un accueil de jour dédié à la maladie d'Alzheimer. À l'inverse, comme le souligne l'UNCCAS, « les actions de "proximité" (animation, aides et secours, etc.) demeurent en gestion communale via le CCAS »⁶.

Champ de compétence investi selon le type de communauté



6. UNCCAS, « Action sociale des petites communes, mythe ou réalité ? », *La Gazette des communes*, cahier détaché n° 2, 45/2103, 28 novembre 2011, p. 21.

1

LES ÉVOLUTIONS
DE LA PROTECTION
SOCIALE

L'implication des intercommunalités dans le domaine social n'est pas nouvelle. La majorité des communautés ayant répondu à cette enquête disposait déjà d'une compétence en matière d'Action sociale avant 2005 (58 %). À titre d'exemple, dès 1975, la communauté de communes du pays de Colombey et Sud Toulinois rédigeait « un livre blanc pour des idées noires » qui a permis par la suite la création d'un pôle de développement social. Mais, si les communautés travaillent en collaboration avec de nombreux partenaires comme les CAF, leur département ou bien encore le tissu associatif de leur territoire, elles rencontrent néanmoins des difficultés à mettre en œuvre une politique globale dans ce domaine. Leurs actions demeurent souvent concentrées sur quelques équipements. Pour pallier à cette insuffisance, nombre d'entre elles réalisent actuellement une évaluation des besoins sociaux de leur territoire afin de pouvoir définir plus pertinemment leurs actions. À noter que 26 % des communautés considèrent que ce travail est la principale difficulté rencontrée dans la mise en œuvre de leur compétence. Par ailleurs, dans le cadre des contrats enfance-jeunesse conclus avec les Caisses d'allocations familiales, elles sont fréquemment invitées à organiser un transfert de compétence plus important en provenance de leurs communes membres. Des intercommunalités qui n'avaient en charge que certains équipements d'accueil de la petite enfance, réfléchissent, par exemple, avec leurs communes à un transfert de compétence en matière de jeunesse.

Ce transfert de compétence est jugé comme satisfaisant, voire très satisfaisant dans 44 % des cas (43 % de sans réponse). Selon 66 % des communautés, le transfert permet une réelle amélioration de la réponse pouvant être apportée aux problématiques du territoire, de la qualité de service (57 %) ainsi que du développement du partenariat avec les acteurs locaux (58 %). Lorsqu'au contraire, il est jugé comme assez satisfaisant (9 %) ou insuffisant (4 %), la déception résulte fréquemment du fait que le transfert n'a été que partiel et empêche une véritable mutualisation. En outre, alors que les élus municipaux freinent souvent un tel transfert de peur de perdre une partie de leurs prérogatives (19 % des communautés), il s'avère qu'une fois réalisé, ces craintes s'estompent rapidement.

B. Les leviers d'une généralisation de l'Action sociale intercommunale

Force est de constater que les besoins sociaux et les dépenses publiques afférentes ne font que croître, notamment en matière d'accueil de la petite enfance, de prise en charge de la dépendance et d'insertion.

1
 LES ÉVOLUTIONS
 DE LA PROTECTION
 SOCIALE

Selon le rapport sur la dépense publique pour 2012, il s'avère que le premier facteur qui explique l'augmentation de la contribution des collectivités territoriales dans la dépense publique résulte de « la montée en charge de nouvelles politiques [qui leur sont] confiées par la loi », telles que le RSA ou bien l'allocation personnalisée pour l'autonomie⁷. En 2009, l'accueil des enfants âgés de moins de 6 ans a représenté un coût de plus de 26 milliards d'euros pour les acteurs publics, dont près de huit apportés par les collectivités locales au titre de l'investissement et du fonctionnement des établissements d'accueil du jeune enfant et des écoles du premier degré⁸. En moyenne, l'analyse des comptes administratifs de 2009 des communautés d'agglomération et des communautés urbaines faisait ressortir des interventions en matière sociale et de santé qui s'élevaient, en moyenne, à 8 € par habitant et 5 € s'agissant des actions développées en direction des familles⁹, contre certes 104 € en matière de dépenses de fonctionnement et d'investissement pour les déchets ménagers. Il convient de rappeler que la majeure partie de ces dépenses relève de la section de fonctionnement et sont donc pérennes. En 2008, la DGFP estimait que les dépenses de fonctionnement des communes en direction des familles s'élevaient à plus de 2 milliards d'euros, dont 1,7 pour les crèches et garderies. Leurs dépenses d'équipement pour la famille représentaient, quant à elles, 329 millions d'euros (plus de 80 % pour les crèches et garderies)¹⁰. Or, ces dépenses n'ont pas vocation à diminuer et comme le rappelle l'UNCCAS dans son étude précitée, 20 % des communes de moins de 5 000 habitants ne disposent pas d'un CCAS. L'étude de Dexia sur les grandes tendances des finances locales en France, pour 2011, anticipe, « compte tenu du ralentissement anticipé de la croissance en 2012 et si la dégradation du marché du travail observée fin 2011 se confirme, [que] le nombre de bénéficiaires pourrait enregistrer une accélération par rapport à 2011 et maintenir une pression sur les budgets d'Action sociale des conseils généraux et des CCAS »¹¹.

Dans le même temps, ces collectivités voient leurs recettes évoluer. Suite à la suppression de la ressource principale des communautés, la taxe professionnelle, la nouvelle contribution économique territoriale ne couvre que 67 % des recettes en provenance de l'ancienne TP, selon

7. Ministère du Budget, *Rapport sur la dépense publique et son évolution*. Projet de loi de finances pour 2012, novembre 2011, p. 20.

8. CNAF, *L'accueil du jeune enfant en 2009*, www.cnaf.fr

9. AdCF, *Annuaire financier et fiscal des agglomérations 2011*, www.adcf.org

10. DGFP, *Les comptes des communes*. Synthèse nationale 2008, pp. 68 s.

11. Dexia, *Finances locales en France*. Grandes tendances 2011, novembre 2011, p. 15.

1

LES ÉVOLUTIONS
DE LA PROTECTION
SOCIALE

l'étude précitée de Dexia. Au total, en 2011, plus de 30 milliards d'euros ont dû être compensés par le biais d'autres ressources (transfert de fiscalité de l'État vers les collectivités, dotation de compensation de la réforme de la taxe professionnelle, etc.). Dans ce contexte, si les communes et leurs groupements conservent un levier fiscal plus important que les régions notamment, il n'en demeure pas moins que leur fiscalité repose dorénavant principalement sur les ménages. Leurs marges de manœuvre se sont donc amoindries.

À côté de ce premier facteur financier et fiscal, la loi de réforme des collectivités territoriales¹² tend également à renforcer le rôle d'acteur clé de l'intercommunalité en matière d'Action sociale. En effet, les parlementaires ont repris dans ce texte la proposition du rapport réalisé par la commission dite « Balladur », en 2009¹³, tendant à organiser les collectivités locales en deux blocs : communes/communauté et départements/région. S'agissant de ces derniers, leur clause générale de compétence a été supprimée par cette loi du 16 décembre 2010¹⁴. Le département a donc vocation à se spécialiser dans le champ social, même si la doctrine a souligné, à de nombreuses reprises, qu'il pourra continuer à agir dans d'autres domaines, du fait des nombreuses dérogations votées par les parlementaires à cette suppression¹⁵. Si la place du département comme chef de file de l'Action sociale n'est nullement remise en cause, sa relation avec les échelons territoriaux inférieurs pourrait néanmoins évoluer vers un renforcement de ses liens avec les communautés de communes et d'agglomération, voire leurs centres intercommunaux d'Action sociale (on en dénombre environ 300 au 1^{er} janvier 2011), permettant ainsi de réduire considérablement leur nombre d'interlocuteurs (de plus de 36 000 communes à environ 2 500 communautés). Par ailleurs, si la clause générale de compétence des communes n'est pas directement remise en cause, il n'en demeure pas moins que s'il existe dorénavant des compétences qui relèvent exclusivement des départements, les communes et leurs groupements ne pourront plus intervenir dans ce champ (art. L. 1111-4 du CGCT).

Les intercommunalités, fortes d'une expérience globalement positive et d'un contexte financier poussant les communes à la mutualisation de leurs moyens et les départements à réduire leurs interlocuteurs, tentent

12. Loi n° 2010-1563 du 16 décembre 2010 de réforme des collectivités territoriales.

13. Comité présidé par Édouard Balladur. Rapport « Il est temps de décider », *La Documentation française*, mars 2009.

14. Long M., « Vers un acte III de la décentralisation ? », *Revue de droit sanitaire et social*, 2011, p. 17.

15. Voir notamment Douence J.-Cl., « La nouvelle répartition des compétences, gage de clarification ? », *La Semaine juridique Administration et collectivités territoriales*, n° 14, 4 avril 2011, 2135.



donc de se positionner en qualité d'intermédiaires entre ces deux échelons. Néanmoins, en modifiant en profondeur les modalités de fonctionnement des groupements à fiscalité propre, la loi de réforme des collectivités territoriales pousse de nouveau à questionner ce modèle, du fait d'une part, de l'évolution des périmètres des intercommunalités et d'autre part, de l'élection d'une partie des délégués communautaires au suffrage universel direct.

II. Un accroissement devant être concilié avec l'évolution institutionnelle des intercommunalités

A. Les conséquences de l'élargissement des périmètres intercommunaux

Le premier article du Code général des collectivités territoriales portant sur les EPCI dispose que « le progrès de la coopération intercommunale se fonde sur la libre volonté des communes d'élaborer des projets communs de développement au sein de périmètres de solidarité »¹⁶. Dans ce cadre et principalement suite à la loi dite « Chevènement » du 12 juillet 1999¹⁷, les communes ont majoritairement choisi de se regrouper au sein de telles structures. Ainsi, au 1^{er} janvier 2011, les EPCI à fiscalité propre regroupent plus de 95 % des communes et près de 90 % de la population française. Le succès quantitatif de ces structures est donc indéniable. D'un point de vue qualitatif, l'objectif de définir des projets communs de développement au sein de périmètres de solidarité n'est pas atteint par les 2 599 EPCI dotés d'une fiscalité propre existants. Nombre d'observateurs ont souligné la persistance de périmètres discontinus, de communes enclavées au sein d'une communauté, d'un manque de correspondance entre ces EPCI à fiscalité propre et les territoires « vécus » par les usagers. Dans le même temps, alors que la création des EPCI à fiscalité propre aurait dû permettre une rationalisation des syndicats, il en demeure tout de même

16. Article L. 5210-1 du CGCT.

17. Loi n° 99-586 du 12 juillet 1999 relative au renforcement et à la simplification de la coopération intercommunale.

1

LES ÉVOLUTIONS
DE LA PROTECTION
SOCIALE

près de 12 000 composés uniquement de communes¹⁸ et plus de 3 000 syndicats mixtes ont été créés¹⁹. Dès 2005, la Cour des comptes proposait, pour remédier à cette situation, que l'élaboration dans chaque département d'un schéma de simplification de la coopération intercommunale soit rendue obligatoire²⁰.

Suite au succès très mitigé des schémas départementaux d'orientation de l'intercommunalité réalisés par les préfetures et les élus locaux en 2006, les parlementaires ont souhaité rendre l'élaboration des Schémas Départementaux de Coopération Intercommunale (SDCI) obligatoire et leur donner une valeur juridique contraignante. Ces documents élaborés par les préfets et pouvant être amendés par les Commissions Départementales de Coopération Intercommunale (CDCI), à la majorité des deux tiers, ont pour objectifs à la fois de dresser un état des lieux de la coopération intercommunale et de formuler des propositions visant à rationaliser les périmètres des communautés et des syndicats (création *ex nihilo*, fusion, extension, retrait de communes, etc.). Ces documents devaient être élaborés avant le 31 décembre 2011. Entre cette date et la fin de l'année 2012, le préfet a pour mission de mettre en œuvre le schéma, sous réserve d'obtenir l'accord des communes et EPCI concernés, dans des conditions de majorité moins contraignantes que dans le droit commun. Si le préfet n'a pas obtenu l'accord de ces collectivités en 2012, il pourra, jusqu'au 1^{er} juin 2013, décider de mettre en œuvre le schéma sans avoir besoin de recueillir leur accord. Au vu de ces conditions contraignantes, les discussions au sein des CDCI ont été assez riches, sans compter les nombreuses réunions à l'échelle des communautés ou des arrondissements organisées par les préfetures. Néanmoins, dans environ une trentaine de départements, un tel schéma n'a pas encore été adopté à l'heure où ces lignes sont écrites²¹.

Les schémas qui ont été adoptés sont généralement moins volontaristes que les propositions formulées par les préfetures au printemps 2011. Cependant, un certain nombre de communautés devraient être

18. Selon la DGCL, « on compte donc en moyenne 122 syndicats par département, auxquels adhèrent en moyenne une dizaine de communes : le nombre moyen de communes adhérentes à un syndicat varie entre 4 et 16 selon les départements (hors Paris) ». En outre, « 19 % des communes adhèrent à 1 ou 2 syndicats, 20 % à 3, c'est donc 61 % des communes qui sont membres d'au moins 4 syndicats. 3 % des communes (1 100 communes) adhèrent à 9 syndicats et plus, et, parmi elles une trentaine sont membres d'au moins 13 syndicats ». www.dgcl.gouv.fr

19. Syndicats composés de communes, EPCI à fiscalité propre et le cas échéant, du département et de la région.

20. Cour des comptes, *L'intercommunalité en France*. Rapport 2005, p. 88.

21. Pour une analyse des premiers schémas, voir www.adcf.org



appelées à fusionner entre elles, à intégrer des communes qui demeureraient jusqu'à présent en dehors de toute intercommunalité à fiscalité propre ou bien encore à s'étendre à des communes qui étaient déjà membres d'autres communautés de communes ou d'agglomération. L'ensemble de ces recompositions pose la question de la redéfinition des projets de territoire de ces structures : quid de la compétence Action sociale d'une communauté de communes lorsque celle-ci est invitée à fusionner avec une communauté d'agglomération voisine ; de l'avenir d'un Service public de proximité lorsque la communauté fusionne avec deux, voire trois ou quatre autres structures ; de la nécessité de transférer cette compétence à l'échelon intercommunal lorsque cette recomposition met en exergue les inégalités de services développés par les communes membres de la nouvelle communauté, etc. ?

En l'état actuel des discussions politiques dans les territoires, on observe que lorsqu'une communauté d'agglomération envisage de fusionner avec une ou plusieurs de ses communautés de communes adjacentes, elle adopte deux types de position. Elle peut décider de prendre la compétence Action sociale pour faciliter la négociation politique en permettant l'accès des populations à un Service public de meilleure qualité ou du moins plus homogène à l'échelle d'un bassin de vie et le cas échéant, proposer de nouvelles prestations. Dans cette hypothèse, la question de la conservation d'un Service public de proximité se pose. La « déconcentration » peut être un moyen développé par la nouvelle entité, en créant des antennes à un échelon infracommunautaire. Moins coûteux et probablement plus efficace d'un point de vue démocratique, la commune peut devenir le relais de la politique intercommunale en continuant à développer une relation de proximité avec les usagers. Dans ce cas, alors que la relation entre communes et communauté repose, aujourd'hui, juridiquement sur le principe d'exclusivité²², ces entités ont vocation à organiser leur compétence sociale selon un principe de subsidiarité qui n'est pour l'heure pas reconnu, ni par les textes législatifs ou réglementaires, ni par la jurisprudence. En ce sens, l'Action sociale intercommunale préfigure peut-être de la manière dont seront réparties les compétences au sein du bloc communal. La pratique, confortée aujourd'hui par l'agrandissement des périmètres communautaires à l'aune de la loi de réforme des collectivités territoriales, démontre la complémentarité entre communes et communauté. L'une n'a pas vocation à remplacer l'autre, à la condition que l'intercommunalité regroupe l'ensemble des communes d'un bassin de vie.

22. Lorsqu'une commune a transféré sa compétence à un EPCI, elle ne peut plus intervenir dans ce domaine.

1

LES ÉVOLUTIONS
DE LA PROTECTION
SOCIALE

À l'inverse, d'autres envisagent que la nouvelle structure issue de la fusion rétrocède cette compétence aux communes membres. Alors que les communes avaient généralement transféré leur compétence du fait de leur manque de moyens humains, matériels et plus globalement financiers, la question du retour de la compétence à cet échelon interroge. Dans le cas où l'intercommunalité refuserait de gérer ce type de compétence dite « de proximité », les communes n'auront probablement d'autres choix que de se regrouper entre elles à un échelon infracommunautaire, *via* par exemple les nouvelles sociétés publiques locales qui permettent notamment d'échapper au droit de la concurrence ou bien des syndicats de communes (que la loi du 16 décembre 2010 souhaitait supprimer). En outre, si ces communes se regroupent à une échelle ne correspondant pas à l'intercommunalité, au moins en zone rurale, on peut s'interroger sur la pertinence d'un tel service s'il n'est pas pensé à l'échelle du bassin de vie. Dans le même temps, il est souvent complexe d'exercer cette compétence à l'échelle de communes très hétérogènes. La fusion d'une communauté d'agglomération avec une ou plusieurs communautés de communes implique le regroupement de communes de tailles disparates, qui ont généralement des problématiques différentes et lorsqu'elles sont similaires, elles impliquent un traitement différencié (crèches avec des horaires d'ouverture permettant une garde des enfants dont les parents travaillent en horaires atypiques, micro-crèches, etc.). Enfin, jusqu'à présent les communautés d'agglomération étaient principalement vouées à gérer des équipements ou des réseaux. La prise en charge de ces nouvelles dépenses de fonctionnement peut freiner certains élus.

Les schémas départementaux de coopération intercommunale visent également, nous l'avons vu, à rationaliser les syndicats de communes. La question de la suppression ou de la fusion des syndicats traitant des compétences Action sociale et scolaire a créé un vif débat. De nombreux projets de schéma réalisés par les préfets au printemps 2010 proposaient la suppression de syndicats dans ces domaines en transférant généralement la compétence aux communautés de communes. Or, les schémas adoptés ou en cours d'adoption mettent en exergue un certain retour en arrière sur ce point. Plusieurs propositions de loi ont même été déposées par plusieurs parlementaires fin 2011 pour exclure de ce dispositif de rationalisation les syndicats compétents en la matière²³.

23. Proposition de loi portant diverses dispositions relatives à l'intercommunalité, n° 11, adoptée en première lecture par le Sénat le 11 novembre 2011. Son article 10 prévoit notamment que « l'article L. 5111-6 du Code général des collectivités territoriales n'est pas applicable à la création d'un syndicat compétent en matière de création et de fonctionnement des écoles préélémentaires et élémentaires, en matière d'Action sociale



Au vu de ces différents éléments, on voit que la refonte de la carte intercommunale vise à renforcer le mouvement de transfert de la compétence Action sociale aux intercommunalités à fiscalité propre que nous avons observé dans la première partie. Néanmoins, cette généralisation n'est pas encore acceptée par tous. Si cette réforme est menée jusqu'à son terme, le transfert de cette compétence de proximité à une majorité de communautés de communes et d'agglomération ne sera possible que si les électeurs peuvent exercer un contrôle direct sur ces structures.

B. Les implications du suffrage universel direct

Les intercommunalités à fiscalité propre disposent d'un nombre croissant de compétences stratégiques, comme le développement économique, l'aménagement de l'espace ou bien encore la politique du logement et du cadre de vie. Selon l'Observatoire de l'AdCF, une communauté exerce en moyenne neuf compétences, soit un nombre largement supérieur à ce qu'exige le Code général des collectivités territoriales. D'un point de vue financier, les dépenses des EPCI à fiscalité propre avoisinent celles des régions : en 2008, ils ont respectivement dépensé 26,3 et 25 Mds d'euros. Les dépenses des communautés représentaient 12 % des dépenses des collectivités locales²⁴. Au vu de ces éléments, dès la création des communautés urbaines en 1966, l'élection des délégués communautaires au suffrage universel indirect, c'est-à-dire par et parmi les conseillers municipaux, selon une répartition des sièges entre les communes peu encadrée, a été critiquée²⁵. En 2010, les parlementaires ont décidé que les délégués communautaires seraient, à partir des élections municipales de 2014, élus au suffrage universel direct dans les communes où les conseillers municipaux sont élus au scrutin de liste²⁶. En l'état actuel des textes, les modalités concrètes de cette élection n'ont pas été arrêtées.

ou en matière de petite enfance, résultant de la mise en œuvre du schéma départemental de coopération intercommunale mentionné à l'article L. 5210-1-1 du même code ». Voir également la proposition de loi visant à assouplir les règles relatives à la refonte de la carte intercommunale, n° 3908, enregistrée à l'Assemblée Nationale le 8 novembre 2011 et déposée par le député Jacques Pélissard (art. 3).

24. DGCL, *Les finances des groupements de communes à fiscalité propre et des régions en 2008*. www.dgcl.gouv.fr

25. Voir notamment Mauroy P., « Commission pour l'avenir de la décentralisation. Refonder l'Action publique locale ». Paris : *La Documentation française*, 2000, p. 39 ; Guiselin E.-P., EPCI et identité démocratique. In : Fialaire J. et De Montalivet P. (dir.), « Coopération locale et territoires ». Paris : *Litec*, 2008, 159 p., p. 25 ; Comité présidé par Édouard Balladur. Rapport « Il est temps de décider », *La Documentation française*, mars 2009.

26. Aujourd'hui dans les communes de plus de 3 500 habitants.

1

LES ÉVOLUTIONS
DE LA PROTECTION
SOCIALE

Un projet de loi²⁷ qui n'a pas encore été discuté par le Parlement organise une élection simultanée aux élections municipales, à l'échelle de la commune. Le projet prévoit que les candidats se situant en haut des listes présentées pour les élections municipales seront automatiquement désignés pour siéger à la communauté, en fonction du nombre de voix obtenu par chacune. Dans les autres communes, le maire et les adjoints (en fonction du nombre de sièges attribués à la commune) seraient automatiquement appelés à siéger à la communauté. Cette désignation automatique des élus communautaires peut poser problème dans des domaines comme l'Action sociale. En effet, la complémentarité qui est vouée à se développer entre communes et communauté dans ce domaine nécessite une bonne coordination entre les élus en charge de cette thématique. Or, les adjoints des communes délégués à l'Action sociale ne sont pas forcément dans les hauts de liste. Pour pallier à ces insuffisances, la loi autorise désormais l'ouverture des commissions thématiques communautaires aux conseillers municipaux. Néanmoins, d'une part, ces derniers n'auront pas de droit de vote au sein de ces instances qui ne sont que consultatives et d'autre part, la multiplication des réunions auxquelles doivent participer les élus tend à favoriser l'absentéisme.

Dans toutes les hypothèses, les sièges, dont le nombre plafond est fixé par la loi, seront répartis entre les communes selon un accord local encadré par différents critères (dont un vise à prendre en compte la population de chaque commune membre). À défaut d'accord, la loi fixe une méthode de répartition strictement proportionnelle. Si une telle évolution peut paraître timide puisque le président de la communauté ne sera pas directement élu, l'élection sera organisée à l'échelle communale et sur les listes municipales²⁸, on peut également voir ces dispositions comme un premier pas vers un processus difficilement réversible. En effet, les communautés se voyant confier de plus en plus de compétences de proximité telle que l'Action sociale, la légitimité démocratique des délégués communautaires – même si elle est aujourd'hui déjà indéniable – devrait être renforcée.


Au final, la loi du 16 décembre 2010 semble être propice à la généralisation du transfert de la compétence Action sociale aux communautés. Certaines communautés déjà compétentes ont souhaité créer un

27. Projet de loi relatif à l'élection des conseillers territoriaux et au renforcement de la démocratie locale, n° 61, enregistré au Sénat le 21 octobre 2009.

28. Le Saout R. « Des points de vue différenciés sur la question de la démocratie intercommunale ». *La Semaine juridique Administrations et collectivités territoriales*, 4 avril 2011, n° 4, 2132 ; Lefebvre R. « Les impensés de la démocratie locale dans le projet de réforme territoriale ». *Pouvoirs locaux*, 29 mars 2010, n° 84/2010, pp. 19 s.

outil de gestion propre à ce domaine. Ainsi, le nombre de centres intercommunaux d'Action sociale ne fait que croître depuis 2005. Signe plutôt positif puisque, comme l'observe l'étude précitée de l'AdCF, la création d'un tel outil témoigne généralement d'une volonté politique forte de mettre en œuvre une action globale à l'échelle du territoire, permettant progressivement de gommer les inégalités en terme d'équipements d'accueil de la petite enfance par exemple. Le directeur du CIAS de la communauté de communes des Coteaux Sézannais souligne ainsi que depuis la création du centre, « tous les habitants ont maintenant un égal accès à des services qui étaient naguère réservés à la ville centre. Du coup, lorsque des nouvelles familles veulent s'installer plus loin de la ville, le fait d'appartenir ou non à la communauté est un critère déterminant car synonyme d'accès à une offre de service complète ». Un certain nombre de communautés ont d'ores et déjà choisi d'aller plus loin en définissant un véritable projet intercommunal autour de l'Action sociale, comme la communauté d'agglomération du pays Viennois. Dans ces différentes hypothèses, les communautés remplissent pleinement leur rôle péréquateur et permettent le développement d'une véritable solidarité entre communes membres. Néanmoins, pour que cette généralisation soit effective, les intercommunalités et leurs communes membres devront d'une part, adapter leur modes de fonctionnement pour conserver une certaine proximité (déconcentration de services, définition précise du rôle des communes, etc.) mais également rendre l'échelon intercommunal plus visible vis-à-vis des usagers. Au-delà de l'absence d'élection au suffrage universel direct des délégués communautaires, la méconnaissance du rôle des communautés par les usagers est parfois criante. D'autre part, dans un contexte financier et fiscal délicat, la prise en charge de dépenses de fonctionnement en constante augmentation nécessitera également la définition d'une réelle stratégie politique à l'échelle communautaire.





Analyse comparée des politiques familiales française et allemande

Céline Antonin

Économiste à l'OFCE, Maître de conférences à Sciences Po Paris

Marion Cochard

Économiste à l'OFCE

64

Malgré des systèmes socio-économiques proches et des moyens alloués à la politique familiale comparables, on observe des divergences persistantes dans les politiques familiales de part et d'autre du Rhin, tant du point de vue de leur philosophie que des implications, en matière de fécondité et de la place des femmes sur le marché du travail. Ce décalage a d'abord une dimension historique. Dans une typologie datant de 1990, Esping-Andersen distingue trois modèles de Protection sociale : le modèle libéral anglo-saxon, qui accorde plus de poids au marché qu'à l'État et n'assure qu'un filet de sécurité pour les plus démunis ; le modèle corporatiste d'Europe continentale, où l'acquisition de droits sociaux se fait par le travail, et dont la gestion relève de l'État et des partenaires sociaux ; enfin, le modèle social-démocrate qui est le plus universaliste, dans lequel l'État fournit à tous un niveau élevé de protection. Dans le modèle corporatiste, la femme est davantage assignée à l'éducation des enfants, et l'homme est souvent l'unique pourvoyeur de revenu (M. Gagnepain) ; les deux autres modèles font davantage de place à l'autonomie de la femme, mais avec un lien familial plus distendu dans le modèle universaliste social-démocrate, notamment à cause de l'importance des services sociaux et de la prise en charge de la petite enfance.

S'appuyant sur une intervention publique traditionnellement limitée et un modèle familial traditionnel, l'État social allemand serait, depuis ses origines bismarckiennes, corporatiste. Le modèle français, quant à lui, repose traditionnellement sur une intervention publique forte et centralisée : il apparaît plutôt comme un État social mixte, à mi-chemin entre modèle universaliste, d'inspiration scandinave, et modèle corporatiste.

Dans cet article, nous nous proposons de comparer les politiques familiales française et allemande, notamment à l'aune des critères de



redistribution, de conciliation vie familiale/vie professionnelle, et de natalité. Concernant l'articulation entre vie professionnelle et familiale, l'Allemagne accuse un retard conséquent par rapport à la France. En termes de redistribution, en revanche, l'Allemagne semble avoir un léger avantage. Si en France, le travail des femmes est admis de longue date, l'opinion publique allemande, quant à elle, peine à se défaire de l'image de mauvaise mère (*Rabenmutter*, ou mère corbeau) associée aux mères qui travaillent. Néanmoins, les modèles traditionnels évoluent lentement. En Allemagne, l'effondrement du taux de fécondité, avec la perspective d'une pénurie de main-d'œuvre, et la demande de plus en plus pressante de la société civile pour organiser la conciliation vie professionnelle/vie familiale, ont conduit à un changement de paradigme au cours des vingt dernières années. Des réformes ambitieuses ont été mises en place, touchant au congé parental et à la politique d'accueil des enfants au début des années 2000 : le modèle allemand, en pleine redéfinition, cherche une synthèse entre le modèle libéral anglo-saxon sur le marché du travail (réformes *Hartz*) et le modèle social scandinave dans le champ familial. En France, les changements engagés ne sont pas de nature aussi radicale : le modèle reste le même. Les réformes actuelles ont plutôt pour objectif de promouvoir le « libre choix » (libre choix du mode de garde et libre choix d'activité), tout en soutenant le travail des femmes.

Si le poids du passé explique les différences de modèles familiaux entre France et Allemagne, les mesures adoptées récemment vont néanmoins dans la même direction et visent à favoriser l'articulation entre vie familiale et professionnelle pour les femmes actives. Pourtant, malgré les réformes, les deux modèles sont loin de converger et il reste encore du chemin à parcourir pour pallier des insuffisances persistantes ; la solution passe sans doute par un approfondissement des réformes à l'échelon européen.

I. Malgré des enveloppes financières proches, les politiques familiales française et allemande ont des orientations et des objectifs différents

Les politiques familiales française et allemande présentent un certain nombre de similitudes, à commencer par l'ampleur du soutien financier aux familles. Les politiques s'appuient sur de nombreux instruments, que l'on peut regrouper en deux catégories :

1

LES ÉVOLUTIONS
DE LA PROTECTION
SOCIALE

- Les aides financières aux familles, *via* :
 - les prestations en espèces, qui comprennent essentiellement les allocations familiales et les congés parentaux rémunérés ;
 - les allègements fiscaux, *via* principalement les quotients conjugal et familial.
- Les prestations en nature, qui intègrent les services de garde et d'éducation des jeunes enfants.

A. Des montants proches alloués à la politique familiale...

Les comparaisons financières liées aux politiques familiales sont par nature très délicates, car il peut exister des différences d'un pays à l'autre dans la ventilation des dépenses selon le type de besoins. En particulier, de nombreux dispositifs (aides au logement, prestations d'assistance...) tiennent compte de la présence d'enfants dans le ménage *via* des majorations financières. Certains pays classent ces majorations dans les dépenses de politique familiale, d'autres dans d'autres postes (logement, assistance...), et la comparaison de la cohérence des politiques familiales s'en retrouve biaisée, tant ces dispositifs sont nombreux et complexes.

Tableau 1. Dépenses publiques au titre des prestations familiales

En % du PIB, en 2007	Allemagne	France
Prestations en espèces	1,1	1,3
Prestations en nature <i>Dont : dépenses liées à l'accueil des jeunes enfants et à l'éducation pré-primaire</i>	0,7 0,4	1,7 1
Allègements fiscaux pour les familles	0,9	0,7
Total	2,7	3,7

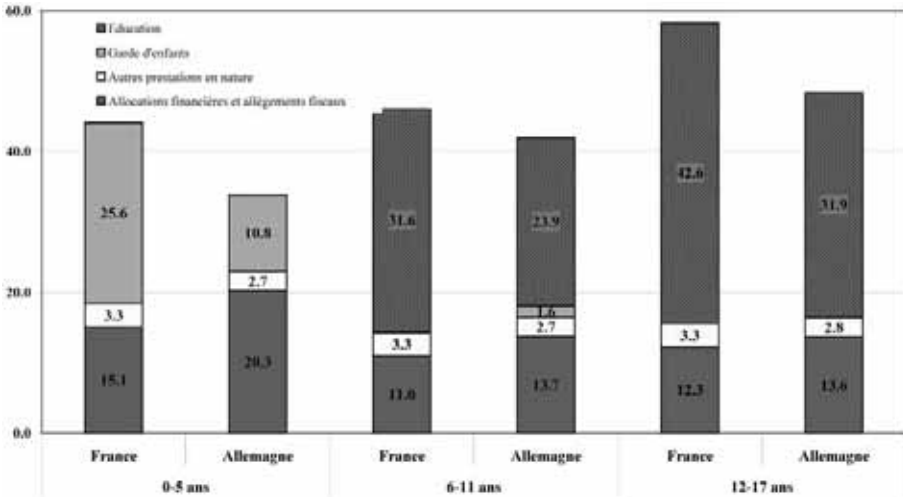
Source : OCDE.

Les données fournies par l'OCDE agrègent les moyens mobilisés pour les différents types d'aides (cf. tableau 1). Le soutien aux familles apparaît ici sensiblement plus important en France qu'en Allemagne (3,7 points de PIB, contre 2,7 en Allemagne). Les dépenses agrégées pour les aides financières – prestations en espèces et allègements fiscaux – sont du

même ordre de grandeur dans les deux pays (2 points de PIB), mais cela masque en réalité une plus grande générosité côté allemand. Ainsi, rapportés au nombre d'enfants, compte tenu de la plus faible natalité en Allemagne, les montants distribués aux familles sont plus élevés (graphique 1).



Graphique 1 : Aides familiales par enfant, en % du revenu médian des 15-64 ans



Source : OCDE.

Ce sont les prestations en nature, beaucoup plus développées en France (1,7 point de PIB en France, contre 0,7 en Allemagne), qui expliquent la supériorité des dépenses de la politique familiale en France. C'est là l'une des différences majeures entre les deux pays, puisque le développement des services de garde et d'éducation rend l'articulation famille/travail bien plus aisée en France qu'en Allemagne.

B. ... mais qui répondent à des objectifs différents

Si les prestations en espèces sont comparables dans les deux pays, elles diffèrent en revanche dans leur orientation et témoignent d'objectifs différents : si les deux pays s'inscrivent encore dans un modèle familial traditionnel et favorisent les familles avec de fortes disparités de revenus, la politique familiale française se distingue cependant par son orientation clairement nataliste, alors que les aides allemandes se veulent plus verticales, visant une redistribution des familles les plus aisées vers les plus modestes.

1

LES ÉVOLUTIONS
DE LA PROTECTION
SOCIALE

1. Les aides financières : un instrument nataliste en France, et redistributif en Allemagne

• Les allocations forfaitaires

Les prestations en espèces sont du même ordre de grandeur de part et d'autre du Rhin, et relativement proches dans leur structure. Dans les deux pays, les prestations familiales forfaitaires constituent l'élément central de la politique familiale (85 % des prestations en espèces sont versées sous la forme d'allocations forfaitaires d'après Eurostat, base SESPRO). Les 15 % restants correspondent aux revenus de remplacement versés au titre des congés de maternité et parental.

En Allemagne, les familles peuvent choisir entre l'allocation forfaitaire (*Kindergeld*) et des abattements fiscaux (*Kinderbefreiung* et *Betreuungsfreibetrag*). Ces abattements n'étant intéressants que pour les familles les plus aisées, ils concerneraient moins de 20 % des ménages. Pour les familles à bas revenus, une majoration forfaitaire vient compléter l'allocation forfaitaire (cf. tableau 2). En France, l'allocation familiale forfaitaire sans

Tableau 2. Calcul des allocations forfaitaires

	Allemagne : Kindergeld	France : allocations familiales
Allocations forfaitaires	1 ^{er} et 2 ^e enfant : 184 €/mois 3 ^e enfant : 190 €/mois Enfants supplémentaires : 215 €/mois	1 enfant : 0 2 enfants : 125,78 €/mois 3 enfants : 286,75 €/mois 4 enfants : 448,1 €/mois Enfants supplémentaires : 161,17 €/mois Majoration : pour les enfants nés avant le 1 ^{er} mai 1997 – enfants de + 11 ans : 35,38 €/mois – enfants de + 16 ans : 59,57 €/mois Majoration unique : pour les enfants de plus de 14 ans nés après le 30 avril 1997 59,57 €/mois
Majoration pour familles à faible revenu	Maximum 140 €/mois par enfant	À partir de 3 enfants, tous âgés de 3 à 21 ans 163,71 €/mois



condition de revenu est moins généreuse qu'en Allemagne, et n'est versée qu'à partir du deuxième enfant. Seuls 20 milliards d'euros ont été versés à ce titre en 2007 (1,1 point de PIB). En outre, les majorations pour les familles à bas revenus sont plus généreuses en France qu'en Allemagne, mais concentrées sur les familles d'au moins 3 enfants.

Par conséquent, les dépenses liées aux allocations familiales, qui constituent plus de la moitié des aides financières aux familles, sont sensiblement plus élevées en Allemagne. Leur orientation diffère au sens où le *Kindergeld* vise à réduire la pauvreté des enfants, alors que les allocations familiales françaises ont une visée clairement nataliste en favorisant les familles nombreuses.

- *Les allègements fiscaux*

Les réductions d'impôt constituent le deuxième poste de la politique familiale dans les deux pays (0,88 point de PIB en Allemagne, contre 0,72 en France). Si les montants en jeu sont proches, leurs contenus sont profondément différents. La différence majeure est imputable au quotient familial français, par rapport au quotient conjugal allemand. Ce dernier ne tient pas compte de la présence d'enfants dans le couple et donne simplement la possibilité d'une taxation globale du revenu du couple. L'impôt est calculé sur la base de la moitié du revenu total du couple, puis multiplié par deux, ce qui, en raison de la progressivité de l'impôt, favorise fortement les couples où l'écart de salaire est important, en particulier les couples monoactifs, mais sans pour autant instituer d'incitation nataliste.

Le quotient familial français, en prenant en compte la présence d'enfants de moins de 18 ans dans le couple, vise à adapter le montant de l'impôt aux capacités contributives du ménage. Il revient à diviser le revenu du ménage par le nombre de parts du ménage pour calculer l'impôt, que l'on multiplie ensuite par le nombre de parts. La réduction d'impôt est par ailleurs plafonnée et son coût évalué à 0,6 point de PIB. Davantage que les allocations familiales, le quotient familial est la pierre angulaire de la politique nataliste française, d'autant plus que la part attribuée aux enfants passe de 0,5 à 1 à partir du 3^e enfant. Comme le quotient conjugal allemand, le quotient familial français favorise les couples à forte disparité de revenu grâce à la progressivité de l'impôt sur le revenu. De ce point de vue, les politiques familiales française et allemande correspondent bien au modèle continental traditionnel, conçu à l'origine pour un unique pourvoyeur de revenu.



- *Les congés parentaux*

Sur la question des congés parentaux, la France et l'Allemagne ont longtemps fait figure de mauvais élèves en Europe. Une fois encore, le dispositif a été marqué par le modèle corporatiste fortement inégalitaire d'un point de vue du genre. Caractérisé par un congé long et une indemnisation forfaitaire faible, le congé parental en France est attractif pour les parents à faible rémunération, et donc particulièrement défavorable à l'emploi et l'égalité professionnelle. Longtemps similaire en Allemagne, il a été profondément remanié pour se rapprocher du modèle scandinave. C'est l'une des réformes d'ampleur que nous détaillons *infra*, alors que l'évolution du dispositif a été plus anecdotique en France.

Au total, les systèmes d'aides aux familles révèlent des objectifs différents dans les deux pays. Le ciblage de la politique familiale allemande est plus vertical (Fagnani et Math, 2011), tout en souffrant d'une forte ambiguïté, puisque l'importance des allocations forfaitaires en Allemagne assure une redistribution verticale – visant clairement à prévenir la pauvreté des familles avec enfants –, tandis que le quotient conjugal est un dispositif anti-redistributif. À l'inverse, la politique familiale française affiche un objectif clairement nataliste : par sa redistribution plutôt horizontale d'abord, visant avant tout à assurer un niveau de vie équivalent aux ménages avec et sans enfants (Sterdyniak, 2011). À l'aide de dispositifs dont la générosité s'accroît avec le nombre d'enfants dans le ménage ensuite, le quotient familial en est l'exemple le plus patent.

Concernant l'effet de la politique familiale sur l'offre de travail des femmes, les deux pays présentent des dépenses de politique familiale assez semblables et s'accordent sur le modèle familial sous-jacent à l'ensemble des dispositifs, puisque le quotient conjugal comme le quotient familial profitent avant tout aux couples à forte disparité de revenus. Ce phénomène est renforcé en France par le dispositif du congé parental, et en Allemagne par l'importance des prestations forfaitaires, qui incite les mères à se retirer du marché du travail au cours des trois premières années, après la naissance d'un enfant, puis à reprendre un emploi à temps partiel lorsque ce dernier atteint l'âge de fréquenter un *Kindergarten*. En cela, les aides financières aux familles incitent au modèle familial traditionnel, avec un unique pourvoyeur de revenus.

2. Les aides en nature : un système français plus favorable à la conciliation famille/vie professionnelle



Au-delà des incitations financières, le modèle français s'avère beaucoup plus propice à la conciliation entre vie familiale et vie professionnelle sur la prise en charge des frais de garde et les prestations de services de garde d'enfants.

- *Les allocations pour frais de garde*

Les allocations pour frais de garde constituent une dépense mineure de la politique familiale (0,1 point de PIB en France, et 5 fois moins en Allemagne). Cette faible prise en charge des frais de garde en Allemagne s'explique en partie par la forte proportion de femmes qui quittent leur emploi à la naissance de l'enfant, et par le montant de la déduction fiscale associée. Quel que soit le mode de garde et le revenu des parents, en Allemagne, les parents peuvent déduire 2/3 de leurs dépenses de garde de leurs impôts, dans la limite de 4 000 euros. En France, l'allocation dépend du revenu des parents, et les montants sont bien plus élevés qu'en Allemagne. Dans tous les cas, au moins 15 % de la dépense est à la charge des parents, et la prise en charge peut aller jusqu'à près de 800 euros par mois.

- *Les prestations de service de garde d'enfants pré-primaire*

En Allemagne, il existe deux principaux systèmes formels de garde d'enfants pour les moins de trois ans : les crèches, surtout présentes dans les Länder de l'Est, et les assistantes maternelles. Beaucoup plus généralisés, les jardins d'enfants (*Kindergarten*) concernent la plupart des enfants de 3 à 6 ans. Les modes de garde pour la petite enfance sont largement insuffisants, surtout en Allemagne de l'ouest. Seuls 17,8 % des enfants de moins de 3 ans bénéficient d'un mode d'accueil formel, 72,2 % d'entre eux étant gardés uniquement par leurs parents, en général leur mère (cf. tableau 3). En outre, cet accueil n'est disponible qu'à temps partiel (23 heures par semaine en moyenne), contraignant ainsi les femmes qui travaillent à réduire leur temps de travail. Pour les enfants de plus de trois ans, le taux d'accueil dans une structure formelle atteint 92,7 %, 48 % seulement des enfants étant accueillis pour une durée supérieure à 30 heures hebdomadaires. En France, les structures d'accueil formel sont largement plus développées qu'en Allemagne : elles couvrent 42 % des enfants de moins de 3 ans et 99,9 % des enfants de 3 à 5 ans (OCDE, 2008).

Tableau 3. Accueil des enfants en 2008

	France	Allemagne
Dépenses en % du PIB		
Liées à l'accueil de jeunes enfants	0,4	0,1
Liées à l'enseignement pré-primaire	0,6	0,3
Taux d'enfants pris en charge dans une structure formelle, en %		
0-2 ans	42	17,8
3-5 ans	99,9	92,7
Nombre hebdomadaire moyen d'heures de prise en charge	31	23

Source : OCDE.

En somme, l'Allemagne présente aujourd'hui encore les stigmates de la politique familiale qu'elle a promue jusqu'au début des années 2000, qui ne se préoccupait réellement ni de natalité ni de conciliation des vies familiale et professionnelle. Quant à la France, si son objectif nataliste l'a conduite à se préoccuper davantage de conciliation, des progrès importants restent néanmoins à accomplir. C'est à l'aune de ces éléments que peuvent s'interpréter les réformes ambitieuses adoptées au début des années 2000 en France et en Allemagne.

II. Les réformes adoptées récemment dans les deux pays visent les mêmes objectifs

A. Les congés parentaux : une réforme plus ambitieuse en Allemagne qu'en France

En France, depuis janvier 2004, la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE) a remplacé les diverses allocations précédentes, par un dispositif intégré, qui se compose de 4 éléments :

- **La prime à la naissance ou à l'adoption**, d'un montant de 903 euros/mois¹, versée sous condition de revenu au cours du 7^e mois de grossesse.
- **L'allocation de base** : l'allocation de base, de 180 euros/mois, est versée, sous condition de revenu, pendant une durée de trois ans après l'arrivée de l'enfant.

1. Tous les montants cités sont valables jusqu'au 31/03/2012.



- **Le Complément du Libre Choix d'Activité (CLCA)**² vise à permettre aux parents d'interrompre

totale ou partiellement leur activité professionnelle pour s'occuper de leur enfant de moins de trois ans. Il diffère de l'ancienne allocation parentale d'éducation

par 1) le resserrement des conditions d'activité passées pour l'éligibilité (les parents doivent avoir travaillé pendant les deux années précédant l'arrivée de l'enfant), 2) l'ouverture de droits dès le premier enfant mais pour une durée plus courte (6 mois maximum pour un premier enfant et jusqu'à 3 ans pour les enfants de rang supérieur), 3) le relèvement des plafonds de ressources appliqués. Le montant de l'allocation est compris entre 322 euros/mois (interruption d'activité de plus de 50 %) 560 euros/mois (interruption totale d'activité). Ces montants intègrent l'allocation de base. Les parents qui réduisent conjointement leur activité peuvent bénéficier chacun d'un CLCA à taux partiel dans la limite du montant du taux plein.

- **Le complément de libre choix du mode de garde** (développé *infra*).

En Allemagne, avant 2007, il existait une allocation d'éducation (*Erziehungsgeld*) consistant un montant forfaitaire de 300 euros/mois versée pendant 24 mois. Elle bénéficiait surtout aux mères inactives car elle était versée sous condition de revenu du ménage et était fortement réduite en cas d'activité à temps partiel. Depuis janvier 2007 (loi du 6 décembre 2006 sur le congé parental), la nouvelle allocation parentale (*Elterngeld*), directement inspirée du modèle suédois, est versée au parent prenant un congé parental, pendant 12 mois (au lieu de 24 mois précédemment). Si le congé parental est partagé entre les deux parents, la durée maximale est de 14 mois (chaque parent devant prendre minimum 2 mois et au maximum 12 mois de congé parental). Concernant la rémunération, elle a pour but de rendre le travail à temps partiel plus incitatif. Ainsi, en cas d'interruption totale de travail, l'allocation parentale mensuelle correspond à 67 % du revenu mensuel net (revenu sur les 12 mois précédant la naissance). En cas de temps partiel (moins de 30 heures par semaine) : l'allocation mensuelle correspond à 67 % de la différence entre la salaire antérieur de référence à temps plein et le salaire actuel à temps réduit, avec un montant minimal de 300 euros. Notons que la loi sur le congé parental de 2006 prévoit également le droit à un congé parental plus long,

2. Variante du CLCA, le Complément Optionnel du Libre Choix d'Activité (COLCA), a été créé en 2006. Il est réservé au parent d'au moins 3 enfants interrompant totalement son activité professionnelle. Il est d'une durée maximale d'un an et donne droit à des montants plus élevés que le CLCA pendant une période plus courte, à condition de renoncer au CLCA.

1

LES ÉVOLUTIONS
DE LA PROTECTION
SOCIALE

d'une durée maximale de 2 ans, mais non rémunéré, qui suit en pratique le congé parental rémunéré.

Côté finances, en 2008, l'Allemagne et la France allouent environ le même montant à l'ensemble des congés (maternité et parental), mais la répartition des dépenses est différente. Les dépenses consacrées aux congés de maternité sont trois fois plus importantes en France, en % du PIB, pour plusieurs raisons : la plus faible natalité allemande, la durée plus courte du congé en Allemagne (14 semaines contre 16/24³ en France) et le montant versé par la Protection sociale qui est plus limité en Allemagne (l'employeur devant compenser le reste). Les sommes consacrées au congé parental sont en revanche près du double en Allemagne en 2008. Ceci tient à la réforme du congé parental en Allemagne qui a conduit à une forte augmentation des dépenses.

Les réformes adoptées dans les deux pays visent les mêmes objectifs :

- favoriser un retour plus rapide à l'emploi *via* le raccourcissement de la durée de l'allocation parentale. Cela est surtout le cas en Allemagne, et dans une moindre mesure en France (avec le COLCA) ;
- favoriser le recours au travail à temps partiel plutôt qu'une interruption totale d'activité, en revalorisant les montants versés en cas de temps partiel.

Deux remarques peuvent être faites sur ces dispositifs. En matière de congés parentaux, l'Allemagne est allée plus loin que la France, en développant un système inspiré des modèles nordiques : un congé plus court et mieux indemnisé, avec une incitation aux pères à y recourir, alors que la base des dispositifs en France est restée la même. En 2010, 20,8 % des pères allemands avaient recours à un congé parental. En outre, ce sont surtout les ménages aux revenus élevés qui bénéficient de ces réformes dans les deux pays. En Allemagne, l'allocation est en effet calculée sur la base des derniers salaires, et en outre, elle a été raccourcie (de 24 à 12/14 mois), ce qui pénalise les femmes sans travail ou à faible revenu. En France, les réformes dans le cadre de la PAJE favorisent également les ménages à revenus élevés, puisque les plafonds de ressources ont été augmentés.

3. 16 semaines pour les deux premiers enfants, 24 semaines à partir du troisième enfant.

B. Le mode d'accueil de la petite enfance : malgré les réformes, l'Allemagne accuse le retard



Comme nous l'avons décrit précédemment, la politique familiale allemande souffre d'une véritable insuffisance du côté des infrastructures de garde formelle, qui est devenue dans les années 2000 l'un des principaux axes de réforme. Signe qu'un profond changement est à l'œuvre en Allemagne, depuis 1995, il existe un droit opposable à l'obtention d'un service de garde pour les enfants d'âge préscolaire de plus de 3 ans (qui ne signifie pas un droit pour toute la journée). En 2007, ce droit a été étendu aux enfants de moins de 3 ans, ce qui signifie que d'ici 2013, les communes seront tenues de proposer un mode de garde aux parents qui en feront la demande. La loi sur les infrastructures d'accueil des jeunes enfants (*Tagesbetreuungsbausgesetz* ou *TAG*), adoptée en 2005, prescrit à l'horizon 2013 la création de places d'accueil en crèche ou la prise en charge par des assistantes maternelles (souvent à temps partiel) pour un tiers des enfants de moins de 3 ans. Depuis 2005, ce dispositif fournit une subvention annuelle de 1,5 milliard d'euros aux autorités locales pour renforcer le réseau des crèches dans l'ex-Allemagne de l'ouest. En outre, une nouvelle réglementation concernant la prise en charge des frais de garde par des déductions fiscales a été mise en place en 2006. Auparavant, les couples bi-actifs pouvaient réduire leurs impôts de 1 500 euros lorsque les frais de garde dépassaient 1 548 euros. Désormais, quel que soit le mode de garde, les parents isolés actifs et les couples bi-actifs peuvent désormais réduire leurs frais d'impôts des deux tiers des dépenses de garde, à partir du premier euro, et jusqu'à un maximum de 4 000 euros.

En France, les aides à la garde d'enfant ont également été réformées, et les parents ont désormais le choix⁴ entre :

- le Complément du Libre Choix d'Activité (CLCA ou COLCA, voir *supra*), qui amortit la perte de salaire en cas d'arrêt partiel ou total d'activité ;
- le complément du libre choix du mode de garde en cas de travail à temps plein, depuis l'introduction de la PAJE, introduit en 2004. Ce complément est versé sous condition de revenu plafonné et assure une prise en charge des frais de garde plus importante que dans le passé. Si les parents embauchent une assistante maternelle, une partie ou la totalité des cotisations sociales sont prises en charge, ainsi qu'une partie

4. Le cumul des deux dispositifs est possible dans le cas d'un travail à temps partiel et d'un recours à une garde rémunérée.

1

LES ÉVOLUTIONS
DE LA PROTECTION
SOCIALE

du salaire net versé. Si les parents font appel à une association ou à une entreprise spécialisée dans la garde à domicile, les cotisations sociales ne sont pas prises en charge mais les prestations sont plus élevées.

Ainsi, en France, les montants alloués à la garde des enfants (complément du libre choix du mode de garde et anciennes allocations correspondantes) atteignent, en 2005, 0,36 % du PIB français, soit cinq fois plus qu'en Allemagne (0,07 %). Même si les réformes engagées en Allemagne (notamment celle de 2005) vont dans le bon sens, elles restent modestes, et le soutien financier apporté aux parents reste insignifiant par rapport à ce que fait la France.

Ces réformes sont encore récentes et il est encore trop tôt pour conclure sur leur efficacité. L'étude de la démographie et du taux d'emploi des femmes montrent néanmoins que l'Allemagne continue à accuser un retard important par rapport à la France. Les objectifs fixés à l'échelon européen n'ont pas été atteints, et appellent une refonte plus profonde du modèle continental.

III. Des performances insuffisantes en Allemagne, perfectibles en France, qui appellent de nouvelles réformes, en particulier à l'échelon européen

A. Des situations contrastées en termes de démographie et de taux d'emploi

Conséquence du choix qui leur est imposé, les femmes allemandes choisissent souvent de privilégier leur carrière ou de se consacrer à leur famille, en se retirant du marché du travail le temps d'amener leurs enfants à l'âge de la scolarisation, à tel point que l'Allemagne présente à la fois un taux de fécondité et un taux d'emploi des femmes très bas. Avec un taux de fécondité de 1,36, l'Allemagne se démarque nettement des autres pays européens, et notamment de la France, qui tient le haut du pavé avec un taux de fécondité de 2. En conséquence, 75 % des ménages étaient sans enfant en Allemagne en 2005, contre 66 % en France. Là où la France assure quasiment le renouvellement des générations, l'Allemagne se retrouve face à un véritable défi démographique, qui justifie les réformes engagées au cours des dernières années. D'un point de vue démographique, l'enjeu de la politique familiale diffère fortement dans



les deux pays, puisque la France se doit d'investir des moyens suffisants dans les structures d'accueil pour garantir une prise en charge suffisante et de qualité, et ne pas freiner la conciliation famille/travail, alors que l'Allemagne doit mettre en place un ensemble de mesures visant à redynamiser la natalité.

Sur le plan de l'emploi des femmes, il apparaît clairement que la société allemande est bien plus défavorable à la conciliation travail/famille que la société française. En effet, si le taux d'emploi des femmes sans enfant est supérieur en Allemagne (82,9 %, contre 80 % en France, tableau 4), leur participation au marché du travail chute brutalement avec l'arrivée de l'enfant. Le taux d'emploi des femmes de 25-54 ans ayant au moins un enfant de moins de 6 ans était de 55,8 % en 2010, contre 67,4 % en France. Notons que cet écart est sensiblement le même, toutes catégories de diplômes confondues. Les femmes diplômées de l'enseignement supérieur en charge d'un jeune enfant présentent un taux d'emploi de 69,1 % en Allemagne, contre 81,5 % en France. L'écart se réduit progressivement, lorsque les enfants atteignent l'âge de la scolarisation, mais la situation des femmes sur le marché du travail n'en reste pas moins discriminante. Non seulement le taux d'emploi des femmes françaises ayant au moins un enfant entre 6 à 12 ans demeure de 4,6 points supérieur à celui de leurs homologues allemandes, mais surtout les femmes allemandes se voient souvent contraintes de reprendre un emploi à temps partiel. Cela s'explique à la fois par la norme sociale très forte, et par les horaires : le taux de temps partiel pour les femmes de 25-54 ans atteint 45 % en Allemagne, contre 21,1 % en France.

Tableau 4. Taux d'emploi des femmes de 25-54 ans

	Allemagne	France
Total	76,3	76,7
Nombre d'enfants :		
Aucun enfant	82,9	80,0
1 enfant	74,7	78,5
2 enfants	69,1	78,3
3 enfants ou plus	50,1	58,1
Au moins un enfant de :		
Moins de 6 ans	55,8	67,4
Entre 6 et 11 ans	75,3	79,9
12 ans et plus	79,2	80,2

Source : Eurostat.



B. Stratégie de Lisbonne : une réorientation des objectifs de la politique familiale

C'est au sommet du Luxembourg, en 1997, dans le contexte de la mise en place de la stratégie européenne pour l'emploi, que les institutions européennes ont commencé à formuler des objectifs visant à améliorer les performances des marchés du travail des pays membres. La stratégie de Lisbonne, en 2000, puis la conférence de Barcelone (2002), ont énoncé un ensemble d'objectifs, chiffrés à l'aide d'une batterie d'indicateurs, dont une partie porte sur la conciliation travail/famille et l'emploi féminin, et relève donc du champ de la politique familiale (Courtioux et Thévenon, 2007). Les objectifs pour 2010 étaient les suivants :

- taux d'emploi des femmes : 60 % ;
- impact de la parentalité sur l'emploi : la différence de taux d'emploi des 20-50 ans, selon qu'ils aient ou non un enfant âgé de moins de 6 ans ;
- indicateur de garde d'enfants : la proportion d'enfants gardés par d'autres personnes que la famille devait atteindre 33 % pour les enfants de moins de 3 ans, et 90 % pour les enfants de 3 à 6 ans.

Le tableau 5 montre le niveau des indicateurs à la dernière date connue. Il apparaît que la France présente un modèle plutôt performant sur le plan de ces objectifs. Seul le taux d'emploi des femmes est légèrement inférieur au seuil de 60 %. On pourra objecter que la France avait atteint le seuil des 60 % en 2008, et que les destructions d'emplois générées par la crise de 2008-2009 expliquent cette régression. Pour autant, le taux d'emploi des femmes demeure largement inférieur à celui des pays anglo-saxons et nordiques. Comme nous l'avons détaillé précédemment, cela s'explique par les normes culturelles propres aux modèles continentaux qui vont de pair avec des avantages financiers dont bénéficient les couples monoactifs.

Côté allemand, le bilan est plus mitigé : le taux d'emploi des femmes sans enfants est supérieur à celui qu'on peut observer en France, ce qui explique le taux d'emploi total, mais l'impact de la parentalité sur l'emploi est massif, et la prise en charge des enfants encore très insuffisante. Cela montre que les réformes réalisées depuis le début des années 2000 n'ont pas encore produit les effets escomptés.

Pour conclure, il existe des marges d'amélioration. En France comme en Allemagne, des progrès peuvent être réalisés concernant la conciliation travail/famille. Dans les deux pays, des efforts ont été faits en ce sens,



pays vers une protection de l'emploi duale, et le déclin de l'industrie a porté un coup à l'image du père nourricier, une réalité dont la politique familiale doit désormais tenir compte.

Bibliographie

Courtioux P. et Thévenon O. (2007), « Les politiques familiales dans l'Union européenne et la Stratégie de Lisbonne : quelques enseignements de l'expérience française », *Horizons stratégiques* 2/2007 (n° 4), pp. 176-195.

Esping-Andersen G. (1990), « The Three Worlds of Welfare Capitalism », *Polity Press, Princeton University Press*, 1990.

Fagnani J., Math A. (2011), « Les systèmes de transferts en direction des familles en Allemagne et en France », *Informations sociales*, 1/2011, n° 163, pp. 30-38.

Greulich A. (2008), « Les politiques familiales en France et en Allemagne », *Horizons stratégiques*, La Documentation française, 2008/1, n° 7.

OFCE (2011), « Étude comparée des politiques d'articulation entre vie familiale et vie professionnelle et des politiques envers les familles monoparentales en Allemagne, en France, aux Pays-Bas, en Suède et au Royaume-Uni », Rapport final pour l'Assemblée Nationale.

OCDE (2011), « Assurer le bien-être des familles ».

Sterdyniak H. (2011), « Faut-il remettre en cause la politique familiale française ? », *Revue de l'OFCE* 1/2011 (n° 116), pp. 333-366.

La régionalisation en Espagne en matière de santé à l'épreuve de la crise

Annie Thomas

Conseillère pour les affaires sociales (Emploi, Travail, Santé)
à l'Ambassade de France en Espagne

I. « No te pongas enfermo, estamos en crisis »

« **Ne tombe pas malade, nous sommes en crise** ». La longue banderole barre le couloir du célèbre Hôpital du Val d'Hébron de Barcelone en ce mois de novembre 2011.

Le système de santé espagnol est au bord de la crise de nerfs. La cause : la crise financière et économique qui frappe très durement l'Espagne. Le taux de chômage est de 21 %, 5 millions de personnes sont concernées. Ce taux est le plus élevé de l'Union européenne et de l'OCDE.

Au troisième trimestre 2011, l'Espagne fait du surplace avec une croissance du PIB nulle par rapport au trimestre précédent. En rythme annuel, le PIB progresse de 0,8 %, bien loin de l'objectif gouvernemental de 1,3 %.

Conséquence depuis 2008, l'Espagne connaît une véritable hémorragie d'emplois, plus de 2 millions d'emplois ont été perdus. En parallèle, 86 000 entreprises ont disparu.

L'équation est simple et terrible pour les services sociaux. Il y a désormais moins de cotisants pour la Protection sociale et moins de citoyens payant l'impôt.

De fin 2008 à fin 2010, les efforts de consolidation budgétaire du gouvernement Zapatero ont porté sur des mesures concernant les salaires des fonctionnaires qui ont baissé de 5 % et les pensions de retraite qui ont été gelées et sur la réduction des dépenses administratives. Le gouvernement a aussi engagé des réformes structurelles importantes, celle du

1

LES ÉVOLUTIONS
DE LA PROTECTION
SOCIALE

secteur bancaire et celle des retraites portant l'âge légal de départ à la retraite de 65 à 67 ans.

Mais depuis 2010, et à l'occasion des élections dans la majorité des communautés autonomes (et de leur basculement vers le Partido Popular et les partis régionalistes), l'accent est mis sur les services sociaux qui sont gérés du fait de la décentralisation, par les communautés. C'est le cas de la santé et de l'éducation qui sont aujourd'hui victimes de coupes budgétaires.

Le moment est donc opportun pour analyser le bilan de la régionalisation en Espagne en matière de santé, sa résistance à la crise et les questions désormais soulevées à l'occasion des élections générales en Espagne¹.

II. Les fondements historiques de la régionalisation de la santé en Espagne

Le visage actuel de l'Espagne lui a été donné par la Constitution de 1978 qui a marqué la fin de la dictature franquiste. 17 communautés autonomes ont été constituées et ont reçu de l'État de nombreuses compétences.

Le système est quasi fédéral, il se rattache au modèle de la dévolution, typologie développée par Dominique Polton² et Pierre-Louis Bras³.

La dévolution confie des pouvoirs à des gouvernements territoriaux autonomes. Dans le cas espagnol il s'agit d'une affirmation croissante des prérogatives des collectivités régionales. Le choix est celui d'une politique d'identité régionale plutôt qu'une politique d'efficacité organisationnelle. Dans le même temps, le système de protection espagnole a changé de nature. Il était fondé sous la dictature sur le modèle bismarckien classique financé par les cotisations sociales. Le passage à la démocratie a entraîné une large réflexion qui a permis au système de santé d'aller vers un modèle décentralisé et béveridgien.

1. À l'heure où ces lignes sont écrites, les élections générales du 20 novembre 2011 n'ont pas eu lieu. Elles vont renouveler l'Assemblée Nationale et le Sénat et désigner un nouveau Président du gouvernement.

2. Dominique Polton, « Décentralisation des systèmes de santé : un éclairage international ». *La Documentation française*, 2004/4, n° 4.

3. Pierre-Louis Bras, « Décentralisation et politiques de santé, traité d'économie et de gestion de la santé ». *Presse de Sciences Po*, 2009.

III. La loi générale de santé de 1986

En 1986, la loi générale de santé crée le système national de santé. Il repose sur un accès universel et gratuit aux soins, financé par l'impôt, le critère d'affiliation étant la résidence.



La loi de 1986 affirme aussi une approche globale de la santé et de la prévention et développe une nouvelle organisation des soins primaires qui sont désormais précisément définis par les textes. Le médecin de famille joue un rôle central dans ce système à travers le centre d'attention primaire. Ce système est très différent du système français. Les citoyens et les étrangers résidents sont rattachés à un centre s'ils veulent bénéficier du système de santé gratuit et universel. Celui-ci dispose d'une offre de soins intégrée et complémentaire (généralistes, spécialistes, soins infirmiers, permanence...).

La dispersion des médecins libéraux français n'existe pas. Le centre a une relation directe avec un hôpital de référence et peut traiter les premières urgences.

La loi de 1986 fixe par ailleurs les caractéristiques générales du système sanitaire et définit la responsabilité du gouvernement central et celle des gouvernements autonomes.

Le gouvernement central a la responsabilité de la législation de base et de la coordination des financements. Il gère la politique pharmaceutique à travers les médicaments financés et la fixation de leur prix. Il a la responsabilité de la politique internationale de santé ainsi que de la politique éducative. Il transfère aux communautés autonomes le budget annuel fondé notamment sur la taille de la population (ce budget vient de l'impôt). Il veille à une attribution solidaire pour rééquilibrer les budgets entre régions riches et pauvres. Il s'appuie sur un conseil interrégional pour coordonner la politique de santé.

Les gouvernements autonomes décident de la législation et des financements complémentaires de la santé publique, de l'organisation du système de santé, de l'accréditation et de la planification du système ainsi que de l'achat et de la fourniture des services. Ceux-ci sont fournis majoritairement en Espagne par les acteurs publics.

IV. La mise en place progressive de la dévolution

La Constitution de 1978 prévoyait un régime politique de dévolution en statuant que les régions pouvaient exercer de larges responsabilités dans de nombreux domaines.

1
 LES ÉVOLUTIONS
 DE LA PROTECTION
 SOCIALE

Pour la santé, la gestion a été transférée de 1981 à 1994 à 7 régions (sur les 17). Les autres ont continué à être gérées par le système national. En 1981, la première fut la Catalogne⁴, elle a servi de modèle à d'autres communautés. La décentralisation totale a eu lieu en 2002 dans toutes les communautés. Il s'agit donc d'un processus relativement récent.

Le système espagnol est marqué par une situation évolutive, hybride et compliquée. Il n'y a pas un modèle, mais il y a plusieurs modèles d'organisation des soins, de l'achat de services, voire de législation.

Dans le domaine financier, c'est la même chose. Les modalités financières des transferts de compétences n'ont pas été identiques, car étalées dans un espace-temps de 20 ans. À chaque entrée d'une communauté dans le système, il y a eu des négociations et des résultats différents.

Au final, c'est le problème de la péréquation financière (problème exacerbé en temps de crise) qui se pose malgré les décisions importantes prises en la matière par le gouvernement en 2009 : plus forte autonomie financière, dotation améliorée, création du fonds de garantie des services publics fondamentaux et des fonds de convergence.

Autre critique importante faite au système financier, c'est l'écartèlement entre le niveau central chargé du financement et les niveaux autonomiques chargés du système de soins. Cela crée une forte tension entre les deux niveaux, les uns dépensant (sans contrôler) ce que les autres ne leur donnent pas, d'où les problèmes de déficit. À l'inverse, le niveau central peut avoir tendance à sous-financer le dispositif de soins.

V. Le financement du système de santé et les facteurs de risques récents

A. Le financement du système de santé espagnol

Le secteur public et le secteur privé coexistent en Espagne avec un poids plus fort du secteur public.

En 2009, d'après les sources du ministère de la Santé :

- 100,2 milliards d'euros étaient consacrés aux dépenses de santé, cela représente 9,7 % du PIB ;
- 72,8 milliards d'euros pour le secteur public (7 % du PIB) et 26,4 milliards pour le secteur privé (2,7 % du PIB).

4. Voir Toni Dedeu, « Organisation des soins primaires en Catalogne ». *La Documentation française*, 2010/2, n° 3.



Les principaux postes sont :

- les services hospitaliers, 41,8 milliards, 42 % du budget ;
- les fournisseurs de soins ambulatoires, 26 milliards, 26 % du budget ;
- les détaillants et autres prestataires de produits médicaux (pharmacies), 21,2 milliards, 21 % du budget.

B. Le budget de santé de la communauté de Valence

À titre d'exemple, et parce qu'il vient d'être adopté par le Parlement de la communauté de Valence, voici le budget santé de cette communauté pour 2012 :

- il s'élève à 5,5 milliards d'euros et représente 39,9 % du budget total de la communauté. Ce pourcentage indique l'importance du budget santé pour les communautés. Il est en légère baisse par rapport à 2011 (- 0,4 %) ;
- le chapitre 1, coûts de personnel, représente 44,2 % du budget.

C. La comparaison européenne est à l'avantage de l'Espagne

Malgré une espérance de vie élevée (une des plus fortes du monde), qui laisse supposer un lourd investissement en santé, l'Espagne enregistre un taux de dépenses publiques de santé plus faible que ses voisins. Mais la réalité des comptes offre un paysage beaucoup plus contrasté avec une dette chronique et une dégradation de la situation actuelle des communautés autonomes. La dette actuelle est chiffrée par les experts entre 10 et 15 milliards d'euros. Malgré les efforts des dernières années, le déficit tend à devenir chronique.

De plus, en Espagne, depuis le début de la récession le PIB a fortement diminué, - 3,7 % en 2009, - 0,1 % en 2010 alors que les dépenses de santé ont continué de croître (+ 4,3 % en 2009). On assiste à une détérioration rapide d'un système socialement vertueux, avec des répercussions économiques et sociales désastreuses.

Ainsi, les communautés ne peuvent plus honorer leurs factures et les retards de paiement s'allongent. L'agence de presse officielle EFE indique qu'à la fin de l'année, le non-paiement des factures affectera la moitié des pharmacies et s'élèvera à 2,2 milliards d'euros.

1

LES ÉVOLUTIONS
DE LA PROTECTION
SOCIALE

Certaines communautés ont pris des mesures drastiques. La Catalogne a adopté en juin 2011 un budget en baisse de 10 % dans une atmosphère d'affrontements urbains. La baisse pour la santé est de 7 %. Les conséquences pour les patients et le personnel sont rudes.

Pour les patients, fermeture de services, baisse du nombre d'interventions chirurgicales, pas de consultations externes les vendredis, etc.

Pour le personnel, baisse de salaires, chômage partiel, recul du paiement des heures supplémentaires. Depuis la Catalogne vit de nombreux conflits sociaux.

Pour nombre d'experts, les problèmes du système espagnol viennent de sa sous-dotation financière. Le système produit des déficits car il est en manque d'argent. Il convient de rajouter que les nouveaux défis de la santé : vieillissement, maladies chroniques, obésité, renforcent les problèmes de financement.

VI. Un bilan en demi-teinte de la régionalisation du système de santé

Même s'il est difficile d'isoler l'impact de la décentralisation dans le bilan d'un système de santé, force est de constater que l'Espagne a vécu au cours des 25 dernières années une amélioration des indicateurs de la santé : espérance de vie, mortalité infantile, par exemple.

De même, on doit signaler un fort investissement dans la recherche et l'innovation qui fait de l'Espagne un pays à la pointe dans bien des spécialités.

Côté ombres, les tensions, on l'a vu dans le chapitre sur les financements, sont aujourd'hui importantes. Les communautés dépassent les budgets alloués sans que le gouvernement et le parlement exercent un véritable contrôle en la matière. Les 17 communautés autonomes doivent ramener cette année leurs déficits publics à 1,3 % de leur PIB. Certaines d'entre elles ont vu leur note baisser par les agences de notation.

Le ministère de la Santé ne peut coordonner le système, le conseil interrégional ne peut, dans l'état actuel des textes et des relations politiques jouer ce rôle.

Les problèmes d'inégalités entre les territoires demeurent et la mobilité des patients vers des régions voisines est problématique. De même les professionnels ont des difficultés pour travailler dans d'autres communautés que la leur.



Enfin, il faut citer les critiques concernant les échanges d'informations, leur transparence et leur pertinence. Ainsi, l'hebdomadaire spécialisé « Diario Médico » citait dans son édition du 4 novembre 2011, l'ordre des médecins qui indiquait qu'il est impossible de recenser le nombre de médecins en Espagne.

VII. Et demain ?

De nombreuses propositions de réforme sont aujourd'hui débattues. Le caractère public universel et gratuit est plébiscité par les citoyens et des craintes fortes s'expriment sur une privatisation du système et une implication financière des usagers. Le reste à charge (le copago) n'existe pas en Espagne.

Le Parti Populaire (PP) dans la campagne électorale a mis en avant la nécessité d'un pacte d'État sans réduction budgétaire, mais avec une amélioration de l'efficacité.

Il plaide pour une révolution dans les ressources humaines, une réforme structurelle de l'attention primaire et de l'hôpital et la création d'une unique carte des services basiques pour toute l'Espagne. S'il ne s'agit pas au vrai d'une remise en cause de la décentralisation vers les communautés, il s'agit là d'une pierre dans leur jardin. Enfin, le PP annonce la mise en place d'une agence de l'évaluation sanitaire nationale.

De nombreuses voix, experts, partis politiques, syndicat des Commissions ouvrières plaident pour doter le conseil interrégional de la possibilité de prendre des décisions qui s'imposent à tous avec un système de vote à la majorité qualifiée.

Conclusion

Le système de santé espagnol, public, gratuit et de qualité est un élément clef de l'État-providence espagnol. Au cours d'une période relativement courte, il a connu de nombreux bouleversements. Il est passé d'un système bismarckien à un système béveridgien, d'une organisation centrale à des systèmes de santé gérés par les communautés.

Comme dans d'autres domaines, la crise économique et financière, née en 2008, révèle et aggrave les tensions et rend plus nécessaire d'affronter les défis actuels et futurs dont celui d'une décentralisation revisitée et régénérée.

La péréquation entre les départements en matière d'autonomie

Laurent Grâtieux

Directeur adjoint de la Caisse Nationale de Solidarité et d'Autonomie

Les départements jouent un rôle essentiel en matière d'attribution des aides individuelles contribuant à l'autonomie des personnes âgées et handicapées :

- ils attribuent aux personnes âgées l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) qui a succédé en 2001 à la prestation spécifique dépendance. L'APA représentait en 2010, 5,2 milliards d'euros de dépenses pour les départements, pour 1,170 million de bénéficiaires selon les données collectées par la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) ;
- ils versent depuis 2006 la Prestation de Compensation du Handicap (PCH) attribuée par les Commissions des Droits et de l'Aide à l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH) après instruction des demandes par les Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH), groupements d'intérêt public dont ils assurent la présidence. Selon la même source, la PCH a représenté près de 1,1 milliard d'euros de dépenses pour les départements en 2010 pour 135 000 bénéficiaires ;
- ils continuent à verser l'Allocation Compensatrice pour Tierce Personne (ACTP) aux personnes handicapées qui la percevaient déjà avant la création de la PCH et ont opté pour son maintien, pour un montant atteignant encore près de 550 millions d'euros en 2010 pour 94 000 bénéficiaires ;
- ils attribuent l'aide sociale à l'hébergement dans les établissements d'accueil pour les personnes âgées et les personnes handicapées.

Si l'aide sociale à l'hébergement fait partie des compétences décentralisées aux départements en 1984 et bénéficie à ce titre des mécanismes de compensation financière associés à ce transfert, l'APA et la PCH, prestations plus récentes, font l'objet de dispositifs de financement et de péréquation spécifiques mis en œuvre par la CNSA.

La contribution au financement par les départements de la prise en charge de la perte d'autonomie constitue en effet une des missions premières de la CNSA, créée par la loi du 30 juin 2004 relative à la solidarité



pour l'autonomie des personnes âgées et handicapées, au même titre que la garantie de l'égalité de traitement des personnes concernées sur le territoire. Instaurant à cet effet un prélèvement nouveau – la contribution de solidarité autonomie correspondant au produit d'une journée travaillée non rémunérée, la journée de solidarité – la même loi a confié à la CNSA le financement d'un concours aux départements pour le financement de l'APA. La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, qui a considérablement élargi les missions de la CNSA avec notamment le financement des établissements et services médico-sociaux, l'a également chargée de verser de nouveaux concours aux départements pour le financement de la politique en faveur des personnes handicapées.

Ce sont ces dispositifs qui sont décrits ici. Sont tout d'abord évoqués les mécanismes d'affectation de ressources au sein du budget de la CNSA qui déterminent le volume des concours financiers aux départements, puis les modalités de répartition de ces concours entre départements.

I. Des concours financiers croissant moins vite que les dépenses des départements

Le législateur a prévu dès l'entrée en vigueur des nouvelles prestations que sont l'APA et la PCH des dispositifs de financement spécifiques, destinés à couvrir une partie de la charge supplémentaire en résultant pour les départements :

- la loi du 20 juillet 2001 instaurant l'APA avait créé le Fonds de Financement de l'APA (FFAPA), établissement public géré par le fonds de solidarité vieillesse, et lui avait affecté une fraction du produit de la CSG (0,1 point) ainsi qu'une contribution versée par les régimes obligatoires d'Assurance vieillesse. La majeure partie de ces ressources était reversée aux départements pour le financement de l'APA, le solde étant employé à financer des actions de modernisation des services à domicile pour personnes âgées et les frais de gestion de l'établissement. La loi du 30 juin 2004 a transféré ces missions et ces ressources à la CNSA, en dotant celle-ci des recettes supplémentaires produites par la Contribution de Solidarité Autonomie (CSA) ;
- la loi du 11 février 2005 chargeant les départements de verser la nouvelle Prestation de Compensation du Handicap (PCH) qu'elle créait, a confié à la CNSA le financement et la répartition des nouveaux concours financiers

1

LES ÉVOLUTIONS
DE LA PROTECTION
SOCIALE

destinés l'un au financement de cette nouvelle prestation et l'autre au financement du fonctionnement des MDPH.

Dans les deux cas, il ne s'agissait pas de couvrir l'intégralité des dépenses entraînées par le service des nouvelles prestations puisque celles-ci devaient en partie se substituer à des dépenses supportées antérieurement par les départements : l'APA remplaçait ainsi la prestation spécifique dépendance qui avait pris elle-même le relais, en 1997, de l'Allocation Compensatrice pour Tierce Personne (ACTP) qui pouvait jusque-là bénéficier aux plus de soixante ans ; de même la PCH devait se substituer progressivement à l'ACTP versée aux personnes handicapées. Le législateur n'a d'ailleurs pas défini de « règle de partage » nationale de la charge entre les départements et la solidarité nationale mais a prévu toutefois que les charges nettes (après déduction du concours de la CNSA) supportées par chaque département, pour chacune de ces prestations, ne devaient pas excéder un pourcentage de leur potentiel fiscal défini par voie réglementaire (ce taux est actuellement fixé à 30 % pour les deux prestations). Dans ses décisions du 30 juin 2011 relatives aux Questions Prioritaires de Constitutionnalité (QPC) posées par plusieurs départements à propos de la répartition des charges de l'APA et de la PCH entre l'État et les départements ¹, le Conseil constitutionnel a souligné l'importance de ce mécanisme puisqu'il a validé les dispositifs de prise en charge de ces prestations sous la double réserve que le pouvoir réglementaire ajuste le taux de charges nettes par rapport au potentiel fiscal de manière à ne pas entraver la libre administration des départements et que le législateur prenne les mesures correctrices appropriées si l'augmentation des charges nettes faisait obstacle à la mise en œuvre de cette garantie de ressources.

Les ressources affectées aux concours financiers aux départements

Les dispositions législatives définissant la structure du budget de la CNSA ² le subdivisent en six sections distinctes correspondant aux principales missions de la Caisse et aux charges qu'elles entraînent, auxquelles

1. Décisions n°s 2011-143 et 144 QPC du 30 juin 2011. Comme le rappellent les communiqués du Conseil constitutionnel, dans le cas d'une création ou d'une extension de compétences obligatoires – c'est le cas de l'APA et de la PCH – le Conseil vérifie qu'aux compétences nouvelles répond un mécanisme permettant d'adapter la compensation financière à la charge supplémentaire. C'est un contrôle moins poussé que dans le cas d'un transfert de compétences qui impose à l'État de transférer l'intégralité des ressources qu'il y consacrait auparavant.

2. Article L. 14-10-5 du Code de l'Action sociale et des familles.



sont affectées des ressources distinctes. Les concours financiers relatifs à l'APA et à la PCH sont ainsi inscrits respectivement dans les sections II et III du budget, cette dernière supportant en outre le concours relatif aux dépenses de fonctionnement des MDPH. Les recettes de ces deux sections sont les suivantes :

- la section II (APA) bénéficie des ressources antérieurement affectées au FFAPA, c'est-à-dire une fraction de 0,1 point de CSG et une participation des régimes obligatoires d'Assurance vieillesse³. Une part comprise entre 5 et 12 % des recettes de CSG (6 % entre 2006 et 2010 et 5 % depuis 2011) est toutefois prélevée pour financer les actions de modernisation et de formation des personnels des services d'aide à domicile et de formation des personnels des établissements et services médico-sociaux inscrites à la section IV du budget de la Caisse. Ce sont donc entre 88 et 95 % des recettes de CSG (94 % entre 2006 et 2010 et 95 % depuis 2011) qui sont affectées au concours APA. S'y ajoutent 20 % des recettes de la Contribution de Solidarité Autonomie (CSA) sur les revenus d'activité, du patrimoine et de placements ainsi que la moitié des produits financiers dégagés par la gestion de la Caisse qui sont répartis à parts égales entre les sections II et III ;
- la section III (PCH et MDPH) reçoit une fraction comprise entre 26 et 30 % des recettes de CSA, fixée à 26 % depuis 2006, ainsi que l'autre moitié des produits financiers.

Une partie de ces recettes est toutefois prélevée pour d'autres usages avant de constituer l'enveloppe de financement du concours PCH. Ces prélèvements concernent les charges de recouvrement de l'ACOSS qui collecte pour la CNSA, la CSA et la CSG sur les revenus d'activité, se décomposant en atténuations de recettes (admissions en non-valeur, annulations de créances, etc.) et en frais de collecte (prélèvement fixé réglementairement à 0,5 % des recettes collectées), les frais de gestion de la CNSA, ainsi qu'une contribution au financement du congé de soutien familial par la branche Famille (1 million d'euros en 2011 réparti à parts égales entre les sections II et III). La section III supporte en outre un prélèvement (10 millions d'euros en 2011) destiné à financer diverses dépenses en faveur des personnes handicapées (actions d'animation, de prévention, d'études...) retracées dans la section V du budget de la Caisse. Elle supporte également le concours destiné à financer une part des frais de fonctionnement des MDPH, qui s'élève à 60 millions d'euros depuis 2009.

3. Cette participation correspond à une partie des sommes que ces régimes consacraient aux dépenses d'aide ménagère à domicile aux personnes âgées avant la création de l'APA.

1

LES ÉVOLUTIONS
DE LA PROTECTION
SOCIALE

Des concours moins dynamiques que les dépenses qu'ils ont pour objet de couvrir

Assises sur la masse salariale et les produits de placements et de patrimoine, les recettes alimentant les concours financiers de la CNSA connaissent une évolution dépendant fortement de la croissance économique. Pour l'APA, la DREES estime ainsi la croissance du concours financier entre 2003 (FFAPA) et 2009 à 2,6 % par an en moyenne⁴. Sur une période plus récente, l'année 2009 a enregistré une diminution de 3 % du concours et le montant atteint en 2008 ne devrait être rattrapé qu'en 2011. De même, le concours PCH ne devrait retrouver qu'en 2011 le niveau atteint en 2006, après une forte baisse de 7 % en 2009, année où la baisse des recettes de CSA s'est combinée avec l'augmentation du concours au fonctionnement des MDPH.

Parallèlement, les dépenses d'APA et de PCH connaissent une croissance soutenue depuis leur création.

- dès les premières années, le nombre de bénéficiaires de l'APA dépassait les prévisions initiales : alors que celles-ci tablaient sur 500 000 à 550 000 bénéficiaires en 2002-2003 et 800 000 en régime de croisière, on comptait près de 600 000 bénéficiaires fin 2002 et le chiffre de 800 000 était presque atteint fin 2003 (770 000, source DREES⁵) et dépassé dès 2004, pour atteindre 1 173 000 en 2010 (source CNSA). L'augmentation moyenne du nombre de bénéficiaires s'est ainsi établie à 6,8 % par an entre 2003 et 2009 : même si elle se ralentit en fin de période, elle s'élève encore à près de 3 % en 2010. Par ailleurs, si l'augmentation de la dépense moyenne par bénéficiaire tend à se stabiliser pour l'APA à domicile, elle progresse pour l'APA en établissement, principalement sous l'effet de l'augmentation des tarifs dépendance. Au total, la dépense aura progressé de 7,7 % par an en moyenne entre 2003 et 2009 (sources DREES⁶) ;
- la PCH a connu une montée en charge très rapide avec un triplement des dépenses entre 2006 – première année d'entrée en vigueur de la prestation – et 2007 et un doublement entre 2007 et 2008. Bien que ralenti, le rythme de progression est encore de 28 % en 2010 et devrait

4. Mélanie Bérardier et Élise Clément, *L'évolution de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) de 2002 à 2009*, Études et résultats n° 780, octobre 2011.

5. *Ibid.*

6. *Ibid.*

1

LES ÉVOLUTIONS
DE LA PROTECTION
SOCIALE

Il est à noter que le mécanisme de répartition ne prévoyant pas de plafonnement du concours au regard de la dépense de PCH effective, les départements ont pu enregistrer des excédents pendant les premières années de la prestation, qui ont pu contribuer à couvrir l'augmentation de la dépense constatée sur les années suivantes.

II. Les mécanismes de péréquation

Les mécanismes de péréquation des concours entre les départements visent à répartir les enveloppes fermées disponibles de manière à tenir compte à la fois des besoins d'aides des populations concernées ainsi que la richesse relative des collectivités. S'agissant de prestations nouvelles, dont le montant dépend fortement des besoins spécifiques de chaque personne, établis à partir d'une évaluation individuelle, le choix a été fait par le législateur de ne pas se fonder seulement sur la dépense ou le nombre de bénéficiaires constatés mais de combiner ces critères avec des critères populationnels généraux. Les critères retenus, dont la pondération et les modalités d'application sont fixées par décret en Conseil d'État diffèrent toutefois pour les deux prestations.

La péréquation du concours APA

Pour l'APA⁷, les critères appliqués reprennent ceux qui avaient été retenus pour la répartition des crédits du FFAPA :

- le nombre de personnes âgées de plus de soixante-quinze ans, critère ne devant initialement s'appliquer que pendant les deux premières années de fonctionnement du FFAPA mais qui a été maintenu pour le concours de la CNSA, avec une pondération de 50 % ;
- le montant des dépenses d'allocation personnalisée d'autonomie, à l'exclusion de tout complément apporté à cette allocation par le département, dont la pondération est limitée à 20 % ;
- le potentiel fiscal, qui joue négativement avec une pondération de 25 % ;
- le nombre de bénéficiaires du revenu minimum d'insertion, avec une pondération de 5 %.

Pour chacun de ces critères, la valeur attribuée à chaque département correspond à sa part dans la valeur nationale du critère et le calcul

7. Articles L. 14-10-6 et R. 14-10-38 à 42 du Code de l'Action sociale et des familles.

1

LES ÉVOLUTIONS DE LA PROTECTION SOCIALE

donc le respect de ce plafond et, s'il apparaît que celui-ci est dépassé pour un département, la part des charges l'excédant est déduite du montant du concours à répartir entre les autres départements, au prorata de leurs parts respectives dans ce concours. Au besoin, des itérations sont conduites afin de respecter cette règle de plafonnement pour l'ensemble des départements.

Cette disposition n'a pas encore trouvé à s'appliquer pour le concours PCH. En revanche, elle a été appliquée plusieurs fois depuis 2009 pour le concours APA, au bénéfice de cinq à six départements chaque année, principalement des départements ruraux à faible potentiel fiscal et comportant un pourcentage de population âgée élevé et des dépenses d'APA dynamiques.

Impact et évolution possible des mécanismes de péréquation

La Constitution¹¹ et la jurisprudence du Conseil constitutionnel distinguent le principe de compensation qui vise à affecter aux collectivités les ressources leur permettant de financer les charges correspondant aux compétences qui leur sont transférées du principe de péréquation dont l'objet est de favoriser l'égalité des ressources entre collectivités, ces deux principes s'imposant simultanément au législateur.

Pour mettre en évidence cet effet de péréquation, on peut mesurer la fraction des concours allouée à des départements au-delà ou en deçà du taux moyen national du concours, qui est transférée des départements ayant un taux de concours inférieur à la moyenne vers les départements ayant un taux de concours supérieur à celle-ci. Une étude interne de la CNSA a ainsi montré que pour le concours APA 2008, année où le taux moyen du concours s'établissait à 33 %, la part de péréquation pouvait être estimée en première approche selon cette méthode à 15 %, par déplacement de 120 millions d'euros de 35 départements, plutôt urbains avec une proportion de personnes de plus de 75 ans inférieure à la moyenne nationale et un potentiel fiscal supérieur à la moyenne, vers 65 autres départements.

11. Article 72-2 : « ... Tout transfert de compétences entre l'État et les collectivités territoriales s'accompagne de l'attribution de ressources équivalentes à celles qui étaient consacrées à leur exercice. Toute création ou extension de compétences ayant pour conséquence d'augmenter les dépenses des collectivités territoriales est accompagnée de ressources déterminées par la loi. La loi prévoit des dispositifs de péréquation destinés à favoriser l'égalité entre les collectivités territoriales. »



Les réflexions engagées au sein de l'Assemblée des départements de France, du Conseil de la CNSA et dans le cadre du débat national sur la dépendance sur l'évolution du concours APA et de ses critères de répartition ont souligné le caractère crucial et l'interdépendance des choix entre compensation et péréquation. En particulier, le constat de la baisse du taux de concours amène à des positions divergentes sur le renforcement du caractère péréquateur du concours : attendu par les départements dont la population vieillit et les ressources évoluent peu, il serait en même temps moins bien accepté par les départements plus riches mais qui voient déjà leur taux de concours diminuer. La détermination des niveaux souhaitables de compensation et de péréquation conditionne donc largement une éventuelle évolution des critères et de leur pondération. Si par exemple, comme le rapport Jamet d'avril 2010 sur les finances départementales le préconisait, le renforcement du mécanisme de péréquation était envisagé, l'augmentation du poids des critères de dépenses (ou le nombre de bénéficiaires des prestations) et du potentiel fiscal pourrait répondre à cet objectif.


Concernant les perspectives d'évolution des critères, la principale difficulté est d'identifier ceux permettant de quantifier de manière objective les besoins d'aide auxquels les prestations doivent répondre. Le débat se focalise notamment sur la place à accorder au critère « dépense de prestations ». En première approche, ce critère apparaît bien représentatif du besoin d'aides de la population concernée dès lors qu'il s'agit de prestations personnalisées, dont le montant est déterminé à partir d'une évaluation fine des besoins du demandeur. En même temps, précisément parce qu'il s'agit de prestations fortement personnalisées, le niveau de dépenses peut ne pas refléter de manière totalement objective le besoin. En effet, les écarts entre les niveaux de dépenses constatés peuvent aussi partiellement trouver leur origine dans des disparités dans la mise en œuvre des processus administratifs liés à la gestion de la prestation : ainsi les écarts observés dans les rythmes de montée en charge de la PCH peuvent-ils aussi provenir des conditions locales de mise en place des MDPH et des processus d'évaluation et de construction des plans personnalisés de compensation qu'elles conduisent. Ils peuvent aussi s'expliquer, pour partie, par la variabilité des pratiques locales d'évaluation des besoins des personnes et de construction des plans d'aide ou de compensation. Pour ces raisons, il apparaît préférable de combiner un critère de dépense ou de nombre de bénéficiaires (celui-ci, utilisé pour la PCH, permet de neutraliser d'éventuelles disparités de montants individuels) avec d'autres critères

1

LES ÉVOLUTIONS
DE LA PROTECTION
SOCIALE

donnant une approche plus large du besoin, par exemple les critères populationnels.

Les réflexions menées en 2010 par le Conseil de la CNSA sur la péréquation de l'APA, visant principalement à la suppression du critère du nombre de bénéficiaires du RMI et à une augmentation de la pondération du critère des dépenses de prestation, n'ont finalement pas abouti à une modification des textes, dans l'attente d'une refonte dans le cadre du projet de loi sur la dépendance. Le report de ce projet devrait donner le temps nécessaire pour approfondir la réflexion sur les objectifs et modalités de la péréquation.



Territoires de santé : l'élaboration des nouveaux principes et leur mise en œuvre

Michel Laforcade

Directeur général de l'Agence régionale de Santé du Limousin

Gilles de Lacaussade

Chargé de mission auprès de la Secrétaire générale des ministères sociaux
(secrétariat du Conseil national de pilotage des ARS)

Les territoires de santé, depuis leur création par une ordonnance de 2003¹, et malgré leurs limites, se sont imposés comme un échelon pertinent pour l'action, la réflexion et le débat dans le domaine de la santé. La loi de juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires², dite loi « HPST », les a consacrés tout en les réformant pour tenir compte des nouveaux principes et des nouveaux outils qu'elle posait.

Ainsi, alors même que la politique de santé est nationale, comme le réaffirment cette loi et, à intervalles réguliers, les ministres, et que sa déclinaison est devenue clairement régionale avec la création des Agences Régionales de Santé (ARS), la territorialisation de proximité a été confortée comme un élément majeur aussi bien pour les politiques à conduire, avec les nouvelles communautés hospitalières de territoire par exemple, que pour l'expression d'une démocratie sanitaire rénovée.

Une élaboration emblématique de la réforme

L'approche retenue pour définir les territoires au sens de la nouvelle loi, par des agences elles-mêmes à peine créées – en l'occurrence celle du Limousin –, est donc devenue emblématique de cette grande réforme de l'organisation de la santé en France, tant sur le fond qu'en termes de méthode d'élaboration ; l'enjeu étant de taille pour les ARS comme pour les responsables de leur pilotage national.

1. Ordonnance 2003-850 du 4 septembre 2003, suivie par une circulaire du 5 mars 2004.

2. Loi 2009-879 du 21 juillet 2009.

1

LES ÉVOLUTIONS
DE LA PROTECTION
SOCIALE

Cette sensibilité s'est accrue du fait qu'aux enjeux techniques et politiques, s'est ajoutée une dimension chronologique qui a fait de ce sujet un des premiers à traiter par les acteurs de la réforme « HPST ».

En effet, en associant la constitution des conférences de territoire – échelon de proximité de la démocratie sanitaire (art. L. 1434-17 du Code de la Santé publique) – aux nouveaux territoires, la loi « HPST » a conduit à accélérer le processus de définition des territoires. Il convenait que les engagements pris en matière de développement de la démocratie sanitaire puissent être tenus et, dès lors, que les nouvelles conférences puissent être constituées le plus rapidement possible. Pour atteindre cet objectif dans l'année de création des ARS, il fallait avoir arrêté les nouveaux territoires à la fin de l'été 2010, soit six mois seulement après l'ouverture des agences. Dans ce bref laps de temps, globalement respecté, les territoires devaient donc avoir été pensés, dessinés et leurs contours présentés aux préfets, aux présidents de conseils généraux et soumis à la concertation des nouvelles CRSA (Conférences Régionales de la Santé et de l'Autonomie).

De plus, les nouveaux territoires étaient appelés à devenir une composante forte d'une des grandes innovations de la loi : les Projets Régionaux de Santé (PRS). Là encore, la volonté d'engager sans retard le vaste chantier de leur élaboration, et plus précisément des nouveaux SROS (Schéma Régional d'Organisation des Soins) directement dépendants des territoires, concourrait à retenir un calendrier très resserré.

Pour toutes ces raisons, la définition des nouveaux territoires de santé a acquis une valeur de « test » pour tous ceux qu'elle impliquait aux plans régional et national.

Les « orientations » du conseil national de pilotage des ARS

S'agissant du niveau national, le Conseil National de Pilotage des agences régionales de santé (CNP) – la nouvelle instance chargée par la loi de « piloter » les ARS – s'est donc saisi du dossier quasiment sans délai et a adressé une instruction en amont même de la création des agences, c'est-à-dire pendant leur phase de préfiguration. Cette rapidité confirme bien l'importance accordée au sujet.

La « note d'orientation sur les territoires de santé » validée par le CNP, en présence des ministres chargés de la santé et du secteur médico-social, dès le mois de décembre 2009³, est illustrative de la nouvelle conception, qui prévaut depuis, du pilotage des ARS.



Sur ce dossier, comme sur d'autres, le pilotage national ne s'est voulu ni désintéressé, ni intrusif. Il a cherché à définir les lignes de force des changements à opérer, tout en laissant une marge de manœuvre maximale aux directeurs généraux des ARS, selon l'esprit de la nouvelle loi.

Conscients de l'importance de la territorialisation pour les acteurs de terrain mais aussi pour leurs propres orientations futures, les cabinets des ministres, le secrétariat général des ministères sociaux, les directions d'administrations centrales et les caisses concernées ont jugé nécessaire de fixer un cadre général. Les enjeux pour la conduite des politiques de réduction des inégalités de santé et de promotion de l'efficience étaient trop importants pour que le CNP soit absent de ce chantier. Dans le même temps, les membres du CNP ont souhaité manifester leur respect des prérogatives des nouvelles ARS, établissements publics autonomes, et des diversités locales. Il s'agissait aussi d'affirmer un changement net avec les directives adressées, jusque-là, aux services déconcentrés.

Ce souci d'équilibre a conduit au choix de se cantonner à une instruction « stratégique » brève (elle tient d'ailleurs sur deux pages) et de privilégier un accompagnement soutenu pour aider les agences compte tenu de la complexité de l'exercice, de sa sensibilité, des délais brefs et du contexte de création des ARS.

Une approche désormais « globale »

Sur le fond, le CNP a souhaité tenir compte, d'une part, de l'expérience des territoires existants et, d'autre part, les adapter aux nouveaux principes, notamment de transversalité, posés par la loi « HPST ».

La première territorialisation conduite par les Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH) était, par nature, centrée sur l'hôpital. Elle s'inscrivait dans l'optique de la rédaction des SROS 3. Il en a découlé des territoires très disparates, non seulement d'une région à l'autre, mais parfois au sein d'une même région. Les études, notamment de l'IRDES⁴ et du

3. Séance du CNP, en mode préfiguration, du 21 décembre 2009.

4. M. Coldefy, V. Lucas-Gabrielli, IRDES, mai 2008.

1

LES ÉVOLUTIONS
DE LA PROTECTION
SOCIALE

professeur Vigneron, l'ont amplement montré. Certains territoires comprenaient quelques milliers d'habitants isolés, d'autres plusieurs millions. De cette hétérogénéité est née une grande difficulté à travailler par territoire, sans pour autant invalider le concept et sa réalité. Celle-ci était logiquement très diverse. De notoriété publique, la territorialisation s'est révélée très vivante et constructive en Bretagne. Dans d'autres régions, la moindre identité locale et surtout le manque de forces (régions en voie de désertification) ont rendu la territorialisation plus difficile à conduire. Dans ce contexte, le pilotage national s'était révélé également délicat.

Le CNP, quoique convaincu du caractère en partie inéluctable, voire légitime, de cette diversité, a néanmoins souhaité une plus grande cohérence entre les territoires et un renforcement de leur homogénéité.

Le CNP a surtout été attentif à la mise en œuvre concrète et opérationnelle des nouveaux principes de la loi. D'où la demande que « les territoires de santé soient élaborés dès le départ dans une logique de compétence globale ». C'est l'innovation principale du redécoupage des territoires opéré fin 2009. La note d'orientation du CNP précise : « outre le secteur hospitalier court séjour, le territoire de santé devrait également prendre en compte l'ensemble du champ de compétences de l'ARS : les soins d'aval, et notamment le moyen séjour et le long séjour, les réseaux d'établissements et services pour personnes âgées dépendantes et pour personnes handicapées, garantissant un spectre large de prise en charge, une cohérence avec les découpages concernant les soins ambulatoires (missions de premier recours, secteurs de permanence des soins, installation des maisons et pôles de santé, sectorisation des soins psychiatriques, réseaux de santé, centres de santé), la capacité à coordonner des actions de proximité dans le domaine de la prévention (secteurs de PMI et de santé scolaire, éducation thérapeutique, ...) ». Sont bien respectées les dispositions de la loi du 21 juillet 2009 selon lesquelles « l'agence régionale de santé définit les territoires de santé pertinents pour les activités de santé publique, de soins et d'équipement des établissements de santé, de prise en charge et d'accompagnement médico-social ainsi que pour l'accès aux soins de premier recours ».

La note d'orientation du CNP indique également que « ces territoires de santé devraient être mis en place en tenant compte des aspects d'aménagement du territoire. La définition des territoires doit prendre en compte des éléments de nature différente : les évolutions de l'offre de services de santé, les notions de bassins de vie développés par l'INSEE qui prennent en compte des critères liés à l'offre de services de santé dans le cadre

d'une palette plus large d'équipements (scolaire, sportifs, liés à l'emploi...), les découpages déjà en cours dans des secteurs fortement liés à la santé, notamment dans le domaine de l'action sociale ou dans le cadre des schémas départementaux d'action sociale et médico-sociale ».



Il s'agit donc bien de changements majeurs dans l'approche des territoires. Sans être directive, par exemple en termes de nombre d'habitant comme ce fut, un temps, envisagé, ces orientations ont conduit à réduire nettement le nombre des territoires. Globalement, celui-ci est passé de 159 à 108, soit une diminution d'environ un tiers. Les choix effectués sont d'ailleurs allés du *statu quo*, lorsque la territorialisation antérieure s'était avérée pertinente, à l'adoption d'un territoire unique comme dans le Limousin ; de nombreuses agences faisant le choix de territoires départementaux.

L'objectif recherché, et affiché, de réduction du nombre et des disparités a ainsi été obtenu sans, pour autant, limiter la marge de manœuvre réelle des agences.

La note d'orientation évoquait, par ailleurs, les territoires interrégionaux (art. L. 1434-16 et L. 1434-10 du Code de la Santé relatifs au schéma interrégional d'organisation sanitaire) et transfrontaliers, à respecter, et la latitude laissée pour la définition de territoires plus réduits au sein des nouveaux territoires de santé. C'est donc bien toute une gamme de territoires qui est à la disposition des acteurs locaux pour tenir compte, à la fois, de l'objectif national de régionalisation et de cohérence et de la volonté de répondre avec pragmatisme aux situations de terrain.

Un important dispositif d'accompagnement national

Lucide sur la difficulté de l'exercice dans le contexte précédemment décrit, le CNP a mis en place un important dispositif d'accompagnement. Un appui méthodologique diversifié a été proposé aux ARS. Le secrétariat général des ministères sociaux a consacré une session de formation des responsables préfigureurs (tous nommés directeurs généraux par la suite) à la territorialisation, leur permettant d'entendre des experts et de commencer à échanger sur des outils pratiques.

Pour les équipes des ARS, des ateliers interrégionaux ont été également organisés. Il s'agissait de mettre à la disposition des ARS le maximum d'outils (données statistiques de l'INSEE, de la DREES, de l'IRDES, des



ORS⁵, documents de la DATAR, bibliographie, etc.) et d'encourager les échanges de pratiques. Les directions d'administrations centrales et les caisses concernées ont été sollicitées et mobilisées, avec l'appui de consultants, pour fournir aux agences les éléments de méthode, de contexte et de perspectives nécessaires.

Enfin, s'agissant de la définition de l'échelon socle de la démocratie sanitaire, les responsables du pilotage national ont insisté auprès des ARS sur la nécessité d'une authentique concertation avec les acteurs locaux. Les délais contraints ne devaient pas excessivement limiter le débat utile sur des territoires appelés à être le cadre des politiques en région au cours des prochaines années. Cette concertation devait intéresser les élus locaux, les représentants de l'État et l'ensemble des professionnels de santé (au sens large du terme).

La mise en œuvre opérationnelle : l'exemple du Limousin

Malgré des délais particulièrement contraints, le débat s'imposait donc au sein de chaque région. En Limousin, comme dans les autres régions, il s'est nourri de l'expérience des territoires de santé existants, des enjeux de la nouvelle loi – le territoire de santé concernant donc désormais, outre l'hôpital, les soins de premier recours, la santé publique et le secteur médico-social – du pilotage et de l'accompagnement du niveau national et des besoins de la population régionale.

Le débat préalable

Quels territoires devait-on imaginer à la fois pour construire une stratégie régionale de santé, permettre la restructuration de l'offre et promouvoir une action de proximité auprès des populations ?

La complexité de la question invitait à « penser globalement pour agir localement » et donc à envisager plusieurs niveaux territoriaux sans jamais oublier pour autant de relier l'action et la réflexion.

5. ORS : Observatoires Régionaux de Santé.

Il est apparu qu'une action de qualité devait remplir trois conditions :

- privilégier la proximité afin d'aller à la rencontre des demandes et des besoins, de permettre aux professionnels, aux usagers et aux politiques de s'approprier la stratégie mise en œuvre et d'inciter les professionnels à acquérir de nouvelles compétences, notamment l'aptitude à « aller vers » (physiquement et métaphoriquement) les populations qui se sentent éloignées du système de santé : dans les quartiers urbains défavorisés comme en zones rurales, les principales inégalités de santé sont culturelles, sociales et psychologiques ; pour tenter d'y porter remède, les acteurs de santé doivent aller au devant des populations concernées ;
- décloisonner les interventions des professionnels par le partage des connaissances et l'articulation des pratiques ; respecter la complexité d'un usager revient à s'inspirer des théories d'Edgar Morin et donc à relier autour de lui ce qui a tendance à être séparé en de multiples interventions spécialisées ; le territoire choisi sera pertinent s'il permet aux professionnels de travailler en réseau, d'offrir sur un même lieu des prestations de dépistage, de prévention et de soins, de tendre vers une prise en charge holistique – en tout cas pluridisciplinaire – et d'organiser des filières de soins sans rupture entre le domicile, l'EHPAD et l'hôpital par exemple ;
- promouvoir la démocratie sanitaire de proximité afin de prendre en compte les besoins, demandes et propositions des habitants et de créer avec eux les conditions d'une « alliance thérapeutique ».



Le choix d'une réponse graduée en trois niveaux

Le pari proposé consiste à promouvoir une approche communautaire dans les territoires locaux de proximité tout en renforçant l'échelon régional dans son rôle de pilote et de stratégie. Il fallait donner un contenu concret aux politiques nationales et régionales tout en les croisant avec les préoccupations locales et surtout l'engagement et l'énergie des acteurs locaux. Pour cela, le Limousin a fait le choix de trois types de territoires clairement identifiés : un territoire de santé unique pour la région⁶, onze territoires de proximité et enfin quatre contrats locaux de santé qui, au plus près de la population, servent de « laboratoire » à la politique de l'ARS.

6. Ce choix d'un territoire unique a été retenu également par les ARS de Franche-Comté, de Corse, de Martinique et de Guyane.

1

LES ÉVOLUTIONS
DE LA PROTECTION
SOCIALE

Seul le premier de ces territoires correspond à un échelon administratif officiel.

Dans une petite région (750 000 habitants, répartis en trois départements) la possibilité d'un territoire unique de santé s'est assez vite imposée pour la majorité des acteurs. L'ancien découpage territorial par département avait montré ses limites : il n'avait pas permis de réelles restructurations hospitalières ni surtout de partenariats entre les départements. À l'inverse, la géographie, la démographie et l'histoire récente du Limousin plaidaient pour un territoire unique.

La région Limousin témoigne d'une identité réelle : un nombre d'habitants faible, une région rurale et âgée, une géographie de basse et moyenne montagne, un axe autoroutier nord-sud. L'histoire sanitaire récente avait déjà préparé les esprits à cette logique régionale : la grande majorité des réseaux initiés par les professionnels de santé ont un champ d'intervention régional, de multiples consultations avancées dans les villes de moyenne importance à partir du CHU et des cliniques de Limoges, des postes de praticiens hospitaliers partagés, des autorisations portées par le CHU pour d'autres hôpitaux, des associations organisées au niveau régional... Enfin, seul l'échelon régional semblait de nature à permettre la réduction des inégalités de santé et de moyens constatées entre les trois départements.

Le Limousin est traversé par une diagonale imaginaire nord-ouest/sud-est qui distingue deux zones très différentes en matière d'indicateurs de morbidité et de mortalité. Les ARS sont avant tout garantes de l'égalité territoriale. Seul un territoire de santé unique permet en Limousin le rééquilibrage des moyens et des politiques. Ce territoire de santé régional sera complété en 2012 par une communauté hospitalière de territoire régionale qui rassemblera tous les hôpitaux publics de la région, y compris les établissements spécialisés en psychiatrie. Le cadre de la mutualisation des partenariats et d'un projet médical entre hôpitaux de la région est ainsi posé.

À l'intérieur de ce territoire de santé régional, onze territoires de proximité ont été identifiés pour l'ensemble de la région.

Le débat a été long et complexe autour du périmètre de ces territoires. Il ne s'agissait pas de créer un nouveau maillage administratif mais d'identifier une entité géographique et sociale qui ait du sens pour la population concernée : c'est l'activité humaine qui crée le territoire et non l'inverse. Le territoire est lié à un sentiment identitaire qu'il fallait découvrir et respecter. Il correspond à un espace dans lequel une population se reconnaît au nom d'un environnement et de pratiques spatiales qu'elle

partage. C'est un cadre familial que l'on s'approprié parce qu'on y vit, on y effectue ses déplacements, on y exerce un métier, on s'y soigne. L'ARS du Limousin ne souhaitait donc pas « inventer » de nouveaux territoires de proximité mais respecter ce temps accumulé, cet ancrage chronologique qui expliquaient que des femmes et des hommes s'identifiaient à un espace.



Les onze territoires de proximité retenus en Limousin correspondent donc à des espaces clairement identifiés depuis longtemps pour la plupart : territoire de la Haute-Corrèze (pays d'Ussel, plateau de Millevaches) ou pays des Monts et Barrages en Haute-Vienne par exemple. Ils permettront aux acteurs locaux qui se connaissent et se côtoient au quotidien de co-construire avec l'ARS un projet de santé de proximité autour de quelques objectifs prioritaires : consolider l'offre de premier recours dans toutes ses composantes (et notamment la médecine libérale), garantir l'accès de la population à cette offre, permettre aux professionnels de santé de premier recours d'assurer le relais avec les autres niveaux, développer l'offre de prévention et d'éducation à la santé, appréhender les personnes dans leur globalité biopsychosociale.

Enfin, la politique de santé du Limousin va se déployer sur un troisième et dernier échelon géographique, celui des contrats locaux de santé. Quatre contrats de ce type ont été conclus sur des périmètres très circonscrits et donc sans avoir la volonté (ni les moyens) d'englober dans l'immédiat tout le territoire régional. Après évaluation, ils auront cependant vocation à essaimer sur une partie plus significative de la région. Ces quatre zones d'actions ont été choisies parce qu'elles présentaient les plus mauvais indicateurs de morbidité et de mortalité du Limousin : territoire de Bourga neuf et d'Aubusson, Felletin en Creuse, Haute-Corrèze, zones urbaines sensibles de Limoges. La politique de santé de l'ARS va s'y développer autour de trois axes principaux :

- mettre en place une « discrimination positive » en faveur des populations concernées en demandant aux professionnels (hôpitaux, libéraux, secteur médico-social, associations, etc.) de prioriser ces territoires pour améliorer le dépistage, la vaccination, la prévention et de rapprocher l'offre de santé des usagers (consultations avancées de spécialistes, créations de centres de santé, mammographe mobile par exemple, ...) ;
- favoriser l'émergence de nouveaux opérateurs et de nouveaux métiers : le personnel des délégations territoriales de l'ARS ⁷ sera amené à devenir

7. La loi « HPST » a prévu au moins une délégation territoriale de l'ARS par département.

1

LES ÉVOLUTIONS
 DE LA PROTECTION
 SOCIALE

animateur territorial pour une part importante de son activité ; cette fonction d'ingénierie sociale suppose l'aptitude à persuader, négocier, promouvoir et à fédérer les acteurs locaux autour des priorités du contrat : l'animation territoriale vise à prendre en compte la totalité

des déterminants de santé qu'ils relèvent de la formation, des transports, de l'accompagnement social ou de la qualité de l'environnement. Enfin, deux animateurs de santé sont recrutés sur chaque territoire des contrats locaux de santé pour promouvoir l'action directe auprès des populations ;

- enfin, promouvoir des actions expérimentales qui seront évaluées et éventuellement diffusées dans d'autres territoires du Limousin : investissement significatif des hôpitaux dans la prévention primaire, secondaire et tertiaire, créations de centres de santé, délocalisation des actions de dépistage, maisons de santé pluri-professionnelles à forte orientation vers la santé publique, EHPAD « centre ressources » en direction de la population locale : expérimentation de l'aide aux aidants notamment sous la forme du « baluchonnage » à domicile, proposition d'ateliers mémoires ou d'activités physiques adaptées à la population âgée du secteur, accueil de jour, accueil de nuit, etc.

Des réflexions de l'échelon national comme des choix opérés par les agences régionales de santé, il ressort que la question du territoire de santé contient une dimension managériale forte (quels territoires pour mener une politique de santé publique efficace ?). Mais chacun convient que sa principale richesse provient de sa complexité géographique, historique, identitaire et, au final, très humaine. Qu'elle soit envisagée dans sa dimension nationale ou locale, elle ne pourra donner sa pleine mesure que grâce à une égale proportion d'engagement et de doute de la part des acteurs concernés. Finalement, malgré les études, les théories, les analyses, le choix des territoires n'a rien de scientifique. Seule l'évaluation nous permettra d'ajuster nos politiques.

Régionalisation de la branche recouvrement

Nicolas Le Bellec

Directeur de la gestion du réseau à l'ACOSS

Fin 2009 le recouvrement du régime général était assuré sous l'égide de l'ACOSS par 102 organismes dont 88 URSSAF. Face aux enjeux nouveaux du recouvrement tant dans la gestion de réglementations plus complexes et de nouvelles missions pour de nouveaux partenaires qu'en termes d'exigence de qualité, d'équité de traitement et de maîtrise des risques et dans un contexte de maîtrise des coûts, le conseil d'administration de l'ACOSS a fait le choix de poursuivre la réflexion déjà engagée dans les précédentes COG sur l'organisation du réseau. La taille du réseau, extrêmement hétérogène, de 27 agents pour gérer 15 000 comptes à plus de 2 700 pour gérer 1 300 000 comptes, nécessite en effet de mutualiser davantage les équipes et les expertises. C'est dans ce cadre que le conseil a décidé de pousser plus loin les travaux déjà engagés sur la mutualisation régionale en portant le principe de régionalisation du réseau dans le cadre de la COG 2010/2013. Comment ce changement majeur en termes de gestion des ressources humaines, d'organisation et de conduite des politiques publiques est-il conduit ?

La branche recouvrement dans le cadre de la COG 2006/2009 a conduit avec succès une première réforme de son organisation en mettant en place un maillage départemental permettant un passage progressif de 103 à 88 URSSAF. Elle a parallèlement mené deux actions organisationnelles avec la mise en place des URSSAF TGE et GE (Très Grandes Entreprises et Grandes Entreprises) et la mutualisation régionale d'un certain nombre de fonctions et la coordination des politiques régionales avec un début de structuration régionale (budget régional, CRD – Comité Régional des Directeurs –, CCR – Comité de Concertation Régional avec les administrateurs de la région –). Toutefois les résultats obtenus ont rapidement mis en évidence que ces évolutions pour significatives qu'elles soient n'étaient pas suffisantes. Les conditions de mise en place des mutualisations laissaient ainsi le dispositif de gouvernance insatisfaisant, tant du côté des services en cas de désaccord entre les directions que du côté des administrateurs, le CCR n'ayant par nature qu'un pouvoir consultatif.

1

LES ÉVOLUTIONS
DE LA PROTECTION
SOCIALE

La conduite de projets très importants avec de nouveaux partenaires (le RSI pour les cotisations des travailleurs indépendants et l'Unédic/Pole emploi pour les cotisations d'assurance chômage) mettait en évidence les difficultés liées à un écart de cartographie entre le réseau départemental des URSSAF et la structuration régionale de ces partenaires.

Dès lors la consécration d'un maillage juridique régional devenait une perspective naturelle permettant d'avancer plus rapidement pour s'adapter aux enjeux. La régionalisation, en donnant à tous les organismes une taille critique suffisante, permettait également de recréer la cohérence du réseau autour d'URSSAF capable d'assumer l'ensemble des missions de ce type d'organisme et d'éloigner la perspective d'un réseau à deux vitesses, que la mise en place des URSSAF TGE avait pu faire craindre, en particulier dans les territoires en déclin économique. Pour autant la réforme ne devait pas faire disparaître la capacité de réactivité et de proximité des organismes départementaux.

C'est donc une option originale de régionalisation articulée entre un niveau régional et un niveau départemental qui a été proposée et négociée par l'ACOSS avec l'État lors de la quatrième Convention d'Objectifs et de Gestion signée le 19 mars 2010. Elle distingue un siège régional chargé des fonctions stratégiques et des fonctions régionalisées mais consacre aussi l'existence de l'échelon départemental chargé de la mise en œuvre opérationnelle des politiques comprenant de manière obligatoire le cœur de métier des URSSAF autour de la gestion des comptes du régime général, bénéficiant d'un conseil départemental composé des partenaires sociaux, conseil chargé à travers une de ses commissions de l'instruction des recours amiable avant le passage en CRA.

Pour comprendre l'ampleur et les conséquences de ce choix, nous aborderons les raisons et les objectifs de ce projet avant d'exposer les modalités de pilotage arrêtées par l'ACOSS et l'état d'avancement en ce début d'année 2012.

I. Raisons et objectifs de la régionalisation

L'ACOSS a lancé en octobre 2008 les travaux de préparation de la future COG 2010/2013 en associant étroitement le réseau permettant ainsi de bénéficier de bilans et d'analyses exhaustives dans des domaines touchant à l'évaluation des résultats du recouvrement, à la situation du

système d'information, à l'adéquation entre les charges et les moyens et à l'organisation du réseau. Il en a résulté un bilan, diagnostic précis présenté et débattu au Conseil d'administration de l'ACOSS du 24 avril 2009 ; l'engagement dans le processus de régionalisation était né. L'idée sera négociée avec les tutelles et inscrite dans la convention moins d'un an plus tard.



Quelles sont les raisons de ce projet, les objectifs poursuivis et les engagements pris à l'occasion de son lancement ?

A. La régionalisation : une nécessité et des enjeux peu contestés

La préparation du projet a été portée par M. Pierre Burban, Président du Conseil d'Administration de l'ACOSS durant deux mandatures (2001/2011) au cours de très nombreuses réunions de travail menées avec l'ensemble des organisations représentées au Conseil d'Administration de l'ACOSS. En effet, outre les aspects sociaux et techniques, c'est un ensemble d'équilibres politiques et syndicaux anciens qui sont remis en cause nécessairement par cette restructuration. Le fait de quitter une situation stable au contexte connu pour bâtir une nouvelle gouvernance exigeait un réel courage politique.

Bien qu'en novembre 2009 l'IGAS dans le cadre de sa mission classique de bilan de la mise en œuvre de la COG de la branche recouvrement et de propositions pour la future COG concluait : « la régionalisation du réseau apparaît à terme comme la mieux à même de garantir l'amélioration de la performance globale de la branche du recouvrement »¹, l'État, contrairement à ce qui a parfois été dit, n'était pas demandeur de cette évolution et a concentré sa négociation sur les objectifs de réduction de postes. Si l'État a accepté la réforme, il a dans la négociation souvent discuté certains de ces éléments fondateurs originaux et notamment l'articulation entre le niveau régional et départemental.

Pour autant, adosser le futur maillage territorial sur la base de la carte administrative n'a pas été sans mal, compte tenu de la volonté de partenaires locaux, de bâtir des URSSAF à un niveau inter-régional (par exemple Poitou-Charentes/Limousin, Haute-Normandie/Basse-Normandie), ou à l'inverse de construire des entités infra régionales (par exemple en PACA ou en Rhône-Alpes). Ce choix a, en revanche, par sa simplicité,

1. IGAS, Rapport RM 2009, 144 p., « annexes », p. 57, novembre 2009.

1

LES ÉVOLUTIONS
DE LA PROTECTION
SOCIALE

sa légitimité et sa cohérence, permis de convaincre rapidement la plupart des acteurs, à l'exception notable de la Côte-d'Azur qui aspirait à se voir reconnaître comme la 23^e région administrative de la France métropolitaine.

En outre, la Sécurité sociale doit faire face à un défi financier inédit et compliqué. Au regard du rôle de collecteur social principal que joue la branche recouvrement, il apparaît indispensable de pouvoir accroître la qualité de service dans le cadre de moyens contraints tout en conduisant de manière efficace des chantiers d'ampleur. La régionalisation doit permettre d'assurer le développement de cinq composantes du Service public du recouvrement :

- accroître la capacité de la branche à jouer un rôle de moteur du système collectif de solidarité ;
- accroître la cohérence du réseau ;
- répondre aux exigences croissantes sur le cœur de métier ;
- renforcer les expertises ;
- développer le service dans un contexte de moyens contraints.

La régionalisation constitue donc un changement de l'organisation interne au réseau qui a été souhaité par la branche, forte des succès acquis lors de la période conventionnelle précédente mais aussi des limites constatées et des forts enjeux à venir.

B. Les objectifs poursuivis

La construction d'un maillage régional pour le réseau du recouvrement doit permettre à la branche d'atteindre les objectifs métiers assignés par la COG 2010/2013, elle en constitue l'un des deux piliers avec la refonte du système d'information de la branche. Au-delà, elle doit permettre de renforcer, de pérenniser son activité et ainsi de préparer l'avenir. Le premier objectif de cette réorganisation d'ampleur est alors la mutualisation des moyens et des compétences à l'échelle régionale pour créer des équipes de travail complètes, complémentaires et étoffées. Les collaborateurs des URSSAF de demain serviront ainsi sur tout le territoire un service de proximité plus large, efficace et homogène.

Si cette réforme répond de manière ambitieuse aux défis que doit relever la Sécurité sociale, elle répond aussi à des enjeux plus pragmatiques qui concernent directement l'activité quotidienne. La régionalisation, par la réunion des moyens, des expériences et des compétences est l'une des conditions pour répondre aux exigences sans cesse croissantes qui concernent le cœur de métier. En permettant notamment le développement



de services élargis et d'expertises renforcées, la branche se donne les moyens de réaliser sa mission de manière homogène sur le territoire et dans les meilleures conditions d'efficacité et d'équité tant vis-à-vis de ses cotisants que pour ses collaborateurs.

Soit en synthèse, trois objectifs principaux :

- créer des équipes de travail étoffées ;
- mutualiser les moyens et les compétences ;
- développer des services de qualité par une offre de proximité, complète, efficace et homogène sur le territoire.

C. Les engagements principaux

Cette réorganisation du réseau du recouvrement bénéficie d'un cadre qui assure sa cohérence nationale. Un projet de cette ampleur apporte son lot d'incertitudes et de questionnements ; il est de ce fait anxiogène pour les personnels. Même si la régionalisation se construit avec une participation importante des équipes et s'effectue dans des conditions où une attention particulière est portée à l'information *via* les Instances représentatives du personnel pour donner à chacun de la visibilité sur son avenir, il était indispensable d'apporter une certain nombre de garanties.

Chaque salarié de la branche recouvrement dispose tout d'abord de l'assurance de la pérennité de l'activité sur le site dans lequel il exerce aujourd'hui. Ensuite, la gestion des organismes locaux est aujourd'hui connue et contractualisée jusqu'à la fin de l'exercice 2013. Cette réforme assure ainsi à tous la garantie d'occuper un emploi et ce sans mobilité géographique imposée.

Enfin, le processus et la méthodologie retenue pour construire les URSSAF régionales permettent, au moment le plus adapté, l'association de chacun à la construction du projet.

Cette réforme doit assurer à tous les collaborateurs de la branche des conditions de travail satisfaisantes et des perspectives de carrière élargies à l'échelle régionale. Les difficultés auxquelles doit faire face la branche depuis 2008 et la mise en œuvre de l'Interlocuteur social unique, renforcent la nécessité d'une amélioration en ce domaine. Les résultats du baromètre social institutionnel montrent en effet combien la satisfaction globale est liée aux conditions de travail, à la nature et au contenu de celui-ci. En 2011, 57 % des agents ont indiqué être satisfaits de leur travail actuel, contre 50 % en 2010 et 2009. Cette amélioration significative reste

1

LES ÉVOLUTIONS
DE LA PROTECTION
SOCIALE

à conforter mais cela ne sera vraisemblablement possible qu'une fois la régionalisation réalisée et le nouveau cadre collectif de travail en place.

L'ensemble des salariés de la branche dispose de garanties relatives aux situations individuelles dans le cadre de la régionalisation qui sont principalement portées par le protocole d'accompagnement de l'évolution des réseaux 2010 et la COG 2010-2013. Tous les collaborateurs de la branche bénéficient dans ce cadre de l'absence de licenciement et de mobilité géographique forcée. Ils disposeront en outre du déploiement d'accompagnements au changement en matière de ressources humaines (formation, entretiens, bilans de compétences...) et de financement (primes de mobilité, aide au déménagement...). Ces bénéficiaires sont enfin associés à la garantie de la pérennité de l'ensemble des sites.

Ces conditions, indispensables pour réussir sans crise majeure le pilotage d'un tel projet, ne sont pas pour autant suffisantes pour en garantir le succès. Les personnels, en charge de fonctions supports (comptabilité, ressources humaines, logistique par exemple), les Agents de Direction, voire l'encadrement, vont devoir s'approprier de nouveaux modes de gestion et les organisations les concernant vont nécessairement évoluer. Le passage de la situation actuelle à la cible, même s'il est progressif, accompagné de garanties importantes et le fruit d'une construction collective aura, de ce fait, un impact sur les conditions de travail et cet aspect a été particulièrement pris en compte par l'ACOSS dans le pilotage du projet.

II. Modalités de gestion et de pilotage du projet arrêtées par l'ACOSS

A. Les principes généraux président à la construction régionale

1. Les trois étapes du projet

Le Conseil d'administration et la Direction de l'ACOSS ont souhaité sécuriser au maximum les conditions de réalisation de cette opération importante et complexe et donner à tous les acteurs la lisibilité maximale indispensable à la réussite du projet. C'est pourquoi, le projet a été articulé autour de trois phases permettant aux organismes de se positionner pour une création de l'URSSAF régionale au 1^{er} janvier 2012, au 1^{er} janvier 2013 et au 1^{er} janvier 2014 pour les dernières.



Dans cette perspective, une première phase, destinée à identifier les bonnes pratiques sur tous les aspects de la gestion de ce projet, a été programmée avant la généralisation de l'organisation régionale dans l'ensemble du réseau.

Cette phase, engagée dès 2010, a permis de consolider les opérations de préparation de l'URSSAF régionale et sur les modes de fonctionnement. D'une durée totale de 18 mois, elle a été construite selon le calendrier suivant :

- 1^{er} semestre 2010 : appel à candidatures et sélection des régions pilotes ;
- 2^e semestre 2010 : constitution avec les régions retenues du cahier des charges encadrant la phase pilote ;
- 1^{er} semestre 2011 : détermination au niveau local des organisations cibles et des organigrammes ;
- 2^e semestre 2011 : préparation technique du projet ;
- 1^{er} janvier 2012 : mise en place de l'URSSAF régionale dans les régions pilotes.

L'engagement dans cette opération relevait d'une décision stratégique qui impliquait les partenaires sociaux, les directions et l'ensemble du personnel des organismes. Pour la gérer dans la transparence, un appel de candidatures a été lancé auprès de l'ensemble des régions pour participer à cette opération. Cette candidature devait s'inscrire dans le cadre d'un véritable dialogue régional et devait, pour se faire sur la base d'un vote favorable de chacun des Conseils d'administration des organismes de la région et avec à l'unanimité des membres du Conseil régional des directeurs. Elle devait également faire l'objet, dans chaque organisme, d'une consultation du Comité d'entreprise.

La conduite du projet, pour les trois régions qui ont été retenues, s'est effectuée de la manière suivante :

- le pilotage politique du projet a été assuré par le Comité de concertation régional institué lors de la précédente COG chargé d'une mission d'orientation et de suivi de la régionalisation nonobstant les compétences et attributions des Conseils d'administration des organismes ;
- afin de garantir un dialogue social renforcé tout au long de la gestion du projet, outre les consultations prévues par la réglementation en vigueur, une instance régionale regroupant les secrétaires de Comité d'entreprise et les délégués syndicaux a été constituée et réunie, afin de diffuser l'information la plus large possible, à chaque étape clé de la gestion du projet ;



teur régional.

- dès la désignation des régions, un Directeur préfigura-
 teur a été désigné par l'ACOSS. Ce Directeur, mobilisé
 à plein temps sur sa mission, est chargé du portage
 du projet et de la constitution de l'équipe en charge
 de sa gestion avec vocation à devenir le futur direc-

Afin de tirer les conséquences logiques de cet engagement, chaque région participant à la phase pilote a négocié un seul Contrat pluri-annuel de gestion avec l'ACOSS, voté par chacun des Conseils d'administration des organismes départementaux.

Une deuxième phase a été engagée avec l'entrée en préfiguration de 14 régions supplémentaires à partir de septembre 2011.

La conduite du projet au sein des régions pilotes a permis de constater que la création des URSSAF régionales est une construction complexe qu'il faut inscrire non seulement dans le calendrier contraint de la création de l'URSSAF régionale (1^{er} janvier 2012 pour les trois premières) mais également bien au-delà de cette date dans un moyen terme de 2 à 3 ans. C'est en effet à cette échéance, que les transformations managériales et organisationnelles au sein des nouvelles entités régionales s'inscriront en profondeur.

La période de préfiguration proprement dite consiste à réunir les conditions dans les domaines informatique, comptable, juridique et social pour que l'URSSAF nouvellement créée soit au 1^{er} janvier 2012, 2013 ou 2014 selon les vagues, en état d'assurer ses missions fondamentales sans rupture de service et en préservant les évolutions ultérieures.

La période qui s'ouvrira après la création proprement dite sera décisive pour impulser les changements de nature à harmoniser les performances du réseau en valorisant les avantages apportés par un maillage plus resserré et plus cohérent d'organismes à la dimension compatible avec la multiplicité des missions qui incombent au recouvrement.

2. Les structures de pilotage

La Direction de la Gestion du Réseau (DGR), pilote le projet de régionalisation pour l'ACOSS, tête de réseau. La mise en place d'une cellule régionalisation dédiée à l'ACOSS comprend deux directeurs et un cadre chef de projet, tous à temps plein sous la responsabilité du Directeur de la Gestion du Réseau. Les URSSAF disposent chacune d'un interlocuteur unique, en charge du suivi spécifique et de l'accompagnement du projet local.



L'équipe projet ainsi constituée comporte des agents de direction du réseau et conduit ses travaux en partenariat avec la Direction de l'Audit et de la Stratégie (DAS), le Secrétariat Général du Conseil d'Administration (SGCA) et la Direction de la Communication (DICOM) et les directions métiers de l'Agence centrale. Les travaux de cette équipe sont centrés sur l'accompagnement des préfigurations.

Le travail de réflexion prospective mené en parallèle vient alimenter l'action de la DGR au-delà de la création proprement dite des URSSAF. Il s'appuie sur les travaux conduits au sein des Instances Nationales de Gouvernance (ING) mises en place début 2011. Ces instances, qui rénovent le système de gestion des politiques publiques portées et déclinées par la Caisse nationale, ont été définies sur la base d'un pilote de métier, agent de direction, par région. Ce choix impulse très fortement la dynamique de construction d'un véritable pilotage régional de chacune de ces politiques. Chaque participant est en effet l'interlocuteur de l'ACOSS, c'est lui qui répond des résultats obtenus, qui est garant de la bonne déclinaison des objectifs assignés et qui contribue à l'élaboration des orientations métiers.

Le système de gouvernance mis en place, a fait bouger les acteurs en exigeant de nouveaux modes de coopération en juxtaposant des fonctionnements transversaux à la traditionnelle et sacro-sainte ligne hiérarchique, en impulsant des logiques matricielles là où les logiques de territoire avaient cours conduisant, par là même, les cadres dirigeants de la branche, à se préparer à la réalité régionale.

Le projet de régionalisation de la Branche recouvrement est unique et spécifique dans la mesure où il conjugue à la fois le nécessaire respect des particularités locales et la recherche d'une certaine harmonisation du service rendu.

L'ACOSS va ainsi s'appuyer sur les expériences des pilotes, les débats des Instances nationales de gouvernance (ACOSS-Réseau) et les diagnostics conseil, pour constituer un socle organisationnel minimal. Ce socle, diffusé et enrichi régulièrement dans le guide d'accompagnement à la régionalisation, recensera l'ensemble des éléments que l'on devra retrouver dans chacune des URSSAF du réseau. Il contiendra par exemple l'obligation de maintenir la gestion des comptes RG d'un département dans le site du département. De la sorte c'est une base d'organisation, de fonctionnement, et finalement de références et de valeurs communes au réseau qui seront assurées par ce biais.

1

LES ÉVOLUTIONS
DE LA PROTECTION
SOCIALE

Les URSSAF bénéficient néanmoins de marges de liberté significatives qui doivent leur permettre d'exprimer leurs différences et spécificités (géographie, taille, nombre d'agents, bassin économique...) dans le respect des éléments structurants évoqués. Ainsi, et par exemple, certaines régions pourront faire le choix de concentrer l'acquisition des flux entrants non dématérialisés sur quelques points lorsque d'autres souhaitent maintenir cette activité sur l'ensemble de leurs sites.

3. L'analyse des organisations

L'URSSAF régionale doit non seulement assurer un Service public encore plus efficace et performant, que ne le faisaient les URSSAF départementales, mais également contribuer à la maîtrise des coûts d'un régime général dont chacune connaît l'ampleur des déficits structurels qui finissent par grever son avenir même. Le rendez-vous de la négociation de la COG 2014/2017 est, de ce fait, à anticiper en mesurant ce que pourra apporter le nouveau maillage sur trois champs :

1/ Détermination des gains de productivité attendus de la régionalisation dans le domaine des **fonctions supports** ce qui comporte notamment :

- L'étude approfondie des coûts région par région dans le domaine logistique et la recherche des pistes d'amélioration possibles autour des thèmes suivants : gestion des surfaces de bureaux, maintien en conditions opérationnelles des biens mobiliers et immobiliers hors informatique, sécurités physiques, atteinte des objectifs de développement durable, etc.
- L'étude approfondie région par région de l'organisation de la fonction Ressources humaines et les propositions d'amélioration compatibles avec les outils et les objectifs de la COG.
- L'étude de l'organisation de la fonction Communication région par région et la détermination des synergies possibles grâce à la régionalisation.

Une monographie par région et par thème sera dans ce cadre établie pour définir les organisations efficaces permettant de réduire les effectifs des fonctions supports.

2/ Détermination des gains de productivité attendus de la régionalisation dans le domaine des **fonctions « cœur de métier »**. Ce volet couvre notamment :

- L'analyse des organisations des fonctions d'accueil physique et téléphonique en région car la diversité des modèles actuellement en place

est intuitivement contre productive, dès lors comment parvenir à identifier celle qui permet d'obtenir le meilleur résultat au coût le plus faible ?



- L'évolution possible de la **gestion des comptes dans les sites départementaux** en tenant compte des engagements de proximité pris : intérêt et limites de la spécialisation des sites, coordination de la gestion des différents services V2 au sein d'une catégorie, apports attendus des premiers paliers de la rénovation informatique, autant d'axes d'analyse susceptibles de permettre de maîtriser l'évolution des effectifs sans sacrifier le niveau du service rendu.

Ces études permettront d'examiner comment les URSSAF régionales peuvent réaffecter les gains de productivité sur les missions et charges nouvelles liées au développement des partenariats, des politiques et des exigences de qualité. La branche recouvrement a en effet la chance d'avoir une activité qui est encore en développement.

B. L'accompagnement technique et le coût de la régionalisation

L'ACOSS a souhaité investir de manière importante en matière d'accompagnement technique. Outre l'équipe dédiée déjà évoquée et les instances traditionnelles de conduite de projet mises en place (comité de direction, comité de suivi informatique, comité en charge des aspects RH...), quatre types d'appui ont été développés :

- La mise à disposition d'une méthodologie complète à destination des équipes de direction qui prend la forme d'un guide d'accompagnement à la régionalisation. Ce document délivre un planning et liste les actions permettant de couvrir la totalité des champs à prendre en compte : Gouvernance, Organisation (Mode projet, planning et retro-planning), Ressources humaines, Relations sociales, Communication, Comptabilité et Patrimoine, Système d'information.
- La réalisation de diagnostics-conseils régionalisation : pris en charge par la Direction de l'audit et de la stratégie accompagnée d'un prestataire, cette offre de service permet aux équipes locales de disposer d'un état des lieux et de propositions d'organisation évaluées (avantages/inconvénients) permettant une prise de décision éclairée. Ce sont les régions qui définissent les périmètres d'intervention souhaités.
- Le financement national de ressources destinées à accompagner la préparation et la gestion des opérations de création de l'URSSAF régionale tant en URSSAF qu'en CERTI.



- La présence dans chacune des régions d'un consultant spécialisé dans ce type d'opération.

Les travaux liés à la régionalisation sont ainsi cadrés méthodologiquement et accompagnés par des professionnels des opérations de rapprochement dans le secteur public. Ils associent par ailleurs, et de manière la plus large possible, les acteurs locaux salariés et Instances Représentatives du Personnel. Ils sont enfin réalisés sous le regard attentif de la Caisse nationale et des tutelles. L'ensemble de ces éléments permet d'apporter à chacun une assurance raisonnable quant à la réussite du projet dans de bonnes conditions.

Il est encore particulièrement difficile de réaliser une projection budgétaire fine du coût complet de la régionalisation tant les éléments à prendre en compte sont nombreux (marchés nationaux, ressources complémentaires locales, versement des primes, accompagnement des mobilités, prise en charge de dépenses de fonctionnement spécifiques...) et volatiles dans le temps. Par ailleurs, si les références en la matière que sont les opérations de départementalisations et les travaux en cours dans les premières régions ont le mérite de constituer une base de référence, elles ne peuvent pour autant pas être considérées comme complètement stabilisées et représentatives (ces opérations ont concerné 10 % des effectifs des URSSAF).

La négociation de la COG avec les tutelles a permis de dégager un budget spécifique d'accompagnement, conduisant à positionner au FNGA (Fond National de Gestion Administrative) 10 millions d'€, pour chacun des exercices 2012 et 2013, destinés à la régionalisation mais il devra également mobiliser le FNGA « classique ».

C. Ressources humaines, instances représentatives du personnel et relations sociales

1. Ressources humaines

Les principaux chantiers en matière de gestion des ressources humaines sont au nombre de trois :

- L'harmonisation des politiques de rémunération et d'attribution du GVT : si de manière générale les référentiels métiers et les règles institutionnelles en la matière permettent d'assurer une cohérence de premier niveau, certains écarts sont parfois constatés entre les organismes d'une même région. Dès l'exercice 2010, l'ensemble des URSSAF a été invité à se



concerter au sein d'une même région afin de planifier et d'entamer la trajectoire d'harmonisation des politiques salariales. L'ensemble des acteurs du réseau a conscience que ce chantier est prioritaire mais qu'il ne pourra toutefois pas être terminé dans un horizon rapproché. Cette politique, clairement affichée, devra bien être menée dans le cadre général d'orientation des politiques salariales diffusée chaque année et dans le respect des limites en vigueur. Le contexte particulier de certaines régions à un instant donné pourra néanmoins justifier, en accord avec l'ACOSS, des dépassements justes et mesurés.

- La gestion et l'accompagnement des mobilités : le protocole d'accord 2010 d'accompagnement à l'évolution des réseaux encadre clairement la gestion des évolutions individuelles lors d'un projet comme la régionalisation. Ces mobilités seront souhaitées et accompagnées. Dans chacune des régions, une structure dédiée sera mise en place autour du Pôle de Service RH (issu des mutualisations de la précédente COG). Elle permettra dans un premier temps de recevoir l'ensemble des collaborateurs qui le désirent afin d'envisager avec eux les possibilités offertes avant de prendre en charge les mesures qui découlent de l'application du protocole (pour mémoire ce sont 5 % des effectifs qui avaient été concernés lors des opérations de départementalisation). Les formations qui découleraient de ce processus sont d'ores et déjà priorisées auprès du FAF dans le cadre d'une réflexion interbranche.
- L'appréhension des modalités de pilotage et de management à distance : les équipes en URSSAF régionales seront organisées sur plusieurs sites sous l'égide d'un pilote de processus lui-même accompagné de managers. La mise en place et la déclinaison de cette nouvelle ligne hiérarchique bénéficient d'une attention particulière de l'ACOSS et ce à plusieurs titres :
 - gérer le sentiment de distance entre les collaborateurs et le pilote ;
 - organiser la descente et la remontée fluide d'information entre le management et les équipes ;
 - donner au pilote les outils et savoirs nécessaires à la gestion et à l'organisation du processus ;
 - organiser les relations entre les équipes positionnées sur différents sites et assurer entre elles une équité de traitement ;
 - clarifier le rôle du manager « opérationnel » et du responsable hiérarchique.

Sur ce thème, l'ACOSS et le réseau mènent actuellement une réflexion sur la capitalisation puis la diffusion des bonnes pratiques managériales, construit des formations de management à distance et propose

1

LES ÉVOLUTIONS
DE LA PROTECTION
SOCIALE

des modèles organisationnels permettant aussi bien au manager qu'à ses collaborateurs, de disposer d'une visibilité optimale sur ses responsabilités, ses prérogatives et ses relations ascendantes/descendantes.

2. Instances représentatives du personnel et relations sociales

Concernant l'organisation des Instances représentatives du personnel au sein d'une URSSAF régionale, des décisions ont été prises pour permettre à la fois, de favoriser les objectifs recherchés par la régionalisation, et assurer la juste représentation du personnel tant au niveau local que régional et respecter le droit du travail :

- Comité d'entreprise : un CE unique au niveau régional qui doit permettre un rapprochement rapide des cultures autour des activités sociales et culturelles et favoriser l'identification au nouvel organisme régional. S'agissant de la gestion interne du CE et de ses activités, la responsabilité incombe aux partenaires sociaux de s'organiser au plus prêt des besoins régionaux (commissions, éclatement de la gestion des « œuvres sociales » sur plusieurs sites...).
- CHSCT : le principe est celui d'une implantation départementale.
- Délégués du personnel : afin d'assurer la représentation de tous les collaborateurs de la future URSSAF régionale, les DP sont maintenus au niveau départemental.
- Délégués syndicaux : chaque organisation représentative désignera un délégué syndical au sein de l'URSSAF régionale (exception faite de deux régions compte tenu des seuils du Code du travail).

Dès lors que les éléments ci-avant sont arrêtés et connus, il conviendra aux partenaires sociaux et aux Directions de négocier sur les modalités d'organisation, de fonctionnement ainsi que sur les moyens mis à disposition (crédits d'heures supplémentaires pour les délégués syndicaux et élus du CE principalement) pour faire vivre la relation sociale.

L'ACOSS souhaite que les projets de régionalisation soient menés de manière claire et transparente vis-à-vis des Instances représentatives du personnel. C'est en ce sens que l'ACOSS a élaboré un accord de méthode cadre.

Ce dernier couvre de manière précise :

- le calendrier prévisionnel des opérations, découpées en palier autour desquels s'instaure l'échange avec les IRP ;
- les modalités d'information et de consultation lors des différents paliers ;



- des propositions en termes de moyens supplémentaires permettant aux IRP d'accompagner la régionalisation dans de bonnes conditions dans le cadre de la signature du protocole ;
- l'engagement des négociations destinées à fournir au nouvel organisme un accord RTT/HV unique et équilibré.

Ce document, fortement recommandé par l'ACOSS, requiert une négociation avec l'ensemble des partenaires locaux à l'échelle de la région. Il permet très tôt de sécuriser la gestion du projet et d'apporter des réponses concrètes et pratiques au personnel. Sur ce point, les comportements des organisations syndicales sont très variables, les unes engageant une véritable négociation prenant en compte les préoccupations exprimées par les salariés, tandis que d'autres refusent le principe même de l'accord de méthode.

Par ailleurs, et dans l'objectif d'amorcer une sorte de « préfiguration » des futures IRP régionales, une instance spécifique consultative dédiée au projet de régionalisation a été créée : l'instance ad'hoc. Cette dernière est composée des secrétaires de CE et des DS.

Elle a vocation à générer des rapprochements entre les partenaires sociaux d'une même région ainsi qu'à débattre de différents sujets touchant à la régionalisation en amont des saisines de CE.

III. La gestion du projet : point d'avancement

A. Panorama : les trois vagues

- Les régions pilotes, création de l'URSSAF au 01/01/2012 : Auvergne, Pays de la Loire, Midi-Pyrénées.
- Les régions vague 2, création de l'URSSAF au 01/01/2013 : Alsace, Aquitaine, Basse-Normandie, Bretagne, Champagne-Ardennes, Île-de-France, Languedoc-Roussillon, Limousin, Lorraine, Nord-Pas-de-Calais, Picardie, Poitou-Charentes.
- Les régions vague 3, création de l'URSSAF au 01/01/2014 : Centre, Bourgogne, Franche-Comté, Haute-Normandie, Rhône-Alpes, PACA, avec pour ces deux dernières régions, compte tenu de leur taille et des charges supplémentaires entraînées par la gestion du projet, organisation d'une phase de préfiguration plus importante débutant dès septembre 2011.
- Les cas spécifiques : Corse, CMAF, CCSS Lozère ne sont pas concernées.



Ainsi, l'ensemble des collaborateurs de la branche recouvrement disposent désormais d'une visibilité quant à la date de création de l'URSSAF régionale dans sa région d'appartenance.

B. Actualité pour les URSSAF régionales créées le 1^{er} janvier 2012

● **Gouvernance**

- Les arrêtés de création des URSSAF régionales ont été publiés au Journal Officiel des 5 et 6 octobre 2011, après consultation des Comités d'entreprise et des Conseils d'administration de tous les organismes concernés puis vote du Conseil d'administration de l'ACOSS.

● **Organisation**

- La validation de l'organigramme cible régional, fruit d'un travail très important, a été effectué auprès de l'ACOSS. Ce sont ces dossiers qui ont été remis aux Instances représentatives du personnel pour avis.

● **Relations sociales**

- Saisine des IRP locales dans le cadre d'un processus d'information consultation relatif à l'organisation de la future URSSAF régionale.
- Expertises CHSCT régionales en Pays de la Loire et en Auvergne, départementale en Midi-Pyrénées.

● **Informatique**

- Fusion dite « à blanc » effectuée dans les 3 régions pilotes.

Les projets pilotes se déroulent selon le calendrier prévisionnel et dans des conditions satisfaisantes dans la perspective de la création des URSSAF régionales au 1^{er} janvier 2012. À l'heure où ces lignes seront publiées, trois URSSAF régionales seront en place ; elles n'auront pu voir le jour que grâce au fruit d'un important travail collectif au plan des URSSAF et de l'ACOSS, tant au niveau politique que des services. La coopération avec la DSS aura permis de tenir les premières échéances sur le sujet difficile de la gouvernance, peu développé dans cet article, mais qui mériterait une analyse à part entière.

La préparation de l'URSSAF régionale nécessite une gestion en trois temps, tout d'abord celui de la construction de l'organisation qui permet de définir les rôles et responsabilité, ensuite celui de la gestion technique pour préparer les opérations informatiques, condition *sine qua non* de la réalité régionale et de la continuité de service. Enfin, celui de la gestion sociale pour définir le nouveau cadre collectif de travail et celui-ci est encore devant nous.

Quels territoires pour le social ?

Michel Yahiel

Délégué général de l'Association des Régions de France

Les politiques sociales font face, historiquement, à un paradoxe : pour des raisons pratiques chacun convient qu'elles doivent épouser au plus près les besoins des populations qu'elles concernent ; mais le principe d'égalité conduit le plus souvent à les encadrer au plus près, nationalement. Autrement dit, prêt à porter et sur mesure doivent y faire en permanence bon ménage.

Cette dialectique est complexe, même dans le cas, apparemment le plus simple, où l'articulation entre les règles et leur mise en œuvre semble la mieux rodée. Ainsi les prestations sociales légales (RSA, APA, PCH), gérées par les conseils généraux sont logiquement enserrées dans les lois et règlements ; mais alors, le débat se déplace sur le terrain financier, celui de la compensation des charges, vieille pomme de discorde entre les conseils départementaux et l'État, depuis les premières lois de décentralisation.

Dans le domaine de la santé, les choses ne sont pas plus simples. Si les politiques de santé, notamment hospitalière, sont très largement dominées par le couple État/Assurance maladie, force est de constater que les interventions des collectivités vont croissant, soit qu'elles investissent plus qu'avant le champ il est vrai assez lacunaire de la prévention et de la santé publique « territorialisée », soit que la raréfaction des financements publics conduise à les solliciter bien plus fortement. Ainsi, après que les grandes villes et les conseils généraux se soient assez largement intéressés à ce domaine stratégique, les Régions y apparaissent désormais, d'une part à la faveur des compétences qui leur ont été transférées en matière de formation (exemple des IFSI, ex écoles d'infirmières), d'autre part et surtout par le prisme de leur engagement croissant dans la sphère de la recherche et de l'enseignement supérieur.

La situation est encore plus manifeste dans le domaine de l'emploi et de la formation. Bien que l'État ait souhaité, dans la dernière période, intervenir de nouveau dans des champs pourtant confiés par le législateur aux Régions, notamment l'apprentissage, ou du moins renforcer sa présence au point d'imposer désormais un « contrat » là où ces collectivités

1

LES ÉVOLUTIONS
DE LA PROTECTION
SOCIALE

étaient seules investies du pouvoir de programmation (CPRDF imposés par la loi de 2009 relative à la formation professionnelle), il est désormais peu d'acteurs du système qui ne considèrent comme essentielle la territorialisation de ces actions.

En réclamant la mise en place d'un véritable Service public régional de l'orientation, de la formation et de l'apprentissage, les régions tirent les conséquences d'un constat de bon sens : l'insertion professionnelle ne peut se décréter depuis Paris et l'échelle régionale est la plus pertinente pour mobiliser efficacement toutes les énergies. Au demeurant, les relations croissantes entre Conseils régionaux et équipes de Pôle emploi démontrent qu'un grand opérateur national n'a nul besoin d'une tutelle administrative tatillonne pour aller de l'avant avec des partenaires de terrain : ce qui vaut dans le transport ferroviaire avec la SNCF se vérifie ici aussi, dès lors que les rôles de chacun sont clairement définis et surtout que des compétences adéquates se trouvent mobilisées.

Que ce soit par principe (attachement à l'idée du « qui paie décide » et surtout à l'impératif de rapprocher les décisions de ceux qu'elles concernent) ou par pragmatisme (l'État ne peut plus tout faire, au risque de « tout faire mal », selon le constat fait par M. Raffarin, alors Premier ministre, devant le Congrès de Versailles, en 2004), chacun mesure bien que les politiques sociales ne peuvent plus être régies selon le modèle centralisé, allant de la loi aux ministères sociaux et aux préfets.

Les acteurs économiques et sociaux, dont on oublie trop souvent le propre niveau de « territorialité » (cf. le réseau des PME/TPE et même l'organisation interne des partenaires sociaux, mais aussi des opérateurs associatifs) regardent certes toujours « vers Paris », mais moins nettement et ont tous su trouver le bureau des élus locaux. Les gestionnaires de la Sécurité sociale, malgré les contraintes qui pèsent sur eux, sont depuis longtemps engagés dans cette approche de partenariat local, toutes branches confondues.

Toutefois, ces évolutions sont encore aujourd'hui plus subies que véritablement choisies, de sorte que plusieurs voies de progrès sont à explorer.

En premier lieu, si le dialogue social interprofessionnel doit conserver toutes ses prérogatives, surtout dans des systèmes conventionnels comme l'assurance-chômage ou les retraites complémentaires, il serait sans doute temps de dépasser le thème éculé des rapports entre la loi et le contrat, pour mettre en place des échanges triangulaires incluant les principales collectivités, sur les sujets de leur ressort. De fait, que les discussions sur les politiques d'emploi ou de formation puissent encore se dérouler ainsi



sans les régions semble assez confondant. À l'inverse, bien des sujets relatifs aux pouvoirs locaux, à commencer par la fiscalité, devraient ressortir de politiques globales (ici la réforme de l'impôt) plutôt que de rester confinées dans des enceintes spécialisées.

Par ailleurs, il est fondamental que le dialogue social territorial trouve à s'incarner. Au-delà de la question, il est vrai sensible, de la représentation des salariés dans les TPE, il semble inéluctable que les partenaires sociaux fassent eux-mêmes leur mue, en dépassant les effets de silos « sectoriels » pour aborder ces politiques sur un plan spatial et donc plus horizontal. Il est vrai que la LOLF et la RGPP auront eu cet effet inattendu, du côté de l'administration d'État, de combiner une raréfaction des moyens humains et un retour aux tuyaux d'orgue ministériels, ce qui ne peut que désinciter les partenaires de l'administration à consentir les efforts requis, mais toujours dérangeants.

Quoi qu'il en soit, l'état des finances publiques françaises laisse augurer, à lui seul, d'une réflexion de fond pour lancer une nouvelle vague de décentralisation.

En matière sociale, l'exercice nécessitera on le voit une particulière attention, dépassant très largement les justes inquiétudes de certains sur la nécessité de systèmes robustes d'évaluation et de péréquation. Ce qui sera en jeu, derrière les questions quelque peu idéologiques (le Service public ne peut-il passer que par l'État central ?) sera la capacité à définir des règles claires de partage des compétences, avec au fond trois sphères. L'une, régaliennne, où l'État devra agir seul. Une autre, symétrique, de pleine compétence des collectivités. Enfin une dernière aux contours plus complexes, zone de « coproduction » avec des règles du jeu et des lieux de régulation sauf à créer des rigidités insurmontables : ce serait le rôle de contrats État-Régions revivifiés que d'en fournir le cadre.

Si cet exercice est réussi, la réforme de l'État et la modernisation des grandes politiques publiques ne pourront que s'en trouver confortées, voire tout bonnement sauvées. Sinon, il y a tout lieu de croire que l'efficacité des actions en pâtira et que les citoyens, notamment les plus fragiles (malades, demandeurs d'emploi, personnes âgées, handicapées, exclues...), déjà en butte à l'extrême complexité de nos systèmes sociaux, en concevront un ressentiment encore plus fort.

Bref, dans le secteur social, « penser les territoires » constitue plus que jamais une formidable gageure dans notre pays et, de ce point de vue, un défi de première grandeur pour nos prochains gouvernants, quels qu'ils soient. « Penser global et agir local » n'est pas un besoin circonscrit aux relations internationales...

L'apport de la création des ARS dans la définition des territoires de santé

Claude Évin

Directeur de l'Agence régionale de santé d'Île-de-France

En renforçant à travers la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoire de juillet 2009 le niveau régional du système de santé, le législateur a souhaité développer la prise en compte des particularités territoriales, exprimées au travers de besoins de santé différenciés, afin d'adapter les politiques de santé aux contextes locaux. Ce renforcement de l'échelon régional, entamé depuis trois décennies, doit surtout garantir une approche plus cohérente et plus efficace des politiques de santé menées sur un territoire. Dans une volonté de mieux adapter l'offre de santé aux besoins, la loi HPST place le territoire au cœur de l'organisation du système de santé, en appelant à une organisation territoriale qui dépasse le cadre du soin stricto sensu, pour s'élargir à la prévention, à l'éducation, à la santé et au secteur médico-social. Cela nécessite de développer des stratégies territoriales en relation avec les élus locaux et les différents acteurs du territoire.

Pour les géographes, le succès du terme « territoire » au sein même de leur discipline comme au-dehors est source de questions. La diffusion rapide et massive de cette notion dans le secteur de la santé compte au nombre des évolutions frappantes qui conduisent les géographes à souligner la polysémie, les avantages et les limites de l'emploi de ce terme. Le mot « territoire » vient désormais spontanément à l'esprit lorsque l'on veut désigner un espace en référence à une identité collective, en tant que support du développement historique de cette identité et de sa capacité à s'ancrer dans un espace consacré. Le territoire est aussi, plus prosaïquement, le support d'un découpage administratif et d'une entité politique, un espace contrôlé et borné caractérisant une unité de droits, de devoirs, de moyens ou de garanties. Dès lors que peuvent être désignées comme « territoires » des entités géographiques de tailles, de natures ou de fonctions extrêmement disparates, les limites de l'usage de ce terme sont liées, pour certains géographes, à sa polysémie ou à son imprécision. D'un autre côté, l'intérêt reconnu de ce terme réside dans sa capacité à incarner les interactions permanentes que les sociétés entretiennent avec leur espace

de vie. Le territoire est ainsi un vecteur pertinent de l'intervention politique et sociale, qui permet d'adapter la réponse à des problèmes sociaux en fonction des réalités observées sur le terrain.



C'est en tant que vecteur d'une telle intervention politique adaptée aux réalités locales que la notion de territoire s'est d'abord diffusée dans le secteur de la santé. La loi HPST de juillet 2009 confie ainsi aux Agences régionales de santé (ARS), dont elle porte création, de définir des « territoires de santé » répondant à l'objectif global de mettre en œuvre la planification régionale. L'idée générale est donc d'abord de disposer d'une échelle d'action affinée pour décliner la stratégie définie au niveau régional.

Mais, plus précisément, les territoires de santé au sens de la loi HPST doivent surtout servir à matérialiser l'organisation nouvelle et décloisonnée de l'offre de santé telle que portée par les ARS. La création des ARS en effet symbolise en tout premier lieu l'ambition résolue de favoriser une organisation intégrée et transversale de l'offre de santé en région, en lieu et place des planifications segmentées qui régissaient jusqu'alors l'hôpital d'un côté, la santé publique de l'autre, l'offre médico-sociale ou la sécurité sanitaire de leur côté, sans parler des relations avec l'offre ambulatoire. Si la territorialisation de la politique de santé est une tendance lourde de l'évolution de notre secteur depuis plusieurs années, la loi HPST marque donc de ce point de vue un nouveau tournant. En dotant l'échelon régional d'une entité stratégique unique avec les ARS, et en encourageant ces ARS à construire des territoires de santé adaptés à leur politique transversale à l'ensemble des secteurs de l'offre de santé, la loi structure la notion de territoire pour y ancrer le décloisonnement de l'offre de santé qu'elle entend promouvoir.

Le secteur de la santé : un lent processus de régionalisation et une accélération radicale avec la loi HPST

La territorialisation de la politique hospitalière portée par la loi Boulin dès 1970 a fait émerger la circonscription régionale comme cadre de référence des politiques de santé.

Mais, par défaut de pilotage global sans doute, la liste des sigles nouveaux imaginés au fil des réformes créant un niveau d'action régional déconcentré avait pris peu à peu l'allure d'un inventaire à la Prévert : création

1

LES ÉVOLUTIONS
DE LA PROTECTION
SOCIALE

en 1991 des Schémas Régionaux d'Organisation des Soins (SROS) et des Comités Régionaux de l'Organisation Sanitaire et Sociale ; création en 1993 des Unions Régionales des Médecins Libéraux (URML) ; en 1996, des Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH), des Unions Régionales des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM) et des Conférences Régionales de Santé (CRS) ; en 2002, ce sont les Conseils Régionaux de la Santé et les Commissions Régionales de Conciliation et d'Indemnisation (CRCI) qui voient le jour ; à partir de 2004 enfin, les Plans Régionaux de Santé Publique (PRSP) organisent l'offre de santé publique en région au travers des Groupements Régionaux de Santé Publique (GRSP), à quoi s'ajoute la création des Missions Régionales de Santé (MRS). Durant la même période, chaque loi de financement de la Sécurité sociale a en outre créé, en 2000, 2004 et 2008, des dispositifs régionaux aux mains des Caisses d'Assurance maladie à travers la conclusion, au niveau régional, de contrats de bon usage des soins, de contrats de bonne pratique et de santé publique et de contrats individuels.

L'ancrage de la politique de santé à l'échelle de la région visait tout d'abord à adapter les politiques de santé aux particularités épidémiologiques, géographique et organisationnelles des territoires. L'objectif était par ailleurs de renforcer l'efficacité des politiques de maîtrise des dépenses de santé, en y associant davantage les professionnels de terrain. Enfin, le niveau régional avait sans doute pour avantage de représenter un niveau de pilotage unifié qui ne remette pas en cause la répartition des compétences nationales entre l'État et l'Assurance maladie.

Mais en réalité, au fil des réformes, la régionalisation du système de santé a surtout donné lieu à la formation d'une nébuleuse de compétences cloisonnées, avec, pour finir, des réalisations demeurées limitées. Ce cheminement a trouvé son terme avec la volonté unificatrice de la loi de 2009, qui a concentré aux mains d'un acteur régional unique, l'ARS, l'ensemble des pouvoirs sanitaires régionaux de l'État.

Notion de « territoire » : définition

La création des ARS s'est accompagnée d'une redéfinition de la notion de territoire de santé dans la loi *Hôpital, Patient, Santé et Territoire* du 21 juillet 2009. Héritiers des secteurs sanitaires, les territoires qui ont été jusqu'ici définis par les schémas régionaux d'organisation des soins



concernaient avant tout l'organisation de l'offre hospitalière. Plus récemment, la même notion a également été mobilisée pour définir des territoires de permanence des soins.

La loi définit désormais le territoire comme l'élément essentiel de l'organisation de l'offre de santé dans sa globalité : ils devront être « pertinents pour les activités de santé publique, de soins et d'équipement des établissements de santé, de prise en charge et d'accompagnement médico-social ainsi que pour l'accès aux soins de premier recours » (CSP, art. L. 1434-16). Territoires légaux de référence, ils représentent le niveau d'opposabilité des SROS (volet hospitalier).

Mais la loi HPST définit également le territoire comme un échelon pertinent pour l'exercice de la démocratie sanitaire. La mise en place, dans chacun des territoires que l'ARS définit, d'une « conférence de territoire » (voir CSP, art. D. 1434-1 *sq.*) atteste de la volonté que, conformément à la mission que la loi assigne à ces conférences, les actions conduites par l'ARS soient ancrées au niveau territorial.

La réforme confère donc aux territoires de santé une ambition élargie : l'enjeu est de constituer des territoires qui permettent que la transversalité des missions de l'ARS s'incarne en décloisonnant les différentes offres de santé. Les territoires définis par les ARS devront répondre aux besoins des citoyens non seulement pour les soins hospitaliers mais aussi pour l'offre médico-sociale, l'offre ambulatoire, les soins de premiers recours et pour l'organisation de la prévention et de la veille sanitaire. Rassemblant l'ensemble des secteurs de l'offre de santé, ils doivent permettre de respecter les logiques différentielles des acteurs.

Il est également souhaitable que le territoire de santé corresponde à un niveau de concertation ou de décision politique générale afin que les questions de santé ne soient pas traitées isolément mais intégrées dans les politiques locales de transports, de logement ou de cohésion sociale par exemple.

À chaque acteur son territoire, à chaque territoire ses acteurs... : comment définir des territoires ?

Il ne peut y avoir qu'une multiplicité de découpages territoriaux selon la diversité des acteurs qui s'y rapportent. Territoires d'observation, de projet ou de concertation, découpages administratifs, électoraux ou fonctionnels, zonages institutionnels, etc. : la notion de territoire recouvre des réalités

1

LES ÉVOLUTIONS
DE LA PROTECTION
SOCIALE

diverses, selon la nature des solidarités que le découpage cherche à identifier ou à valoriser, mais aussi selon la finalité que poursuit l'auteur du découpage.

Ainsi, en Île-de-France, de fait, bien qu'une part essentielle de la vie quotidienne des Franciliens s'inscrive dans leur espace communal de résidence, les espaces des mobilités extracommunales des Franciliens semblent de plus en plus diversifiés du fait de la multiplicité de l'offre d'équipements et d'un réseau de transports performant. C'est ce qu'illustrent le développement actuel de l'intercommunalité, la diffusion croissante dans de nombreux secteurs d'activité de la notion de « bassin » (de vie, d'emploi, de formation...), ou encore, au niveau le plus macro, les évolutions d'organisation régionale qui se font jour à l'heure actuelle à travers le schéma de développement de la région, les projets du Grand Paris, ou encore les rapprochements progressifs des universités et grandes écoles ; ces évolutions soulignent la structuration progressive de la région autour de pôles d'attractivité et de flux de déplacement particulièrement denses.

À sa création, l'ARS a identifié un véritable mille-feuilles de découpages socio-sanitaires. La construction des démarches territoriales qui sont utilisées aujourd'hui par les acteurs fait appel à des logiques différentes : on trouve à la fois des maillages obtenus par analyse de flux de consommation ou de déplacements (c'est notamment le cas des territoires de santé définis par les SROS), des maillages structurés autour d'une organisation de professionnels (les filières de soins gériatriques hospitalières par exemple), et des constructions purement administratives (par exemple les secteurs de permanence des soins ambulatoires ou les secteurs gérontologiques).

Dès lors, sur quels critères l'ARS pouvait-elle s'appuyer lorsqu'à sa création elle a dû se doter de territoires de santé conformément à la loi HPST ? La commission régionale de santé d'Île-de-France avait émis un avis fin 2009 sur les critères qui conditionnent la « réussite » d'un territoire de santé à savoir :

- porter des principes et des valeurs ;
- être connu de tous ;
- s'inscrire dans un environnement de responsabilités claires et partagées ;
- être observé de manière indépendante ;
- se placer dans la proximité ;
- être orienté vers une population informée.

Territorialiser l'action en santé en Île-de-France : le choix de l'ARS



La territorialisation de l'action est un gage de son adéquation aux besoins et de sa pertinence. Pour l'ARS Île-de-France, la définition des territoires de santé répondait à plusieurs ambitions globales :

- valoriser une approche territoriale souple et modulable selon les sujets et les partenaires ;
- répondre aux priorités stratégiques de l'ARS Île-de-France, en particulier pour réduire les inégalités sociales et territoriales de santé et pour réorganiser le premier niveau de recours aux soins et la permanence des soins ;
- faciliter la cohérence entre les différentes politiques publiques ;
- animer la démocratie sanitaire, dans le cadre institutionnel des conférences de territoire et au-delà.

C'est ainsi que l'ARS Île-de-France a défini huit territoires de santé correspondant aux 8 départements de la région : Paris, Seine-et-Marne, Yvelines, Essonne, Hauts-de-Seine, Seine-Saint-Denis, Val-de-Marne et Val-d'Oise.

Cette redéfinition du paysage de la santé en Île-de-France a recueilli, conformément à la loi, les avis de la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie, des Conseils généraux, du Préfet de la Région Île-de-France, mais aussi des contributions de très nombreux partenaires et institutions régionales (Conseil régional, APHP...).

Cette nouvelle organisation doit permettre de mettre en œuvre au plus près des territoires les grandes priorités que l'Agence régionale de santé s'est fixée au travers de son Plan stratégique régional de santé.

Le choix d'une correspondance des territoires de santé avec les départements permet d'inscrire l'action de l'agence régionale de santé en cohérence avec celle des collectivités et de la plupart des acteurs intervenant dans ses champs de compétence. En outre, dans une région où la géographie ne permet pas d'identifier de manière évidente des territoires infra-régionaux immédiatement reconnaissables par la population, l'échelon départemental est un niveau adapté pour donner aux professionnels de santé et aux Franciliens de la visibilité sur des territoires de santé qui doivent jouer un rôle important dans le renforcement de la démocratie sanitaire régionale.

1

LES ÉVOLUTIONS
DE LA PROTECTION
SOCIALE

Le défi de l'ARS : la graduation des actions

La création des ARS ne doit pas conduire à éloigner le centre de décision des acteurs de santé des territoires.

L'action à l'échelle des territoires de santé doit donc être renforcée par une intervention à l'échelle infra-territoriale. L'ancrage des politiques de santé au sein des territoires infra-régionaux est un gage de leur efficacité, au plus près des personnes concernées, au plus près des décideurs et des opérateurs susceptibles de les mettre en œuvre.

La définition d'un découpage territorial ne saurait masquer le fait que les différents modes d'action et les différents acteurs imposent des logiques d'échelle qui ne peuvent systématiquement être regroupées à un échelon prédéfini. L'ARS a donc procédé à la définition de ses territoires de santé tout en rappelant que d'autres niveaux d'action seront pertinents pour son action :

- le maillage de proximité, pour les initiatives locales et les partenariats de proximité avec les professionnels de santé, les élus ou les associations, notamment dans le cadre de la régulation de l'offre de premier recours (dont la permanence de soins), avec un rôle primordial des délégations territoriales de l'ARS ;
- le territoire d'intervention, qui correspond à un lieu de vie collectif plus structuré, conforme à des réalités économiques et sociales à partir duquel puissent être élaborés des projets locaux de santé ;
- enfin, la région elle-même demeure le niveau de décision et de pilotage de la politique de santé impulsant et fédérant les dynamiques territoriales, mais aussi le niveau des instances délibératives interlocutrices de l'ARS (CRSA, URPS).

Ainsi, à l'intérieur des territoires de santé départementaux l'action de l'ARS s'inscrit dans le cadre des découpages territoriaux qui s'appliquent réglementairement à certaines activités couvertes par l'Agence (permanence des soins...), mais également dans le cadre de « territoires d'intervention » que l'ARS définit pour agir au plus près des besoins de santé de la population. Cette action de proximité prend également la forme de contrats locaux de santé qui seront progressivement noués avec les collectivités territoriales.

C'est grâce à la mise en œuvre d'une gouvernance adaptée à l'échelle des territoires de proximité que l'ARS sera en capacité de s'allier l'engagement des acteurs de terrain et d'encourager leur créativité et leur capacité d'adaptation aux évolutions.



Les efforts récents pour structurer une offre de santé cohérente au niveau des territoires ont conduit à proposer de nombreux découpages successifs. L'ARS doit relever le défi de la graduation de ses actions et de la coordination entre les différentes échelles d'action pertinentes, entre le territoire régional, les territoires de santé que sont les départements franciliens, et enfin l'échelle de la proximité où se joue la structuration des parcours de santé.

Les contrats locaux de santé

Dans les territoires identifiés comme vulnérables, l'ARS confortera sa démarche de contractualisation territorialisée en développant les contrats locaux de santé (CLS). Les premiers CLS sont en cours de signature en Île-de-France avec plusieurs collectivités territoriales. Ils visent à mieux coordonner la démarche de l'ARS, déclinant le Projet régional de santé, et les projets de santé portés par les collectivités.

Ce sont des outils précieux pour participer à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. Ils peuvent porter sur l'ensemble du champ de compétences de l'Agence (prévention, soins, services médico-sociaux) mais également sur les déterminants de santé pour lesquels les leviers se trouvent largement à l'extérieur.

Une attention particulière sera portée à l'articulation entre ces contrats locaux de santé et les démarches existant dans le cadre de la politique de la ville (volets santé des Contrats Urbains de Cohésion Sociale (CUCS) et Ateliers Santé Ville (ASV), Conseils locaux de santé mentale, volet de santé des agendas 21...), qui témoignent déjà d'une forte sensibilisation aux problèmes de santé dans des territoires fragilisés. La logique du pilotage partenarial apparaît comme centrale dans l'élaboration des CLS. Les CLS peuvent également associer d'autres acteurs de la santé, partenaires et organismes prêts à accompagner les actions (CPAM, CAF, conseils généraux, associations, mutuelles, etc.) créant une dynamique de santé locale, cohérente et coordonnée, en réponse à des besoins clairement identifiés à partir d'un diagnostic local partagé.

L'animation territoriale : une démarche à renforcer

Demain, la qualité de l'animation territoriale sera une condition essentielle de la réussite au plan local des politiques publiques conçues par l'ARS. Les Délégations territoriales assumeront l'animation au cœur des

1

LES ÉVOLUTIONS
 DE LA PROTECTION
 SOCIALE

territoires des sujets entrant dans le champ de compétence de l'Agence : du médico-social jusqu'à l'hospitalisation en passant par l'ambulatoire, la santé publique et la veille et sécurité sanitaires, pour toutes les actions exigeant la proximité des porteurs des politiques de santé

avec le terrain.

L'ARS doit relever le défi de l'adaptation de ses compétences. La réunion des forces de l'État et de l'Assurance maladie doit permettre l'alliance des cultures professionnelles et la construction d'un socle fédérateur de valeurs. Plus largement, incarnant une volonté de changement et de rénovation, l'ARS doit également assurer l'évolution et l'adaptation de ses compétences aux transformations qu'elle souhaite accompagner et impulser, notamment en termes d'appui à la coordination des offreurs au service des populations à l'échelle des territoires de proximité. La diversité des qualifications de ses agents est un gage de sa capacité à s'adapter aux exigences nouvelles qu'elle entend relever pour la santé en Île-de-France.

Le rôle des 8 délégations territoriales de l'ARS est ici décisif ; parties intégrantes et essentielles de l'ARS, ces délégations territoriales s'inscrivent dans la stratégie régionale et sont garantes de la territorialisation des politiques et des projets de santé. Elles mettent en œuvre dans les territoires la politique régionale de santé, elles suscitent et accompagnent les initiatives locales, elles ont un rôle clé à jouer dans la sensibilisation de l'action collective locale aux sujets de santé, et elles facilitent également la prise en compte des enjeux locaux dans le cadre régional. Les délégations territoriales seront les animateurs indispensables pour assurer la concertation entre les acteurs et partenaires, et créer l'articulation opérationnelle des dispositifs.

**Les conférences de territoire :
 la démocratie sanitaire
 au plus près des réalités locales**

Les conférences de territoires sont le lieu privilégié de la concertation dans les territoires de santé. Avec la Conférence régionale de santé et de l'autonomie qui comprend en son sein des représentants des conférences de territoire, elles constituent les instances de la démocratie sanitaire en région. Les conférences de territoires sont installées dans chacun des huit territoires de santé franciliens depuis janvier 2011. Composées au plus de 50 membres, elles sont également impliquées dans la mise en place de la politique de santé en région et dans les territoires.



La conférence de territoire est composée de cinquante membres au plus ayant voix délibérative. Ces membres sont répartis dans plusieurs collèges permettant la représentation de tous les acteurs : les établissements de santé ; les établissements médico-sociaux ; les organismes œuvrant dans les domaines de la promotion de la santé et de la prévention ou en faveur de l'environnement et de la lutte contre la précarité ; les professionnels de santé libéraux ; les centres de santé, maisons de santé, pôles de santé et réseaux de santé ; les établissements assurant des activités de soins à domicile ; les services de santé au travail et les associations d'usagers ; les collectivités territoriales. Elles ont donné leur avis sur leurs orientations prises par l'ARS au travers de leurs travaux sur le Plan stratégique régional de santé. Leur implantation locale permet en effet de mieux appréhender le tissu local et les besoins de santé des populations de leur territoire. Elles contribuent à mieux cibler les actions et la politique de santé publique sur leur territoire et sur l'offre de soins et médico-sociale.

Conclusion

L'enjeu de la définition des territoires de santé en région était de créer les conditions du changement profond de l'organisation du système de santé porté par la loi HPST. La condition du succès réside dorénavant dans la capacité de tous à se mobiliser et faire émerger une vision partagée, autour d'une « communauté de destins » permettant de renforcer l'accès à une santé de qualité pour tous dans les territoires.

Enfin, au-delà de la question spécifique de la définition des territoires de santé, il faut conclure en rappelant que les politiques publiques dans les domaines de la santé et de l'aménagement du territoire sont indissociables pour répondre aux attentes et aux besoins des usagers. En Île-de-France, l'ARS se donne pour objectif de contribuer à faire reconnaître l'urbanisme, l'aménagement du territoire et le cadre de vie comme des déterminants majeurs de la santé des Franciliens. Car l'ARS Île-de-France ne parviendra pas seule à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé, tant il est établi que les déterminants sociaux, économiques et culturels ont au moins autant d'influence sur l'état de santé des populations que les comportements individuels ou les soins médicaux. Ces déterminants, ancrés notamment dans l'aménagement des territoires et dans l'urbanisme, appellent donc une mobilisation de tous les acteurs en région. Pour cela, l'ARS souhaite jouer le rôle de chef d'orchestre et mettre la santé dans toutes les politiques en région, à l'échelle de chaque territoire.

Île-de-France, des inégalités sociales et territoriales fortement marquées

Une concentration de population qui va croissant

L'Île-de-France se caractérise par **une occupation de l'espace en cercles concentriques avec une densité de population décroissante du centre vers la périphérie** et une urbanisation continue en zone centrale, petite couronne et première couronne de la grande couronne, et une discontinuité urbaine ensuite.

Si la population francilienne s'accroît de façon continue, on a connu ces dernières années un véritable retournement de tendance : alors que, sur la période 1975-1990, la moitié de la croissance francilienne était accueillie dans les 5 villes nouvelles de la région (Cergy-Pontoise, Évry ; Marne-la-Vallée, Saint-Quentin-en-Yvelines, Sénart), sur la dernière période, la moitié de la croissance est maintenant accueillie à moins de 20 km de Notre-Dame (Paris 19^e, Courbevoie, Levallois-Perret, Issy-les-Moulineaux, Paris 12^e, Rueil-Malmaison, etc.).

Une région de plus en plus inégalitaire

L'Île-de-France est la plus riche mais aussi la plus inégalitaire des régions françaises. Ces inégalités tendent à s'accroître et marquent ainsi une différenciation croissante entre l'Est et l'Ouest de la région.

L'Île-de-France fait partie des régions françaises où l'on vit le plus longtemps. En 2006, l'espérance de vie des hommes est la plus élevée de toutes les régions de France. L'Île-de-France est aussi dans une situation légèrement plus favorable que la France métropolitaine en ce qui concerne la mortalité prématurée. Cette situation favorable connaît cependant de très fortes disparités à l'échelle infrarégionale : ainsi, **les hommes vivent en moyenne deux années de plus dans les Hauts-de-Seine qu'en Seine-Saint-Denis.**

L'Île-de-France se distingue aussi de la moyenne française en ce qui concerne la mortalité infantile, avec un taux de décès avant l'âge de un an qui dépasse le taux national en Essonne, dans le Val-d'Oise et surtout en Seine-Saint-Denis.

Or les observations tendent à montrer qu'**il existe une assez forte superposition entre états de santé et niveaux de revenus.** Les cartes de la mortalité prématurée et de l'écart au revenu médian se font ainsi nettement écho.



Quelles politiques sociales dans la société mobile ?

Daniel Béhar

Géographe, consultant à la coopérative Acadie,
Professeur associé à l'Institut d'Urbanisme de Paris (Université Paris Est)

Stéphanie Morel

Politiste, consultante à la coopérative Acadie

Introduction

À l'ère des flux et des mobilités, la question sociale territoriale mérite d'être revisitée, tant les politiques sociales « historiques » – les politiques universalistes redistributives (droits sociaux) et les politiques territoriales d'exception (politique de la ville) – apparaissent décalées par rapport aux réalités des dynamiques des territoires. En effet, on constate aujourd'hui une sorte d'impuissance fondamentale des politiques sociales à qualifier et à traiter la complexité et la diversité des problématiques socio-territoriales qui ont émergé depuis une quinzaine d'années, sous l'effet d'une généralisation des mobilités résidentielles et d'une complexification de la question sociale. Surtout, on constate qu'il existe une sorte de « *no man's land* » des politiques publiques, une diversité de « questions sociales territoriales » échappant aux politiques nationales redistributives, malgré leur transposition au local, ainsi qu'aux politiques territorialisées dites « de la ville », enserées dans un cadre normatif et méthodologique étatique.

Comment analyser le décrochage entre développement métropolitain producteur de richesses et accroissement des spécialisations sociales et spatiales à des échelles de plus en plus différenciées ? Quelles modalités de traitement des pauvretés « interstitielles » des grandes métropoles françaises – nouveaux *bidonvilles*, parc social de fait, structures d'hébergement d'urgence... – en croissance et en renouvellement constants ? Quelle analyse de la fonction *promotionnelle* des zones urbaines sensibles qui demeurent des territoires d'accueil des populations les plus précaires, mais connaissent-elles aussi des flux permanents de sortants et d'entrants ?

1

LES ÉVOLUTIONS
DE LA PROTECTION
SOCIALE

Quels leviers d'intervention sociale pour sécuriser les parcours professionnels, résidentiels et éducatifs des ménages, notamment ceux qui sont les plus proches du « basculement », les classes moyennes *inférieures*, dans une situation à l'équilibre, de plus en plus tentées par l'accession à la propriété dans un périurbain lointain restreignant l'accessibilité aux ressources territoriales ?

Ces quelques exemples pour montrer que, d'une part, il n'est plus possible aujourd'hui de penser la question sociale sans le territoire, traversé et façonné par les trajectoires des individus et des ménages dans l'espace, et que, d'autre part, il apparaît urgent d'inventer de nouvelles politiques sociales qui prennent en compte les mutations territoriales contemporaines et passent d'un modèle d'*égalité des chances* justifiant la *compensation* à un modèle d'*égalité des places* exigeant la sécurisation, l'accessibilité et la *mise en capacité*.

La complexification de la question sociale territoriale dans la société mobile

Depuis une quinzaine d'années, le « territoire » est entré dans la *globalisation*. Alors que les territoires étaient relativement autonomes pendant la période précédente, où la question territoriale s'exprimait sous la forme d'une tension entre le centre et la périphérie, ce qui les caractérise aujourd'hui est leur interdépendance. En effet, auparavant, la question sociale tendait à s'identifier avec la question spatiale : les populations les plus pauvres, héritières de la désindustrialisation, vivaient aussi dans les territoires périphériques, tandis que les capitales connaissaient une certaine prospérité. Le processus de globalisation/métropolisation se caractérise par la fin de l'isolement relatif dans lequel se trouvaient les différents territoires (autant en période de prospérité qu'en période de crise) avec une croissance des interdépendances entre territoires. Ces interdépendances sont liées à l'intensification des mobilités de toutes sortes, qu'elles soient résidentielles, professionnelles, dans le cadre d'études ou de loisirs... La métropolisation dans l'espace engendre ainsi un puissant mouvement de dissociation de l'habitat, des emplois et des lieux de consommation, de loisirs et d'études, rendue possible par l'intensification des réseaux de transports et de communication, mais aussi par une égalisation du niveau des aménités territoriales dans les différents espaces.

Si entre les années 1970 et 1990, la mobilité en France avait cessé d'augmenter, la mobilité résidentielle des ménages français est de nouveau



en hausse depuis les années 1990, en particulier les mobilités interrégionales¹. Ces mobilités ont provoqué un certain nombre de mouvements, redessinant le peuplement des différents espaces. Et si la progression des couronnes périurbaines reste forte entre 1999 et 2006, ce qui caractérise les dix dernières années, c'est le renouveau démographique des espaces ruraux, qui augmentent désormais au même rythme que l'ensemble de la population française². Ces différents types de mobilités suivent des logiques complexes – par opposition à l'exode rural qu'a connu la France – car ces mouvements de populations sont diversifiés, incertains et complexes. En témoignent les flux franciliens, marqués par un double mouvement inédit de desserrement vers l'extérieur et de retour au centre.

Mobilités interrégionales, périurbanisation, repeuplement des « nouvelles campagnes », mobilité des populations des ZUS³, mais aussi « circulations migratoires »⁴ dans les grandes métropoles... ces mobilités résidentielles ne sont plus déterminées par la seule activité économique – supposant une connexion entre le lieu d'activité et le lieu de résidence –, mais résultent des stratégies particulières mises en place par les individus, qu'elles soient choisies ou subies. Les mobilités instaurent ainsi un nouveau rapport des ménages à l'espace et produisent une redistribution spatiale de la population qui reconfigure le lien entre question sociale et territoires. Cette redistribution des ménages sur le territoire s'accompagne en particulier d'une spécialisation sociale marquée par une hétérogénéité constante des territoires quelle que soit l'échelle à laquelle on se trouve, produisant une carte de la précarité *en tâches*. Cette spécialisation sociale se caractérise par une *fractalité*, c'est-à-dire une reproduction de la forme tachetée sur l'ensemble du territoire et à différentes échelles de territoire. Émergent ainsi sur le territoire de multiples « questions sociales territoriales », nées de la rencontre entre des trajectoires individuelles et des dynamiques de

1. « Au cours des cinq dernières années, près de deux individus sur cent ont changé de région chaque année, ce qui représente le taux le plus élevé atteint depuis 50 ans », in Baccaïni B., « Enquêtes annuelles de recensement : résultats de la collecte 2004. Des changements de région plus fréquents qui bénéficient aux régions du sud et de l'ouest », *INSEE Première*, n° 1028, juillet 2005.

2. Voir Lagagnier J. et Vienne D., « Recensement de la population de 2006. La croissance retrouvée des espaces ruraux et des grandes villes », *INSEE Première*, n° 1218, janvier 2009.

3. Le rapport 2005 de l'Observatoire national des ZUS a mis l'accent sur la sur mobilité des ménages en ZUS : 60 % des habitants ZUS ont emménagé dans un autre logement en France entre 1990 et 1999, et 40 % de la population en ZUS en 1990 ont quitté ces quartiers. Cette mobilité est plus importante dans les ZUS de l'agglomération parisienne et de l'Ouest que dans les ZUS du Nord-Pas-de-Calais (ce qui correspond à la tendance nationale des mobilités). Voir ONZUS, « La mobilité résidentielle des habitants des ZUS entre 1990 et 1999 », *Rapport 2005*, Les éditions du CIV.

4. Voir Diminescu D., « Stratégies roumaines », *Plein droit*, n° 55, décembre 2002.

1

LES ÉVOLUTIONS
DE LA PROTECTION
SOCIALE

territoires plus ou moins favorables à l'accueil de certains types de ménages, notamment les plus précaires. Et ces territoires, en raison de la nature de leur *base économique* et des politiques publiques menées, sont également plus ou moins enclins à enrayer cette précarité.

Pour illustration, plusieurs « situations socio-territoriales », ici volontairement typées, sont observables⁵. Les deux premières sont connues : elles concernent la précarisation périurbaine de ménages *modestes*, ces « captifs du périurbain »⁶, suivis par Lionel Rougié, qui, incités notamment par une politique du « tout-accession », se sont endettés pour accéder à la propriété et dont les parcours de vie sont entrés en basculement suite à un divorce, une perte d'emploi...⁷ Et, d'autre part, la fonction « refuge » des territoires ruraux et semi-ruraux, qui accueillent des formes de « néo-ruralisme » précaire⁸. Pour illustration, le Gard combine ces processus de précarisation territoriale spécifiques : il attire et accueille un nombre important de populations précarisées, notamment extrarégionales, qui contribuent à gonfler les statistiques sociales départementales – notamment en nombre de bénéficiaires du RSA. Il connaît également une précarisation périurbaine aujourd'hui naissante, mais promettant l'avènement d'un phénomène massif, ainsi qu'une précarisation dans le rural qui interrogent les acteurs publics, en particulier départementaux, qui peinent à maintenir la représentation dominante selon laquelle la pauvreté est avant tout un « problème urbain ». Face à ces enjeux, les réponses publiques sont doubles : une réflexion départementale naissante sur la difficile adaptation des outils sociaux (RSA, FSL...) aux différentes situations socio-territoriales et une *distorsion* des contrats urbains de cohésion sociale pour répondre en partie aux problématiques liées à la « multiplication des lotissements néo-provinciaux ou [à] l'immigration de banlieusards extra-régionaux précaires dans les parcs HLM »⁹.

Par ailleurs, il existe une question sociale métropolitaine spécifique, marquée par la contradiction – entre la qualité de territoire de croissance... et l'acuité des phénomènes de ségrégation sociale – et par une inscription particulière des précarités dans son espace. Les grandes villes comme

5. Voir ACADIE, *Étude prospective exploratoire sur les futurs territoires de la politique de la ville*, rapport pour le SG-CIV, Mission Prospective et stratégie, 2009 ; et ACADIE, *Étude sur les impacts sociaux de la métropole lilloise*, rapport pour le conseil général du Pas-de-Calais et le conseil général du Nord, 2011.

6. Rougié L., « Les "captifs" du périurbain. Voyage chez les ménages modestes installés en lointaine périphérie », in Capron G., Guetat H. et Cortes G. (dir.), *Liens et lieux de la mobilité*, Belin, 2005, pp. 129-144.

7. Voir Fondation Abbé Pierre, « Une France de propriétaires à tout prix ? », *Rapport 2011*, chapitre 2, pp. 51-99.

8. Sencébé (Yannick) et Lepicier (Denis), « Migrations résidentielles de l'urbain vers le rural en France : différenciation sociale des profils et ségrégation spatiale », *EspacesTemps.net*, Textuel, 10.05.2007.

9. Convention cadre du CUCS du Piémont Cévenol, au nord du bassin d'Alès.



Paris permettent l'accueil de populations très précaires, particulièrement mobiles, qui sont touchées par la précarité en termes de logement, d'emploi, et de statut, notamment les migrants, sans logement ou vivant dans des conditions de logement précaires, voire pour certaines sans Aides sociales ou sans statut. Les métropoles détiennent de telles marges d'accueil pour ces pauvretés, qui se renouvellent en permanence, notamment parce qu'elles disposent d'interstices, résidentiels (parc privé de fait, structures d'hébergement...) et non-résidentiels (les espaces publics : rues, places, gares, terrains vagues...), qui permettent aux populations précaires et aux migrants de s'installer, de partir, de revenir... De par son offre de « logement » peu ou pas coûteuse et ses espaces publics diversifiés au sein d'un territoire aux multiples formes d'activités et de brassages, Paris est le territoire d'accueil instable de multiples formes de pauvretés mobiles qui posent une nouvelle question territoriale dès lors qu'elles ne sont pas saisissables dans les catégories « classiques » de l'Aide légale et de l'Action territorialisée.

Enfin, on observe un retour, dans les centres-villes et ses faubourgs, de populations précarisées, notamment de jeunes couples ou des familles monoparentales, non véhiculées, poussées vers un parc de logement privé dégradé peu coûteux et attirés par la proximité aux services offerts en centre-ville, quand la tendance dominante, pour les ménages propriétaires, est de sortir de la ville centre.

Il existe ainsi des questions sociales territoriales émergentes, liées à la complexification des formes de précarité elle-même corrélée à la fragilisation du lien à l'emploi et à l'émergence d'une « pauvreté active »¹⁰. Il s'agit de « zones grises », hors géographie prioritaire, marquées par une précarité diffuse¹¹. Cette complexification de la question sociale territoriale remet profondément en cause les mécanismes de l'Action locale ainsi que les fondements des politiques sociales.

10. Voir Damon J., « Les travailleurs pauvres en France. De la pauvreté active à la solidarité active ? », *Futuribles*, n° 333, 2007, pp. 5-17.

11. Pour reprendre la terminologie nantaise qui distingue les zones de pauvreté installée et les zones de pauvreté « à risques » sur les sites Politique de la ville, et les « zones grises », dispersées au sein de la ville et concentrant des personnes précaires, isolées ou *travailleurs pauvres* dont les « restes à vivre » sont faibles. Cf. Ville de Nantes, *Nantoscope des besoins sociaux 2010*.

1

LES ÉVOLUTIONS
DE LA PROTECTION
SOCIALE

Une double remise en cause du principe de redistribution publique locale et de la dualité des politiques sociales

Le premier constat porte sur le caractère désormais inopérant du principe redistributif pour penser l'Action locale dans la configuration actuelle des territoires. En effet, les mécanismes fondateurs de l'Action publique, organisés autour de la redistribution, apparaissent profondément affectés par la transformation du lien entre question sociale et territoire. Décalquée de l'Action publique nationale, selon laquelle l'articulation entre croissance économique et cohésion sociale repose sur la redistribution de l'argent public, l'Action locale est jugée *efficace* au regard de sa capacité à favoriser l'implantation d'entreprises sur le territoire pour accroître l'impôt local et, ensuite, le redistribuer sous la forme d'équipements, de services et d'Aides sociales à la population résidente. Ce mécanisme, qui repose sur un fonctionnement territorial *en vase clos*, apparaît en décalage avec la réalité actuelle des dynamiques territoriales, interdépendantes et ouvertes sur l'extérieur, modelées par les trajectoires des résidents, mais aussi des non-résidents. Ce qui explique que la performance économique d'un territoire n'est pas synonyme de cohésion sociale, malgré la redistribution publique locale, dans la mesure où une grande part du bénéfice économique local profite à des populations installées ailleurs... Ainsi, le principe redistributif ne peut plus constituer le principe de l'Action locale, et l'éclatement du modèle de fonctionnement en vase clos perturbe profondément les modalités de fabrication de l'Action municipale, aux fondements du « communisme municipal »¹².

Le second constat concerne l'épuisement des politiques sociales en tant que telles. Depuis trente ans, deux types de politiques sociales coexistent, entretenant toutes deux un rapport spécifique au territoire : d'une part les politiques nationales de redistribution à travers les droits sociaux et, d'autre part, la politique de la ville. Les politiques sociales universalistes et redistributives, axées sur l'aide et la compensation financière, reposent sur un principe de solidarité envers l'individu au travers d'allocations individualisées. Elle traite les individus indistinctement à travers la catégorisation d'ayants droit, dans une logique de compensation par rapport à un seuil de niveau de vie minimum ou à une situation particulière (vieillesse, handicap,

12. Voir Subra P., « Île-de-France : la fin de la banlieue rouge », *Hérodote*, n° 113, février 2004, pp. 14-27. Voir aussi Lefebvre R., « Le socialisme municipal à Roubaix. Interventionnisme municipal et communalisation de la solidarité », in Guillaume P. (dir.), *Les solidarités. Du terroir à l'État*, Éditions de la Maison des sciences de l'Homme d'Aquitaine, Bordeaux, 2003.

1
 LES ÉVOLUTIONS
 DE LA PROTECTION
 SOCIALE

situation familiale, ressources, emploi...), et ce traitement n'est pas différencié selon les territoires. La politique de la ville promeut quant à elle le traitement de la pauvreté circonscrite sur des territoires concentrant des populations cumulant des critères de fragilité, ou jugés comme tels ¹³, au travers de l'attribution de crédits spécifiques et d'une méthodologie de l'Action publique innovante, et ce en vertu d'un principe de solidarité territoriale. La politique de la ville traite les *quartiers*, catégorie qui permet de toucher les individus mais aussi de traiter les inégalités territoriales dans une logique de remise au niveau de ces territoires de *pauvreté concentrée*.

Ces deux types de politiques fort différentes ont pourtant en commun un rapport normatif au territoire, assimilé au local : dans les politiques sociales universalistes, le territoire n'existe que par la seule vertu de la reproduction de la logique redistributive nationale au local et de la décentralisation des procédures du social, notamment justifiée par le nécessaire rapprochement de l'Action publique des réalités locales. Les politiques de la ville contribuent également à faire du territoire une catégorie en prônant une logique normative qui justifie la discrimination positive territoriale et une vision du local circonscrite à la « géographie prioritaire ». Dans ces politiques, le territoire est davantage une catégorie d'intervention publique qu'un *substrat*, et les programmes qu'elles portent sont uniformément déclinés sur les territoires, en vertu de procédures également standardisées. D'un côté, les politiques de redistribution nationale ont, au nom de l'égalitarisme, exclu le principe d'une territorialisation des aides, bien que la question sociale ne recouvre pas les mêmes réalités selon les territoires et que les critères d'attribution sont liés à une définition de la pauvreté dépassée par la complexité des formes de précarité actuelle. En témoignent la figure émergente du *travailleur pauvre*, récemment prise en compte dans la politique du RSA, ou encore le débat autour des *classes moyennes précarisées*, qui échappent aux catégories d'intervention sociale. De l'autre, la géographie prioritaire, qui a été l'instrument principal de la politique de la ville, permettant de délimiter des *territoires-zones* en fonction de leur situation de gravité sociale, et qui a constitué le principal cadre de la réponse politique aux « problèmes socio-urbains », est remise en cause, à la fois comme mode de représentation de la réalité sociale et comme instrument d'intervention. En effet, la ZUS apparaît comme une catégorie d'action dépassée par les pratiques sociales dans l'espace : les ménages sont mobiles et transgressent

13. Trois principaux « critères » ont prévalu à l'origine : les étrangers, les jeunes et les chômeurs. Voir Estèbe P., « Les quartiers de la politique de la ville. Une catégorie territoriale pour une politique de "discrimination positive" », in Ballain R., Glasman D. et Raymond R., *Entre protection et compassion. Des politiques publiques travaillées par la question sociale (1980-2005)*, PUG, 2005, pp. 111-120.

1

LES ÉVOLUTIONS
DE LA PROTECTION
SOCIALE

en permanence les périmètres que l'on forge pour en cerner les comportements, y compris dans les ZUS. La géographie prioritaire apparaît également dépassée comme instrument : au fondement de la géographie prioritaire, il existe une connexion entre la situation du territoire et les situations de ses habitants. Or, un territoire peut se maintenir « décroché » dans le temps bien que les populations se renouvellent et, par le biais de la promotion résidentielle et sociale, quittent le territoire, qui continue néanmoins d'attirer des populations précarisées en remplissant, de ce fait, une fonction d'accueil, voire de sas, constituant une étape dans les parcours résidentiels ¹⁴.

Si ces deux types d'intervention permettent de traiter les pauvretés et les inégalités – individuelles ou territoriales –, ils sont aujourd'hui profondément questionnés par la complexification de la question sociale territoriale et la constitution d'objets de politiques publiques nouveaux, non traités, aux interstices de cette double catégorie d'intervention. Le rapport au « local » et le principe de territorialisation de ces politiques sociales ne paraissent pas adaptés aux dynamiques des territoires et à la complexité de la question sociale actuelle : l'enjeu, à travers la territorialisation, n'est plus d'adapter ou de prioriser l'Action publique, mais de construire des politiques sociales en capacité de prendre en compte les dynamiques et les processus d'interdépendance des territoires, sur lesquels se cristallisent les problématiques sociales.

**Repenser les politiques sociales
au regard des systèmes territoriaux
dans lesquels elles s'insèrent
et dans lesquels évoluent les « parcours de vie »
des individus et des ménages**

L'épuisement des catégories d'intervention et l'interrogation sur les instruments d'Action publique des deux politiques sociales suggèrent que les futures politiques publiques visant à traiter les enjeux territorialisés de cohésion sociale doivent aujourd'hui être capables de prendre en considération des situations territoriales et sociales interdépendantes, évolutives et complexes, et de saisir la rencontre de contextes territoriaux et de trajectoires sociales. En termes de stratégie d'intervention, ces politiques sociales devraient moins intervenir pour « mettre à niveau » des populations

14. Voir ACADIE/L'Œil, *Le sas ou la nasse ? Les deux visages de la Seine-Saint-Denis. Analyse des ressorts socio-économiques de la Seine-Saint-Denis*, rapport pour l'ANRU, 2011.



circonscrites dans un territoire donné ou catégorisées dans une situation donnée, que pour apporter des prestations adaptées à des populations mobiles dans des contextes divers et à des échelles différenciées, au cours de trajectoires territoriales et individuelles par définitions mouvantes dans le temps et dans l'espace. La stratégie adéquate pour traiter les situations socio-territoriales de pauvreté émergentes devra ainsi combiner l'intervention par public et par territoire, aux différentes échelles territoriales, et surtout s'inscrire dans des systèmes de territoire spécifiques. Cela suggère d'une part d'envisager les conditions de la maîtrise de la question sociale au regard des formes de développement du territoire concerné et, d'autre part, de ne plus cantonner l'Action sociale à une finalité *réparatrice* et compensatrice, définie à partir de critères *handicapologiques* (dis)qualifiant les individus ou les territoires, eux-mêmes catégorisés.

Au regard des mutations contemporaines, il convient ainsi de sortir les individus et les territoires du statut d'exception dans lequel les enferment les politiques sociales actuelles et de penser, en dynamique, la manière dont les stratégies et les trajectoires individuelles façonnent le territoire, mais aussi la manière dont les formes de développement territorial valorisent ou freinent les possibilités d'intégration sociale et les modalités d'accès aux ressources locales des individus, inégalement *armés* à tirer bénéfice des opportunités territoriales et à maintenir leur situation sociale. En effet, il s'agit bien aujourd'hui de poser la question de l'*accessibilité* et de la *mise en capacité*, dans une logique d'innovation sociale, qui valorise l'analyse et l'action sur ce qui favorise, ou non, le développement des territoires et les parcours des individus. Il faut ainsi enrichir les politiques sociales actuelles en prenant en compte la spécificité des questions sociales territoriales, dans des systèmes socio-spatiaux structurés par la mobilité, la diversité des opportunités et la compétition pour accéder aux ressources, la « lutte des places »¹⁵. Concrètement, cela signifie qu'il convient de créer les conditions pour que les territoires soient en capacité de *sécuriser* les parcours des individus et des ménages – qu'ils soient éducatifs, résidentiels ou professionnels –, c'est-à-dire de concevoir des dispositifs territoriaux d'accompagnement permettant de *vivre bien*, de disposer d'une *deuxième chance* et de franchir les étapes de l'itinéraire éducatif, résidentiel, professionnel... Sur le champ de l'emploi par exemple, la sécurisation des parcours professionnels doit passer par l'accès pour tous à la formation professionnelle – y compris pour ceux disposant de contrats « atypiques »¹⁶ – et

15. Lussault M., *De la lutte des classes à la lutte des places*, Grasset, 2009.

16. Palier B., « Sortir du trou, mais par le haut ! Économie de qualité et investissement social », *La revue parlementaire*, octobre 2011 (Note de la Fondation Terra Nova, 17/10/2011).

1

LES ÉVOLUTIONS
DE LA PROTECTION
SOCIALE

par la valorisation de l'emploi féminin (en termes de compatibilité entre vie professionnelle et vie familiale mais aussi d'égalité hommes/femmes), variable déterminante du développement des territoires et de la cohésion sociale. Une autre entrée consiste à travailler, comme à Nantes par exemple, sur la précarité bancaire et financière et le *parcours de vie* en mettant en place les outils permettant le *parcours d'inclusion bancaire*¹⁷, à travers un microcrédit personnel et un service de conseil personnalisé. Ce même territoire a également pour objet de travail le non-recours aux droits sociaux, qui constitue une question cruciale, en termes d'accessibilité et/ou d'acceptabilité des prestations sociales¹⁸, mais aussi en termes d'action alternative ou combinée à l'allocation de droits, notamment en termes d'accompagnement. Le changement de référentiel suggère enfin de promouvoir la *mobilité équitable* en adaptant selon la configuration territoriale le système des mobilités et en en garantissant l'accès.

Conclusion

148

Ce positionnement requiert pour l'Action publique de changer de regard sur le territoire et sur les modes de fabrication des politiques sociales, en abandonnant la conception jusqu'ici usitée dans les politiques publiques de « local ». Au regard des mutations des territoires, il ne s'agit plus de reproduire au local les principes d'une redistribution calqués sur le fonctionnement national, mais davantage de définir des politiques sociales différenciées en fonction des différents systèmes territoriaux et ce *en situation*. À ce titre, à l'opposé d'une conception normative du territoire valorisant la méthode et la prescription, il faut donner aux acteurs locaux les moyens de produire les agencements pertinents face à la complexité et à la *consistance* du territoire. Cette action *interterritoriale* doit ainsi permettre de coordonner les différents régimes d'action et de sortir des périmètres géographiques et institutionnels de l'action socio-territoriale actuelle.

Ce changement de référentiel doit également se fonder sur une conception de l'intervention sociale renouvelée, axée sur l'accessibilité aux ressources territoriales et la mise en capacité des individus et des ménages à poursuivre un parcours résidentiel, professionnel et éducatif positif. De ce point de vue, un renversement de perspective doit être opéré pour

17. Ville de Nantes, *Nantoscope des besoins sociaux 2010*.

18. Voir Warin P., « Le non-recours aux droits sociaux », in *Regards/EN3S*, « La gestion du risque », n° 39, janvier 2011, pp. 97-111.



passer du modèle d'*égalité des chances* – suggérant d'indexer la promotion pour tous aux efforts produits et légitimant, pour ceux qui n'ont pas *réussi* à atteindre cet objectif, des politiques compensatoires – au modèle d'*égalité des places*. Dans ce dernier, il ne s'agit pas de fixer le même horizon pour tous, mais de proposer de sécuriser les situations et les parcours des individus et de favoriser leur promotion, au regard de leur situation et de leurs ressources initiales.

Enfin, la définition de ces nouveaux cadres d'action doit se doubler de nouveaux outils d'observation qui soient capables de qualifier les formes de développement des territoires, de décrire à plusieurs échelles les ressorts de la « question sociale » (types de pauvretés et de précarités, inégalités d'accessibilité, problématiques de territoires) et ce, en dynamique, à travers l'observation des parcours des individus et des *vocations* des territoires. Cela suppose de disposer des outils nécessaires, aujourd'hui faibles, pour affiner la connaissance différenciée des trajectoires des individus et des territoires, identifier les leviers de promotion et les points de rupture qui jalonnent, brident ou favorisent les trajectoires des individus et caractériser les facteurs qui stabilisent ou déstabilisent les vocations des territoires.

Bibliographie

- Béhar D. (2010), « Faut-il vraiment territorialiser la politique de l'habitat ? », *Habitat & Société*, Revue de l'Union Sociale pour l'Habitat, n° 59, pp. 16-18.
- Béhar D., Epstein R., Estèbe P. (1998), « Les détours de l'égalité, remarques sur la territorialisation des politiques sociales en France », *Revue Française des Affaires Sociales*, n° 4, pp. 81-94.
- Chauvel L. (2006), *Les classes moyennes à la dérive*, Le Seuil.
- Délégation interministérielle à l'aménagement du territoire et à l'attractivité régionale (DATAR) (2011). « Des systèmes spatiaux en prospective », *Territoires 2040, revue d'études et de prospective*, n° 4.
- Davezies L. (2008), *La république et ses territoires. La circulation invisible des richesses*, Le Seuil.
- Devismes L. (2007), « Les territoires pourraient-ils avoir un projet pour l'État ? », *Pouvoirs locaux*, n° 72.
- Dubet F. (2010), *Les places et les chances. Repenser la justice sociale*, Le Seuil.
- Duvoux N. (2012), *Le nouvel âge de la solidarité. Pauvreté, précarité et politiques publiques*, Le Seuil.

1

LES ÉVOLUTIONS
 DE LA PROTECTION
 SOCIALE

Epstein R. (2009), « Après la territorialisation, le gouvernement à distance » in Vanier M. (dir.), *Territoire, territorialité, territorialisation : controverses et perspectives*, Presses Universitaires de Rennes, pp. 131-139.

Esping-Andersen G., avec B. Palier (2008), *Trois leçons sur l'État-Providence*, Le Seuil.

Estèbe P. (2008), « Des ménages qui aménagent le territoire... en déménageant », in Frémont A., Allemand S., Heurgeon É. (dir.), *Aménagement du territoire. Changement de temps, changement d'espace*, colloque de Cerisy, PUC, pp. 181-196.

Estèbe P. (2008), *Gouverner la ville mobile*, PUF.

Vanier M. (2010), *Le pouvoir des territoires. Essai sur l'interterritorialité*, Economica.

Veltz P. (2002), *Des lieux et des liens. Politique du territoire à l'heure de la mondialisation*, Éditions de l'Aube.

Wagner A.-C. (2007), *Les classes sociales dans la mondialisation*, La Découverte.

Les budgets publics et sociaux et l'aménagement du territoire

Laurent Davezies

Professeur au Centre National des Arts et Métiers

Un des paradoxes de la situation actuelle tient à ce que la correction obligatoire que subira notre système financier public dans les mois et années à venir modifiera à coup sûr de puissants mécanismes de solidarité alors que l'on n'a toujours pas, encore aujourd'hui, une vision claire des effets qu'ils ont eu sur les territoires dans les années passées.

Cette question est en effet largement demeurée dans l'ombre (et il n'est pas sûr que la question de la redistribution entre les ménages soit mieux lotie). Paradoxe d'autant plus étonnant que ce qui, en termes arithmétiques, a marqué les deux ou trois dernières décennies à moins été la montée en puissance de la mondialisation (mesurable par exemple au taux d'ouverture de l'économie française), pourtant significative, que celle des mécanismes de mutualisation par les budgets publics et sociaux. Quand le taux d'ouverture progressait de dix points de PIB, le taux des dépenses publiques et sociales progressait de vingt. Mille études sur la mondialisation et ses effets sur le territoire, pratiquement aucune sur la solidarité entre nos territoires par les budgets publics et sociaux.

Un autre arbre a caché la forêt : les enjeux les plus visibles, en effet, autour des questions de prélèvements et de dépenses publics et sociaux portent sur la part *explicite* des politiques territoriales, là où l'Action publique exprime une volonté stratégique : politique de la ville, Datar, contrats territoriaux, grands chantiers, ... ce sont ces politiques qui focalisent analyses, discours et travaux de chercheurs, alors que ces dépenses ne sont qu'une goutte d'eau à côté des politiques territoriales *implicites*. Ces dernières sont le résultat – non piloté – de l'ensemble des mécanismes de prélèvement et de dépense des budgets publics et sociaux. En bref, c'est moins la stratégie géographique volontaire des quelques dépenses de l'État qui fabrique la solidarité entre nos territoires que le solde de ces derniers – non contrôlé et ignoré – entre l'ensemble des prélèvements et des dépenses qui les affectent.

1

LES ÉVOLUTIONS
DE LA PROTECTION
SOCIALE

En dépit de demandes réitérées des assemblées parlementaires, l'administration n'a jamais produit de comptabilité, au moins au niveau régional, des prélèvements et des dépenses publics et sociaux sur le territoire. L'INSEE n'est toujours pas parvenu à produire des CRAPUC (Comptes Régionalisés des Administrations Centrales) qui puissent compléter ses CRAPUL (pour les Administrations Locales).

Du côté de travaux ponctuels d'études ou de recherches, on ne compte qu'un très faible nombre d'études, et toutes anciennes, portant sur la redistribution des revenus opérée par les budgets publics entre les ménages et entre les territoires. Cette pénurie d'analyses tient aux importantes difficultés conceptuelles et statistiques auxquelles on se heurte pour mener à bien ces calculs.

Ce manque d'information sérieuse sur les effets redistributifs globaux de l'ensemble des budgets publics fait qu'on les accuse souvent de moins réduire qu'alimenter la « fracture » sociale et spatiale. Pour beaucoup, à droite comme à gauche de l'échiquier politique, les régions riches (et surtout l'Île-de-France) bénéficieraient de plus de dépenses publiques qu'elles ne contribuent aux prélèvements... alors que c'est l'inverse.

C'est au contraire cette redistribution qui constitue le principal instrument de cohésion territoriale en France. Le budget de l'État et de la Sécurité sociale opèrent aujourd'hui, sans intention territoriale, des prélèvements en gros proportionnels au revenu des ménages et donc des territoires et distribuent des dépenses à peu près égales par habitant. Ce simple mécanisme permet de transférer des dizaines de milliards d'Euros des espaces « riches » vers les espaces « pauvres » et permet d'assurer un équilibre de développement territorial peu signalé par la littérature et assez inattendu dans un contexte où l'on hurle de façon assez unanime au loup de la « mondialisation » et de la « métropolisation ». Alors que les disparités de PIB régionaux par habitant ont eu tendance à se creuser depuis trente ans (la mondialisation), les disparités interrégionales de revenus par habitant n'ont cessé de se réduire (la mutualisation par les fonds publics).

On ne dispose pas de chiffres récents qui puissent être mis au service d'une analyse actualisée. Les derniers calculs disponibles portent sur le milieu des années 1990 et ont été mis en œuvre à la demande de la Commission européenne dans le cadre de la préparation de son premier rapport sur la cohésion ¹. Sur la base de ces résultats déjà (trop) anciens,

1. Wishlade F., Davezies L., Yuill D., Prud'homme R. (1998), « Economic and Social Cohesion in the European Union : the Impact of Member State's Own Policies ». *Regional Development Studies*, n° 29. European Union, Brussels, 1998, 238 p. Le chapitre de ce rapport portant sur les effets redistributifs interrégionaux des budgets publics dans sept grands pays européens a été publié en français par son auteur : Davezies L. (1999), « Un essai de mesure de la contribution des budgets des pays membres à la cohésion européenne », *Économie*



on peut penser que l'Île-de-France redistribuerait aujourd'hui vers la Province, via le seul budget de l'État, un montant de l'ordre de 5 % de son PIB, soit autour de 25 milliards d'euros ou que le Languedoc-Roussillon percevrait ainsi un montant de l'ordre de 9 % de son PIB, soit autour de 6 milliards d'euros. Le budget de la Sécurité sociale – qui est aujourd'hui d'un montant supérieur à celui de l'État – joue dans le même sens et avec une intensité comparable et multiplie finalement le volume de ces transferts par deux². On serait donc, au total, face à un transfert de l'ordre de 10 % du PIB de la région Île-de-France au profit de la Province. Cette région étant la seule à avoir un solde négatif à ce jeu des prélèvements-dépenses.

Le faible nombre d'évaluations de ces mécanismes de transfert de revenu tient aussi au fait que le sujet est considéré comme politiquement délicat, notamment du point de vue de l'« aménagement du territoire », faisant apparaître des espaces qui « payent pour les autres », dans un contexte de montée des égoïsmes territoriaux. Même si l'on est loin d'avoir en France des mouvements comme la Ligue Lombarde, montrer que l'Île-de-France est fortement créditrice nette à ce jeu des prélèvements-dépenses serait comme ouvrir une boîte de Pandore (exemple : si déficit budgétaire et dette publique il y a en France, ce n'est pas le cas de la région qui est, elle, nettement excédentaire au jeu des fonds publics nationaux et la Province très déficitaire...)³. Ces mécanismes, mis en lumière, rendent compte d'une forte interdépendance économique des territoires français et d'une autonomie bien plus faible que ce qui est dit de leur développement économique et social.

Il n'y a là pourtant rien de spécifique à la France : dans tous les pays du monde, passé un niveau élémentaire de développement, les régions les plus riches et productives redistribuent d'importants montants

et Prévision, n° 138-139, avril-septembre 1999/2-3. Il faut remonter à l'année 1984 pour trouver des éléments de régionalisation du budget de l'État par des chercheurs de l'INSEE : le travail effectué par Donnelier et Garagnon a donné lieu à un rapport au Commissariat au Plan en 1989, mais n'a pas fait l'objet de publication par l'INSEE (Donnelier J.-C. et Garagnon M. [1989], *Comptes Régionaux des Administrations Publiques Centrales (CRAPUC)*. Commissariat général du Plan et INSEE, Division des Études régionales. Note de présentation (non publiée), mai 1989, mimeo. 6 p. + annexes). Ces résultats, très proches de ceux produits par l'œil sont cités et présentés dans Godineau X. (1992), « Les comptes régionalisés des administrations publiques centrales. Un instrument à promouvoir », in Archambault Édith, *La Comptabilité nationale. Pourquoi faire ?* Economica, 1992.

2. Les études sur les effets redistributifs spatiaux du budget de la Sécurité sociale sont encore plus anciennes : voir Nègre, M. (1980), « Financement de la Sécurité sociale et transferts interrégionaux ». *Revue française des Affaires sociales*, janvier 1980, pp. 3-39, ou sur le seul cas Paris-Province : Davezies, L. (1994), *La redistribution des revenus entre Paris et la province. Étude du budget de l'état et du système de Sécurité sociale en 1991*, Rapport au Conseil régional Île-de-France. OEIL/IUP/JPVM Créteil, décembre 1994, polygraphié 57 pages.

3. Voir encore récemment l'article du Figaro du 4 juillet 2011 : « Grèce : les opinions publiques européennes en ébullition » (J.-P. Robin) qui rend compte de la réticence croissante de grandes régions européennes à jouer le jeu de la solidarité redistributive aux échelles européennes mais aussi au sein de leurs nations respectives.

1

LES ÉVOLUTIONS
 DE LA PROTECTION
 SOCIALE

de revenus vers les espaces moins développés de leurs pays par le jeu des prélèvements et des dépenses publics. Ce sont précisément ces mécanismes, plus que tout autre, qui font qu'une nation est une nation. Dans les pays les plus riches⁴, dans lesquels le poids des dépenses publiques dans le PIB est le plus élevé (56 % aujourd'hui en France, de l'ordre de 50 % en moyenne dans l'Europe des 25), ces mécanismes sont encore plus puissants (et varient en intensité en fonction du niveau des inégalités interrégionales – plus elles sont élevées, plus les transferts sont, mécaniquement, élevés – et de la mobilité interrégionale des retraités).

Les géographies divergentes de la création de richesse et de la formation du revenu

Même si l'étonnant déficit de travaux sur la mesure de ces transferts opérés par les budgets publics rend difficile leur traitement analytique, la simple prise en considération de l'écart entre les PIB et les revenus disponible brut (RDB) des ménages des régions françaises, sur l'année 2006, en suggère l'ampleur et le sens.

En 2006, quand l'Île-de-France est à l'origine de 29 % de la valeur ajoutée créée dans ce pays (France métro.), elle ne dispose que de 22 % du revenu disponible brut des Français. Soit un écart de près de sept points de revenu national⁵. Si le revenu des franciliens était la contrepartie proportionnelle de leur contribution à la croissance, c'est de 74 milliards d'euros de plus dont ils bénéficieraient. Soit un ajout équivalent à la somme du RDB, par exemple, de l'Alsace et de la région Centre ! Pour se donner un ordre de grandeur, par rapport à ces 74 milliards de 2005, on peut indiquer que l'impôt sur le revenu a rapporté au total, en France, en 2006, 55 milliards d'euros, l'ensemble des dépenses d'enseignement et de recherche représentait, cette même année, 80 milliards, le service de la dette coûtait de l'ordre de 40 milliards d'euros...

Il n'y a que l'Île-de-France qui soit « perdante » à ce jeu, et lourdement : son RDB est inférieur de 29 % à celui qu'il serait s'il était proportionnel

4. Les dernières études effectuées au Royaume-Uni rendent compte d'un montant de redistribution de la région londonnienne vers le reste du pays d'un montant relatif comparable à celui de l'Île-de-France.

5. Et ces données n'intègrent pas les dépenses de tourisme, qui sont le fait d'habitants résidant, avec leur revenu, de façon provisoire dans d'autres régions. Pour la seule Île-de-France, l'absence totale des franciliens dans l'année 2005 représente 1 million d'hommes-années, soit un transfert de revenu et de consommation de l'ordre de 25 milliards d'euros dont la plus grosse part bénéficie aux régions de Province...

**Tableau 1. PIB et revenu disponible brut des régions en 2005.
Part dans le total de la France métropolitaine (en %)**

	Part du RDB de la France métropolitaine	Part du PIB de la France métropolitaine	Part des prestations sociales et salaires publics (estimation 2006)	Différence entre le RDB et son montant s'il était distribué au prorata du PIB régional (millions d'€)	Différence entre le RDB et son montant s'il était distribué au prorata du PIB régional (en % du RDB)
Alsace	2,9 %	2,7 %	2,8 %	- 1 945	- 5,8 %
Aquitaine	5,0 %	4,6 %	5,2 %	- 4 887	- 8,4 %
Auvergne	2,2 %	1,8 %	2,4 %	- 4 311	- 17,1 %
Basse-Normandie	2,3 %	1,9 %	2,5 %	- 3 883	- 14,9 %
Bourgogne	2,6 %	2,3 %	2,8 %	- 3 984	- 13,2 %
Bretagne	4,8 %	4,4 %	5,0 %	- 4 561	- 8,2 %
Centre	4,1 %	3,6 %	4,2 %	- 5 713	- 12,1 %
Champagne-Ardenne	2,0 %	2,0 %	2,2 %	- 861	- 3,7 %
Corse	0,4 %	0,4 %	0,5 %	- 708	- 14,1 %
Franche-Comté	1,8 %	1,6 %	1,9 %	- 2 627	- 12,7 %
Haute-Normandie	2,8 %	2,6 %	2,9 %	- 1 946	- 6,0 %
Ile-de-France	22,2 %	28,6 %	19,0 %	74 392	29,0 %
Languedoc-Roussillon	3,8 %	3,2 %	4,2 %	- 6 363	- 14,5 %
Limousin	1,2 %	1,0 %	1,4 %	- 2 631	- 19,1 %
Lorraine	3,6 %	3,1 %	3,8 %	- 5 939	- 14,3 %
Midi-Pyrénées	4,4 %	4,2 %	4,5 %	- 2 507	- 5,0 %
Nord - Pas-de-Calais	5,5 %	5,2 %	6,2 %	- 3 908	- 6,1 %
Pays de la Loire	5,4 %	5,0 %	5,5 %	- 4 286	- 6,9 %
Picardie	2,9 %	2,4 %	3,0 %	- 5 420	- 16,4 %
Poitou-Charentes	2,7 %	2,3 %	3,0 %	- 4 540	- 14,5 %
Provence-Alpes-Côte d'Azur	7,7 %	7,4 %	7,9 %	- 2 876	- 3,2 %
Rhône-Alpes	9,9 %	9,9 %	9,4 %	- 494	- 0,4 %
Métropole	100,0 %	100,0 %	100,0 %	0	0 %
Province	77,8 %	71,4 %	81,0 %	- 74 392	- 8,3 %

Source : calculs d'après données Insee.

1

LES ÉVOLUTIONS
DE LA PROTECTION
SOCIALE

à sa contribution au PIB. Toutes les autres régions sont « gagnantes ». Plus ou moins : la moitié (onze régions) améliorent de plus de 10 % leur RDB, alors que les dix autres ont un « bénéfice » plus modeste.

De façon générale, il faut traiter avec prudence ces chiffres, et plus encore dans le cadre d'une analyse des rapports entre régions « productives » et régions « résidentielles ». Une part des transferts sous-jacents à ces chiffres ne sont pas le fait de transferts interpersonnels, des ménages les plus riches d'Île-de-France aux ménages plus modestes de la Province (même si une part des transferts interrégionaux tient bien à la combinaison de prélèvements obligatoires « territorialement proportionnels » aux revenus et de dépenses publiques et sociales distribuées de façon plus égalitaire).

Cet écart PIB-revenu tient à des mécanismes redistributifs liés au budget de l'État et à celui de la Sécurité sociale, mais aussi à des transferts monétaires privés et non sociaux⁶. Par exemple, les retraites : le fait que 400 000 retraités quittent librement l'Île-de-France entre 1990 et 2006 se traduit par une redistribution du revenu entre les régions, mais pas entre les ménages, les retraités partant avec « leur » argent dans la poche. Ce simple mécanisme, lié à des choix privés et individuels de localisation, est à l'origine d'une part significative de la distorsion géographique entre PIB et revenu. En 2006, l'Île-de-France compte 13,5 % des retraités et 17,5 % des montants de pensions versées en France, pour 22,5 % des actifs occupés et 29 % du PIB national. C'est une des raisons de la faiblesse de la part de l'Île-de-France dans l'ensemble « salaires publics et prestations sociales » (19 %, comme indiqué dans le tableau 1). Si la région avait la même part des retraités français que sa part dans les actifs occupés (22,5 %), c'est de l'ordre de 43 milliards de revenu dont elle disposerait en plus.

Même chose pour les navetteurs. Une part importante des emplois (et de la valeur ajoutée générée) de la région Île-de-France est détenue par des actifs qui n'y résident pas et dont le revenu est comptabilisé et bénéficie à d'autres régions. En 2006, les actifs d'autres régions occupent 6 % des emplois franciliens (314 000 personnes) et 5,6 % des emplois de cadres (82 000 personnes). C'est donc, au moins⁷, 6 % de la masse salariale de la région qui est transférée vers la Province, soit de l'ordre de 8 milliards d'euros. Par exemple, la région Picardie (dont on a vu dans le

6. Pour autant, les transferts sociaux peuvent constituer une part importante du revenu dans des régions comme le Nord-Pas-de-Calais ou Provence-Côte d'Azur...

7. Au moins, parce que le niveau des salaires des navetteurs de longue distance est un peu plus élevé que les salaires moyens.



tableau que l'écart entre part de PIB et part de RDB était maximal) envoie quotidiennement 16 % de ses actifs travailler dans une autre région (et surtout en Île-de-France).

Prenons un cas extrême. On se souvient qu'en 1998, l'assassinat du Préfet Érignac avait ému le personnel politique français, beaucoup disant que la Corse « nous coûtait trop cher » et vivait « aux crochets » des continentaux, que la consommation dans l'île y était supérieure à la valeur ajoutée créée... etc. Le ministre de l'Intérieur avait même, alors, demandé un chiffrage du transfert monétaire total dont bénéficiait l'île. Il ressortit des estimations⁸ que le transfert redistributif de revenu, lié au budget de l'État, dont bénéficiait l'île était d'un niveau significatif mais normal, comparé à d'autres territoires pauvres, au regard de son état de développement et de son caractère insulaire. Mais une partie importante du transfert mesuré n'avait rien à voir avec un « cadeau » budgétaire du continent à l'île – même si quelques mesures politiques ou fiscales et un certain flou dans la tenue des rôles révélaient des éléments « spécifiques » de solidarité – mais plutôt à des mécanismes normaux de mobilité des agents. Les Corses ayant une forte propension à travailler sur le continent et à venir s'y retirer à la retraite, le fort transfert de revenu correspondant – sans contrepartie en termes de production – pour l'île était peu discutable et n'appelait donc aucun commentaire. On a du reste montré, au passage, que si les Corses « nous » coûtaient cher, les Marseillais, les Languedociens ou les Réunionnais, « nous » coûtaient encore plus cher ! (le tableau 1, du reste, rend compte du fait que des régions comme le Languedoc, l'Auvergne, le Limousin ou la Picardie sont encore plus gagnantes que la Corse au jeu de l'écart PIB-revenu).

On voit donc qu'un pan important de la problématique du décalage régional PIB-revenu se situerait nettement moins du côté des solidarités redistributives budgétaires et sociales que de celui des mobilités des agents. Pour autant, ces mobilités, qui viennent abonder les transferts pilotés par l'Action et la solidarité publique, contribuent à une forte cohésion du territoire national.

Quels impacts territoriaux en cas d'inflexion des finances publiques ?

La crise du déficit et de la dette arriverait aujourd'hui à son point culminant. Le déficit des comptes publics, pour l'année 2012, se situerait dans la zone de 60 ou 100 milliards d'euros, soit entre 3 et 5 points de PIB (en fonction du niveau de la croissance et des mesures qui seront prises).

8. Davezies L. (2000), « Le coût de la Corse ». *Pouvoirs Locaux*, n° 47, IV/2000.

1
 LES ÉVOLUTIONS
 DE LA PROTECTION
 SOCIALE

D'une façon ou d'une autre, la France sera amenée, dans les mois et les années à venir, à réduire et ce déficit et sa dette. Mais de la même façon que les prélèvements et les dépenses publics et sociaux ont un impact territorial, toute modification de la structure ou du montant du budget aurait des effets très contrastés sur nos territoires.

Le tableau 2 présente des simulations grossières, à des fins plus pédagogiques que de prévision. Si le déséquilibre des fonds publics était réduit de 70 milliards d'euros, soit par une réduction de la dépense publique et sociale, soit par une augmentation des prélèvements, quel serait l'impact sur les revenus régionaux ? (en adoptant une convention d'impact proportionnel des réductions de dépenses aux revenus publics et sociaux dont bénéficient les régions et des augmentations de prélèvements proportionnels aux poids des revenus disponibles bruts des régions).

Même si les conventions adoptées pour ce calcul sont simplistes (mais la réalité l'est souvent) et que les mesures à venir combineront et des réductions de dépenses et des augmentations de prélèvements, on voit se dessiner un dilemme territorial sérieux.

Dans le cas d'une réduction de dépenses publiques de 70 milliards d'euros, la Province serait bien sûr plus perdante au jeu, l'Île-de-France beaucoup moins. Avec une réduction de 6 % du revenu disponible brut français, la Province enregistrerait un recul de 6,3 % (- 57 milliards) et l'Île-de-France de 5,2 % (- 13 milliards). Les grandes perdantes seraient le Limousin, le Languedoc-Roussillon et le Nord-Pas-de-Calais, avec de l'ordre de 7 % de recul. Après l'Île-de-France, les moins affectées seraient Rhône-Alpes et l'Alsace (- 5,7 % et - 5,8 %).

Avec un scénario d'augmentation des impôts, le résultat est inverse. C'est l'Île-de-France qui devient la grande perdante : pour 6 % de réduction du revenu, au niveau national, l'Île-de-France recule de 8,2 % (- 21 milliards) et la Province de seulement 5,4 % (- 49 milliards). Les plus épargnées sont les régions pauvres comme l'Auvergne, le Limousin, la Basse-Normandie ou Poitou-Charente, avec un recul de moins de 5 %. Après l'Île-de-France, ce sont Provence-Côte d'Azur, l'Alsace et Rhône-Alpes qui sont les plus affectées (un peu moins de 6 % de recul).

De quel côté le curseur de la réduction du déficit va-t-il se déplacer ? Entre nos deux scénarios élémentaires, la majorité des régions aurait une préférence pour une augmentation des prélèvements. Il n'y a que trois régions pour lesquelles ce scénario est pire que celui de la réduction des dépenses : l'Île-de-France, l'Alsace et Rhône-Alpes (et encore, la différence de coût entre les deux scénarios est de 8 milliards d'euros, 3 %

Tableau 2. Simulation de la réduction des dépenses publiques et sociales et de l'augmentation des prélèvements (données 2006)

	Pertes de RDB si réduction des dépenses publiques et sociales de 70 milliards d'€	Pertes de RDB si réduction des dépenses publiques et sociales de 70 milliards d'€ (en millions d'€)	Pertes de RDB si augmentation impôts de 70 milliards d'€ (en millions d'€)	Pertes de RDB si augmentation impôts de 70 milliards d'€ (en % RDB)	Bilan si réduction des dépenses préférée à augmentation des impôts	Bilan si réduction des dépenses préférée à augmentation des impôts (en % RDB)
Alsace	-5,8 %	- 1 956	- 1 984	-5,9 %	28	0,1 %
Aquitaine	-6,2 %	- 3 617	- 3 163	-5,5 %	- 453	-0,8 %
Auvergne	-6,7 %	- 1 674	- 1 183	-4,7 %	- 491	-2,0 %
Basse-Normandie	-6,7 %	- 1 739	- 1 266	-4,8 %	- 473	-1,8 %
Bourgogne	-6,4 %	- 1 949	- 1 538	-5,1 %	- 411	-1,4 %
Bretagne	-6,2 %	- 3 470	- 2 887	-5,2 %	- 583	-1,0 %
Centre	-6,2 %	- 2 940	- 2 481	-5,3 %	- 459	-1,0 %
Champagne-Ardenne	-6,4 %	- 1 506	- 1 291	-5,5 %	- 215	-0,9 %
Corse	-6,5 %	- 325	- 274	-5,5 %	- 51	-1,0 %
Franche-Comté	-6,3 %	- 1 297	- 1 029	-5,0 %	- 268	-1,3 %
Haute-Normandie	-6,2 %	- 2 008	- 1 738	-5,4 %	- 270	-0,8 %
Ile-de-France	-5,2 %	- 13 332	- 21 094	-8,2 %	- 7 762	3,0 %
Languedoc-Roussillon	-6,8 %	- 2 962	- 2 326	-5,3 %	- 636	-1,5 %
Limousin	-6,9 %	- 946	- 657	-4,8 %	- 290	-2,1 %
Lorraine	-6,4 %	- 2 656	- 2 138	-5,1 %	- 518	-1,2 %
Midi-Pyrénées	-6,2 %	- 3 143	- 2 725	-5,4 %	- 418	-0,8 %
Nord - Pas-de-Calais	-6,7 %	- 4 305	- 3 458	-5,4 %	- 847	-1,3 %
Pays de la Loire	-6,2 %	- 3 835	- 3 252	-5,2 %	- 583	-0,9 %
Picardie	-6,3 %	- 2 079	- 1 828	-5,5 %	- 252	-0,8 %
Poitou-Charentes	-6,6 %	- 2 067	- 1 544	-4,9 %	- 523	-1,7 %
Provence-Alpes-Côte d'Azur	-6,2 %	- 5 519	- 5 510	-6,2 %	- 9	0,0 %
Rhône-Alpes	-5,7 %	- 6 578	- 6 636	-5,8 %	58	0,1 %
Métropole	-6,0 %	- 70 000	- 70 000	-6,0 %	- 0	0,0 %
Province	-6,3 %	- 56 572	- 48 906	-5,4 %	- 7 762	-0,9 %

Source : calculs d'après données Insee.

1

LES ÉVOLUTIONS
DE LA PROTECTION
SOCIALE

de son RDB, pour l'Île-de-France, en cas d'augmentation des impôts, et de seulement quelques dizaines de millions pour les deux autres régions). Provence-Côte d'Azur a le même bilan pour les deux scénarios. En bref, il n'y a que l'Île-de-France pour laquelle une augmentation des impôts serait nettement plus douloureuse qu'une réduction des dépenses.

Pour dix-neuf régions, c'est le scénario de la réduction des dépenses qui est le pire. Surtout pour l'Auvergne et le Limousin qui perdraient 2 % de leur revenu si cette option était préférée à l'augmentation des prélèvements obligatoires.

Dans le cadre d'une décision purement démocratique dans laquelle les intérêts régionaux prévaudraient, l'Île-de-France serait mal partie : exposée plus que les autres aux rigueurs de la mondialisation, locomotive de la croissance des secteurs productifs compétitifs du pays mais ne pesant que 19 % de la population française, elle est la seule qui bénéficierait, relativement, d'une réduction des dépenses publiques plutôt que d'une augmentation des prélèvements. Rhône-Alpes, l'Alsace et Provence-Côte d'Azur étant neutres. À une échelle plus fine, la répartition de l'effort entre nos grandes villes et le reste du pays se jouera sur le même dilemme.

La modification des prélèvements et de dépenses ont, intrinsèquement et respectivement, des avantages (budgétaires) et des inconvénients (économiques et sociaux). Et les choix qui seront opérés arbitreront entre ces avantages et ces inconvénients sans tenir grand compte de leur dimension régionale (mais qui peut se décliner dans les départements et les villes), et cela d'autant, comme on l'a dit, que ces mécanismes de répartition territoriale des budgets restent aujourd'hui largement ignorés. On peut se demander s'il ne faut pas le regretter et s'il ne faut pas souhaiter l'introduction de critères cohérents avec les stratégies macroéconomiques territorialisées de l'État dans les choix cruels qui seront à opérer dans les prochains mois.

Les services de proximité au service de l'assuré et du citoyen

Jean-Paul Delevoye

Président du Conseil Économique, Social et Environnemental (CESE)

En tant que Médiateur de la République, j'avais souhaité interpeller l'opinion et les Pouvoirs publics sur les deux questions suivantes :

- Ne sommes-nous pas en train de piloter la société d'aujourd'hui avec les outils d'hier et une grille de lecture d'avant-hier ?
- Dans quelle mesure demande-t-on à la société de s'adapter au système et non au système de s'adapter à la société ?

Par la consultation régulière des 300 délégués sur le terrain et par un certain nombre d'enquêtes plus ou moins publiques que j'avais lancées, j'étais parvenu à ce constat d'une France usée psychiquement, en état de burnout.

Nous constatons tous au quotidien une violence qui augmente dans les rapports humains : au sein des familles, au travail, dans les transports mais aussi au sein des Services publics, notamment aux guichets, aux postes d'accueils, les urgences hospitalières... Une des premières questions que nous nous sommes posée est la suivante : est-ce une spécificité de la société française qui par son mode de vie, sa culture, son organisation sociopolitique alimente cette violence dans les rapports humains ou n'est-ce pas propre à la France ? J'ai été très frappé par le fait que 50 % des interventions policières se font à l'intérieur des familles. La famille n'est dès lors plus un lieu de protection mais devient quelquefois un lieu de fragilisation. Nous avons, dans les milieux scolaires, un niveau de violence verbale jamais atteint ainsi qu'un mépris des garçons pour les filles insoupçonné. Il commence même à y avoir une violence qui se retourne contre le système : les élèves qui réussissent sont quelquefois critiqués par les autres, Gilles Kepel vient de publier une étude montrant que dans les quartiers difficiles, le Service public le plus détesté par les jeunes n'est pas la police mais l'école !

Il y a probablement une spécificité française liée à la consommation effrénée du temps utile et la culpabilisation du temps improductif. Nous ne prenons pas suffisamment en compte un élément nouveau qui est

1

LES ÉVOLUTIONS
DE LA PROTECTION
SOCIALE

la notion du stress. La génération de nos grands-parents était fatiguée physiquement par le travail pénible à l'usine, aux champs, etc. mais la nuit était réparatrice. De nos jours, les gens sont fatigués psychiquement et s'accordent peu de temps de décompression. Bien souvent, ils mêlent vie privée et vie professionnelle, transportant successivement leur fardeau d'un univers à l'autre. Des professionnels de médecine, notamment les kinésithérapeutes, observaient qu'il y a encore 5 ou 10 ans, ils massaient les gens suite à des accidents ou des douleurs musculaires. Il leur arrive maintenant fréquemment de passer cinq ou six séances avec le patient avant de pouvoir travailler car la personne est dans un tel état de tension nerveuse qu'elle semble au bord de l'implosion.

Cette fragilité nouvelle des individus et cette tension des rapports humains sont des éléments qui échappent à nos raisonnements cartésiens et qui doivent nous interpeller sur le fonctionnement de nos administrations, sur notre offre de Service public peu préparé à appréhender cette nouvelle donne sociétale.

Le deuxième élément de déstabilisation de notre société est le passage d'une société rurale puis industrielle à une société de consommation. Je ne suis absolument pas contre la société de consommation et le progrès en termes de confort de vie que celle-ci a apporté mais je pense que l'on n'a pas mesuré les comportements nouveaux que cela suscitait. Les Américains, après-guerre, avaient un vrai problème, la paix étant signée, d'un excédent de production industrielle. Les industriels américains de l'époque ont alors constaté que leur problème n'était pas tant la production que la consommation. Pour augmenter le pouvoir de consommation des gens, il faut que l'on quitte les ressorts de cette société qui fonctionnait très schématiquement sur la satisfaction des besoins : il fallait nourrir sa famille, loger sa famille, avec une espérance positive soit religieuse avec une morale régulatrice – si tu es un type bien, tu iras au paradis – soit matérielle – si tu travailles bien, tu auras une belle maison, une belle voiture et l'on acceptait peu ou pro un quotidien difficile.

Les besoins non assouvis créent des insatisfactions. La société de consommation fait basculer dans le champ des envies et des pulsions, qui lorsqu'elles ne sont pas assouvies, engendrent désormais des frustrations.

Cette soif de consommation n'épargne pas le Service public : je ne veux pas que le juge soit bon, je veux qu'il fasse mal à celui qui m'a fait mal. Je ne veux pas que le professeur soit bon, je veux qu'il mette 20 à mon enfant. Y compris dans l'environnement familial où l'enfant qui ne rapporte plus d'allocations est parfois pressé de quitter le domicile familial.



C'est le gamin que l'on jette à 18 ans parce qu'il ne rapporte plus d'allocations ou le papy dont la maison de retraite coûte cher...

Nous sommes dans des systèmes où la cohésion sociale, qui était liée par le partage des valeurs, est en train de se transformer en conflit d'intérêts. Le fait d'avoir laissé transformer nos institutions, non pas comme porteur de valeurs républicaines – l'école de la République, la justice – mais comme outils de consommation fait que l'on vient chercher une aide parce qu'on y a droit. Celui qui paie des impôts considère qu'il en paie toujours trop et celui qui reçoit les aides qu'il n'en reçoit jamais assez.

Les politiques publiques, même de solidarité, sont examinées sous leur angle budgétaire et comptable uniquement : par exemple sur les retraites, les uns et les autres s'objectaient des ratios et des projections, personne n'a rappelé l'acte de solidarité extrêmement fort que cela constituait. La Sécurité sociale, ce n'est plus « quelle chance d'avoir une Sécurité sociale me prenant en charge dans mes moments compliqués et difficiles de maladie », c'est le trou de la Sécurité sociale. Cette notion d'une vision totalement comptable, qui met l'accent sur le chiffre, au détriment du sens, est en train de fragiliser nos pactes républicains et de voir émerger des discours de plus en plus fréquents de jeunes qui s'interrogent sur leur capacité à percevoir à terme leur propre retraite donc à financer aujourd'hui celle des anciens.

La force de la France résidait dans sa capacité d'intégrer, d'assimiler et de jouer collectif. Je m'inquiète de la montée actuelle du « racisme d'assiette » où chacun défend son intérêt : 76 % des Français pensaient que la Sécurité sociale allait faire faillite. 78 % ont dit qu'il n'était pas question de diminuer le remboursement des médicaments.

Il y a aujourd'hui une remise en cause de nos systèmes collectifs. La crise économique a accentué cette tendance avec une forte hausse de la précarité et une forte crainte du déclassement qu'avait analysé Éric Maurin.

Un sondage interne posait la question suivante : « À partir de quelle augmentation de revenus pensez-vous sortir d'un sentiment de précarité ? À partir de quelle baisse de revenus pensez-vous rentrer dans un sentiment de précarité ? ». Nous avons été frappés de voir que c'était entre 50 et 150 € par mois. Nous estimions que c'était entre 12 et 15 millions de personnes concernées par cette situation. 16 millions de personnes ont rempli leur formulaire en ligne sur le site du RSA pour savoir s'ils étaient éligibles.

1

LES ÉVOLUTIONS
DE LA PROTECTION
SOCIALE

En réalité, toutes nos politiques publiques sont orientées sur les échecs des personnes et jamais sur leurs potentialités. Un Anglais ou un Américain sont incapables de vous traduire « je suis nul » mais vous diront : « vous êtes un perdant » ou « vous êtes un gagnant ». En France, si ta femme est partie, tu es nul, si tu es au chômage, t'es nul, si tu as échoué à l'école, tu es nul, si tu as une allocation, tu es nul, si tu es handicapé, tu es nul, etc. Nous sommes paradoxalement dans une société de normes c'est-à-dire d'exclusion et non pas d'inclusion, à un moment où les personnes qui se sentent exclues du système sont dans une fragilité qui les met en mésesstime d'eux-mêmes et donc en réaction de violence par rapport au système.

Un délégué m'avait rapporté cette expression d'une personne en difficulté : « Lorsqu'on est broyé à ce point par le système, nous n'avons plus que deux solutions, nous détruire ou détruire le système ».

Dans les services sociaux, qui assurent par les prestations souvent la survie du quotidien, les réactions peuvent devenir de plus en plus violentes, si vous rajoutez une souffrance à une souffrance. La notion d'accueil, qui était souvent très mésestimée, voire secondaire, devient aujourd'hui fondamentale. Le vrai défi devant lequel nous sommes est de savoir comment faire passer quelqu'un d'une consommation de prestation à un acteur qui justifie une prestation. Comment faire en sorte que nous puissions être en empathie avec la personne ? Une étude américaine vient de montrer que le temps d'écoute entre les parents et les enfants a diminué de 35 %, que les nouvelles technologies dont vous êtes aujourd'hui extrêmement friands – et vous avez mille fois raison – posent un problème : avec les nouvelles technologies, on se parle de plus en plus mais on s'écoute de moins en moins. Or quand on ne s'écoute pas, on ne se comprend pas. Quand on ne se comprend pas, on ne se respecte pas et on ne permet pas la politique d'accompagnement qui fait que, aujourd'hui, on ne doit plus gérer un dossier ni gérer une personne ; on doit accompagner une personne à surmonter une difficulté.

Cela pose un vrai problème pour les gestionnaires. Dans le domaine de la santé par exemple, la T2a – et c'est assez typique en France – qui consiste à dire que le temps utile est le seul temps valable. Le temps utile, c'est lorsque le chirurgien opère. Ce n'est pas quand il écoute son patient. Pourtant, ce qui est peut-être plus utile, c'est de créer le climat de confiance entre le patient et le chirurgien parce que cela peut être un facteur de guérison. Idem pour Pôle Emploi qui quantifie le temps d'écoute entre un chômeur et quelqu'un... On ne peut pas mettre en

1

LES ÉVOLUTIONS
 DE LA PROTECTION
 SOCIALE

équation des individus. Il y a peut-être des gens qui mériteront 30 secondes et des gens qui mériteront 3 heures. C'est quelque chose qui est très compliqué parce qu'on met tout en équation, à un moment où la dimension humaine, la valeur de l'individu mérite un accompagnement individuel qui, évidemment, a des normes individuelles qui peuvent impacter des contraintes de caractère collectif. C'est une difficulté qu'ont les syndicats, qu'ont les politiques et qu'ont les administrations, d'avoir une approche collective et un traitement individuel.

J'ai en mémoire ces coopératives italiennes qui, lorsqu'elles mettent en place des politiques d'accompagnement pour l'emploi, un peu du style RSA, adaptent l'aide à la capacité qu'ils ont eue d'analyser le parcours nécessaire à la personne. Certains chômeurs méritent 3 ans et d'autres méritent 3 jours ! On s'aperçoit que, en France, on a des modèles identiques pour des situations différentes, tout simplement parce qu'on n'a pas confiance.

Nous sommes dans des situations de mise en avant de nos échecs quotidiens, devant lesquels nous avons du mal à porter notre regard : c'est la personne sur le trottoir, c'est le type que l'on ne voit pas. Le drame de notre siècle, c'est que, au moment où on connaît la mobilité, on vit l'isolement des gens. L'isolement des gens est aujourd'hui bien plus préoccupant qu'on ne l'imagine : les femmes seules, la personne âgée, etc. Soyez attentifs au fait que, dans notre société qui est trop souvent desséchée par des tableaux budgétaires, par des perspectives purement cartésiennes et mathématiques, ce qui est important, c'est de ne jamais laisser éteindre la petite lumière d'espérance individuelle, si on veut un jour revivre une expérience collective.



MSA et territoires

Michel Brault

Directeur général de la Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole (CCMSA)

La Mutualité Sociale Agricole (MSA) gère la mission de Service public de la Protection sociale agricole. À ce titre, elle prend en charge 547 000 actifs non salariés, chefs d'exploitation ou les employeurs de main-d'œuvre, et 672 000 salariés agricoles (équivalent temps plein) donnant lieu à plus de 2 millions de contrats, ainsi que leurs ayants droit et les retraités (4,2 millions de personnes). Le régime agricole a versé en 2010 27,7 milliards d'euros de prestations à 5,6 millions de bénéficiaires dont 3,5 millions protégés en maladie. C'est le 2^e régime de Protection sociale en France.

Organisme mutualiste, la MSA est l'expression d'une démocratie solidaire et responsable, au service et proche du monde rural. Elle gère la Protection sociale de façon globale, de la santé à la famille en passant par la retraite, le recouvrement et la santé-sécurité au travail. Chaque Caisse de MSA est l'interlocuteur unique de ses ressortissants, particuliers ou entreprises.

Soucieuse de proximité, la MSA s'organise en réseau et agit de manière décentralisée. La Caisse Centrale (CCMSA) représente la MSA au niveau national et contribue à la mise en œuvre de la politique sociale agricole en liaison avec les 35 Caisses du réseau. Aux côtés des 1 071 administrateurs des Caisses de MSA et des 25 820 délégués de l'échelon local, ce sont quelque 17 800 salariés qui travaillent quotidiennement au service des ressortissants de la MSA, dont 2 000 travailleurs sociaux et 600 médecins du travail et conseillers en prévention.

La représentativité de ses élus, sa connaissance du terrain et de ses acteurs, son caractère d'organisme professionnel agricole, confèrent à la MSA une expertise indispensable pour construire l'avenir sur les territoires ruraux. En complément de la Protection sociale légale, la MSA mène sur les territoires des actions à caractère sanitaire et social adaptées aux besoins de ses populations, le plus souvent en partenariat. Acteur des territoires ruraux, la MSA œuvre pour garantir l'égalité d'accès à des Services publics de qualité et l'équité en matière d'équipements, de services et d'activités, véritable enjeu de cohésion sociale.



L'identité de la MSA s'est construite sur les territoires avec des atouts incontestables pour rendre des services reconnus à ses populations. Aujourd'hui la nouvelle donne politique, économique et sociale des territoires ruraux conduit la MSA à renouveler cette identité. C'est tout l'enjeu du nouveau plan stratégique, « Ambitions 2015 », voté en Assemblée générale en juin 2011.

I. L'identité de la MSA s'est construite sur les territoires

La MSA considère que le développement des territoires ruraux ne peut perdurer sans une offre sociale adaptée, sans lien social ni réseaux. Ce sont des démarches de développement coordonné des tissus économique, social et culturel qui favorisent l'attractivité et la dynamique des territoires.

La MSA se positionne en partenaire social de la politique de développement des territoires, par ses réalisations et par les structures qu'elle a mises en place, par les partenariats et les réseaux qu'elle a créés en adéquation avec les besoins des populations qui y travaillent et qui y vivent.

A. Des atouts en lien avec son organisation et ses valeurs

1. Le réseau des élus de la MSA

C'est en s'appuyant sur ce réseau, qui lui apporte force et crédibilité, que la MSA peut mettre en œuvre la politique sociale dans toutes ses dimensions. Les élus de la MSA sont à la fois les porte-parole et les représentants des usagers. Leur présence active sur l'ensemble du territoire et leur proximité avec les adhérents garantissent une action guidée par les aspirations des entreprises et des populations.

Les élus locaux sont aussi les relais de la MSA sur le terrain, pour expliquer les évolutions en cours dans la politique de proximité, s'impliquer dans les actions de prévention ou dans le déploiement de nouvelles offres de service. Les élus contribuent en outre à faire connaître la MSA et lui apportent un capital relationnel indispensable pour entretenir et pour développer les partenariats sur les territoires.



2. *Un maillage fort des territoires*

La MSA maille les territoires par un réseau de proximité original d'élus, de décideurs économiques et sociaux de terrain, connaissant bien les besoins des populations et des entreprises et les enjeux locaux.

L'action sur les territoires des Caisses de MSA s'appuie sur la proximité dans toutes ses dimensions, physique ou virtuelle, sous la forme d'agences, de permanences, de plate-forme de services, de visites aux entreprises, d'implication dans les Relais Services publics, de centres sociaux ruraux.

Les MSA maillent le territoire lorsqu'elles contribuent à la mise en place de maisons de santé rurale ou de Centres de loisirs, de Maison de Retraite pour Personnes Âgées (MARPA) ou d'ESAT. De tels équipements fixent les populations, génèrent des emplois et tissent du lien social.

Les MSA maillent également le territoire en suscitant ou en créant elles-mêmes des réseaux de soins à domicile, de prévention de la précarité, de veille et d'entraide.

Les territoires d'action des MSA se déploient sur les lieux de travail ou de vie de leurs adhérents : domicile, entreprise, lycée agricole, maison de retraite, commune, canton, communauté de communes, pays, département, région, territoire national, Europe, en fonction des problématiques. Plus qu'une vision marquée par la dimension spatiale, géographique ou administrative, c'est la logique des objectifs qui guide le choix des territoires d'actions de la MSA.

3. *Le guichet unique global*

Le guichet unique se traduit par un décloisonnement des services de la MSA et par la tenue d'un dossier unique sur l'adhérent, entreprise ou particulier. Il légitime la MSA pour intervenir auprès de toutes les catégories de populations et de filières, avec une connaissance et une prise en compte globale de l'adhérent.

Grâce au guichet unique, la MSA peut intervenir sur la globalité des difficultés rencontrées par la personne, la suivre tout au long de son existence, l'accompagner lors du passage d'une étape à une autre de sa vie : entrée dans la vie active, naissance d'un enfant, retraite, dépendance, mais aussi lors de ruptures et d'accidents de toute nature.

La MSA recouvre, en même temps auprès d'une même entreprise, les cotisations sociales aux régimes de base obligatoires et, pour le compte de différents organismes partenaires, les cotisations aux organismes de

retraite complémentaire et de complémentaire maladie, notamment pour l'ensemble de la branche des salariés agricoles, aux fonds de formation et au régime d'assurance chômage. Le territoire de l'entreprise constitue une forme aboutie du guichet unique de la MSA et un de ses territoires privilégiés d'intervention, au bénéfice des employeurs et des salariés.



4. L'organisation décentralisée

L'action territoriale est au cœur de l'organisation de la MSA. Son caractère mutualiste l'a conduit naturellement à faire le choix d'une organisation décentralisée avec des structures mutualistes et un mode de gouvernance avec un niveau politique et un niveau de pilotage.

Les structures mutualistes de la MSA se composent de 35 Caisses de MSA avec 35 conseils d'administration et du Conseil central pour la CCMSA, tête de réseau, de comités départementaux et de l'échelon local. Les comités départementaux ont été créés pour préserver la proximité avec des missions d'animation, de représentation départementale et d'appui au conseil d'administration.

La gouvernance politique vise à concilier responsabilité collective, solidarité et capacité d'initiative locale. Elle comporte des instances d'information, de consultation (Commissions institutionnelles) et de décision (Conseil central et Assemblée générale centrale). Quatre commissions institutionnelles : stratégie institutionnelle, financement institutionnel, santé et territoires, action mutualiste réunissent, le même jour, tous les présidents, vice-présidents des Caisses et directeurs du réseau.

La gouvernance de pilotage du réseau s'organise autour d'instances d'élaboration des décisions et de leur suivi. Le Comité Directeur du Réseau (CDR) réunit tous les 2 mois les 35 directeurs du réseau. Il est coordonné par un directeur du réseau et présidé par le Directeur général de la CCMSA. Les décisions du CDR s'appuient sur les travaux de Comités Directeurs spécialisés co animés par un directeur du réseau et un directeur central.

5. Un savoir-faire en ingénierie sanitaire et sociale

La MSA est un partenaire expert des territoires ruraux sur le champ sanitaire et social. En témoigne l'ingénierie mise en œuvre par la CCMSA ou par MSA Services qui privilégie des initiatives partant du terrain et construit des actions sur mesure pour compenser les déséquilibres et les disparités locales.

1

LES ÉVOLUTIONS
DE LA PROTECTION
SOCIALE

La MSA pilote les politiques de services dans le cadre de sa politique d'ASS et de présence sur les territoires à partir de 5 types d'offre :

- les services à la personne à domicile et hors domicile (téléassistance, aide à la personne) ;
- les structures sanitaires et médico-sociales (établissements de santé, SSIAD) ;
- les structures d'insertion par l'activité économique (associations d'insertion, entreprises de travail temporaire d'insertion, les chantiers d'insertion) ;
- les structures et services pour personnes âgées (MARPA, petites unités de vie) ou handicapées ;
- d'autres types de services (les centres de vacances, la protection juridique des majeurs, etc.).

Cette offre peut se déployer sur un large territoire rural et urbain, s'appuyant sur les solidarités et sur des économies d'échelle pour assurer ainsi l'accès à un service de qualité au moindre coût.

6. Une habitude de la MSA à travailler en partenariat

Les partenariats permettent à la MSA d'intervenir en amplifiant les moyens et les financements. Ils constituent une possibilité d'agir à plus grande échelle en faveur des populations, y compris au-delà de l'espace rural.

Le champ de partenariat de la MSA est très vaste, en raison de l'étendue de ses missions et de sa double appartenance d'organisme de Protection sociale et d'Organisme Professionnel Agricole (OPA) :

- les partenaires « historiques » de la MSA : Coopération, Crédit agricole, Groupama ;
- les autres partenaires institutionnels, comme les organismes de Protection sociale de base et les mutuelles ;
- les collectivités locales, en particulier le département pour l'action sanitaire et sociale et l'intercommunalité pour le développement social local ;
- les entreprises et leurs représentants : le caractère d'OPA de la MSA facilite son action sur les territoires avec d'autres partenaires du monde agricole ;
- les associations, « 4^e force économique », acteurs de l'action publique locale et partenaires privilégiés de la MSA ;
- les fédérations de réseaux créés par la MSA ;

- les médias locaux et nationaux, qui participant à la valorisation de l'action sur les territoires.

Les MSA réalisent le plus souvent un travail de défrichage et de facilitation sur les territoires, tandis que ses partenaires financent une partie des actions. Les MSA apportent aux partenaires de la technicité, de la méthode et des programmes spécifiques et complémentaires de leur propre action.



B. Des exemples d'actions, d'initiatives et d'expérimentations de services sur les territoires

Santé-sécurité au travail, micro-crèches, accompagnement des crises agricoles, offre à destination des personnes âgées, réseaux gérontologiques, actions de prévention, autant d'exemples des types de services rendus par la MSA aux territoires.

1. La Santé-Sécurité au Travail (SST) : un levier de développement économique

La MSA est le seul régime de Protection sociale à prendre en charge la médecine du travail et la prévention des risques professionnels. La MSA offre la possibilité de pouvoir disposer dans la même entreprise du Contrôle médical, de la Médecine du travail, de la Prévention et de la Gestion des risques professionnels, grâce au guichet unique de la MSA. La loi du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail a d'ailleurs confirmé le rôle de la MSA et son organisation originale.

La MSA intervient dans le domaine de la SST en amont, par la contribution à une meilleure connaissance des risques et le déploiement d'actions de prévention, et en aval, par la réparation des accidents du travail et maladies professionnelles.

Les politiques de gestion du risque professionnel menées par la MSA présentent une triple originalité avec une approche :

- pluridisciplinaire et de proximité, associant plus de 600 conseillers en prévention ingénieurs, ergonomes, formateurs et médecins du travail de la MSA ;
- inscrite dans le cadre général des politiques de santé au travail, mais ciblée sur certaines problématiques propres au travail en secteur agricole (utilisation de produits chimiques, engins agricoles, zoonoses...);
- avec des orientations déterminées par les élus représentant les salariés et les exploitants, au sein des comités de Protection sociale des salariés et des non salariés agricoles des Caisses de MSA.

1

LES ÉVOLUTIONS
DE LA PROTECTION
SOCIALE

La MSA intègre la dimension SST dans le domaine plus large de la prévention de la santé en général, à l'intention des populations exposées à des risques de zoonose ou liés à l'usage des phytosanitaires et leur fait profiter de son expertise, au-delà des seuls professionnels.

2. *Les micro-crèches, un levier de développement social local*

Les besoins des familles sont multiples et en constante évolution et le milieu rural se transforme pour répondre aux nouvelles attentes des populations. La MSA soutient la dynamique des territoires, favorise l'émergence de solutions de proximité par exemple d'accueil du jeune enfant.

Face aux difficultés de nombreux territoires ruraux à créer des structures d'accueil collectif « classiques » : peu d'enfants, éparpillement des populations, moyens réduits des petites communes rurales..., la MSA a proposé, dès 2007, d'accompagner l'expérimentation des « micro-crèches » dans le cadre d'un appel à projets national. Sur des territoires ruraux ou péri-urbains où vit une forte population de salariés agricoles, près de 100 micro-crèches ont ouvert leurs portes entre 2008 et septembre 2012. En 2010, les micro-crèches sont entrées dans le droit commun, mais la MSA a décidé de poursuivre son soutien financier.

3. *L'accompagnement des crises agricoles :
une vision globale des besoins de solidarité actuels*

La MSA est un acteur reconnu dans l'accompagnement des situations difficiles (crises économiques, climatiques, sanitaires), en raison de son fonctionnement fondé sur des valeurs de solidarité mutualiste.

Dans un contexte de crise, la MSA se mobilise en tant qu'accompagnateur social, sans pour autant se substituer aux acteurs économiques. Elle intervient pour accompagner les filières dans la prévention des crises et pour soutenir les familles en difficultés face aux conséquences d'une crise, en prenant des mesures appropriées d'ordre social ou d'ordre financier. Avec une approche globale de la situation, la MSA travaille en concertation avec les acteurs publics, économiques, sanitaires et sociaux impliqués (Administrations territoriales, collectivités locales, syndicalisme agricole, OPA).

L'accompagnement MSA s'adresse à tous les agriculteurs quelle que soit l'origine de la crise subie (aléas climatiques, crises financières et économiques, épizooties, zoonoses, problèmes personnels de santé, familiaux, etc.). Il se déroule en plusieurs temps : la réponse à l'urgence



avec des aides au paiement (prises en charge ou reports) des cotisations, le soutien et l'accompagnement pour l'accès aux droits sociaux et pour favoriser le bien-être au travail et prévenir l'isolement et la détresse psychologique (plan national de prévention des suicides), le conseil pour accompagner le changement.

4. *L'offre de services sur les territoires à destination des personnes âgées : un savoir-faire opérationnel en ingénierie médico-sociale*

Prête à relever le défi d'un vieillissement accru de la population, la MSA intensifie ses initiatives en direction des personnes âgées vivant en milieu rural. Son expérience lui permet de concevoir de nouveaux projets et de contribuer aux politiques publiques, à l'aménagement des territoires et à l'emploi.

La politique d'Action Sanitaire et Sociale (ASS) de la MSA en matière de gérontologie vise à créer des solidarités de proximité en vue d'améliorer la situation des personnes âgées tout en maintenant leur autonomie et leur responsabilité et se décline sur 3 axes :

- le renforcement des actions de **prévention de la perte d'autonomie pour** éviter ou retarder l'entrée de la personne âgée dans le dispositif APA, grâce à des actions comme les programmes d'activation cérébrale, les ateliers du Bien Vieillir et les réseaux de soins gérontologiques ;
- le **maintien de la personne âgée dans son cadre de vie**, en soutenant la quantité et la qualité de l'offre de maintien à domicile dans les territoires ruraux et en contribuant activement au développement de formules d'hébergement de proximité, intermédiaires entre le domicile et la maison de retraite médicalisée ;
- l'**accompagnement de l'avancée en âge**, en s'attachant à soutenir le lien social et les solidarités de proximité (soutien aux aidants...) et à valoriser la place des retraités dans la vie des territoires.

Dans le prolongement de son Action sociale gérontologique, la MSA développe son offre de services sur les territoires :

- les **Associations de services aux personnes** : les Caisses de MSA ont créé ces associations souvent sous l'impulsion de la CCMSA au travers d'appels à projet. Ces associations représentent plus de 5 400 emplois et connaissent un développement important avec 62 270 bénéficiaires de prestations d'aide à domicile aux personnes âgées ;

1

LES ÉVOLUTIONS
DE LA PROTECTION
SOCIALE

- les **MARPA**. Ces petites structures d'accueil non médicalisées de 20 à 24 résidents sont des formules d'hébergement de proximité intermédiaires entre le domicile et l'institutionnalisation. Elles visent à maintenir les aînés dans leur territoire. Les MARPA sont labellisées par la MSA. Au nombre de 139 et implantées dans 54 départements, elles accueillent un peu plus de 3 000 personnes âgées et mobilisent près de 900 emplois ;
- le concept MARPA ne pouvant répondre à tous les besoins ni à toutes les configurations territoriales, la CCMSA explore plusieurs voies complémentaires susceptibles de diversifier les offres de proximité : le développement de **l'accueil familial social**, en partenariat en particulier avec des réseaux d'agriculteurs, **l'expérimentation de formules de logements regroupés avec des services associés, la définition et l'expérimentation d'un concept de « Petites Unités de Vie » (PUV)** adaptées à l'accueil et l'accompagnement de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer (ou maladies apparentées).

5. *Les réseaux gérontologiques :*

un rôle d'opérateur d'accès à des services sanitaires et sociaux de référence

Depuis leur lancement, il y a une dizaine d'années, les réseaux gérontologiques sont reconnus comme une réponse adaptée aux besoins sanitaires et sociaux des personnes, particulièrement en milieu rural. Les réseaux soutenus par la MSA, sont ouverts aux personnes âgées, quel que soit leur régime de Sécurité sociale, âgées de 60 ans et plus, dépendantes ou présentant des troubles nécessitant une orientation et un suivi et vivant à leur domicile.

La MSA et la Fédération nationale des réseaux gérontologiques accompagnent actuellement 33 réseaux, près de 3 000 personnes sont prises en charge et plus de 2 000 professionnels y adhèrent dont près de 900 médecins généralistes et 800 infirmières libérales.

Dans la COG 2011-2015, la MSA s'engage à développer les réseaux gérontologiques en termes de territoire, de populations couverts et de services proposés (prévention et éducation thérapeutique, coordination sociale). L'objectif est de positionner ces réseaux comme des acteurs territoriaux incontournables et de générer une dynamique de collaboration des acteurs dont pourront profiter d'autres modes d'intervention.

6. *Les actions de prévention :
une régulation sanitaire et sociale
de proximité*



La MSA est un acteur de prévention en santé de proximité sur les territoires ruraux qui contribue ainsi à la maîtrise des dépenses de Protection sociale. Elle développe toute une offre d'actions innovantes et originales qui concourent à une animation en santé des territoires et qui pourront faire l'objet de partenariats avec les ARS, notamment dans le cadre du contrat de mise en œuvre du projet régional de santé en cours de négociation entre les Caisses et les agences.

Ainsi, en matière de prévention des effets liés au vieillissement, la MSA organise des conférences-débat « **Seniors, soyez acteurs de votre santé** » (200 conférences, 9 000 participants) et propose aux personnes intéressées des **Ateliers du Bien Vieillir** (460 cycles, plus de 6 000 participants).

Dans le contexte de substitution des ARS aux anciens groupements régionaux de Santé publique, les agences recherchent **un pilotage de proximité des actions de prévention auquel peut concourir la MSA**. Dans le cadre des **Associations pour la Santé, l'Éducation, la Prévention sur les Territoires (ASEPT)** auxquelles adhère la majeure partie des Caisses de MSA, ces actions peuvent être **partagées avec d'autres régimes d'assurance** maladie, assurance vieillesse ou complémentaires.

II. La nouvelle donne politique, sociale et économique des territoires

Réformes publiques et réduction des moyens, mutations de l'espace rural, proximité à revisiter : l'action territoriale de la MSA doit compter avec ces éléments, pour les transformer en facteurs de réussite.

A. Les réformes publiques et la réduction des moyens

Avec la nécessité de réduire les déficits publics et de rationaliser les coûts, des réformes majeures dans les domaines de l'administration et des collectivités locales transforment le cadre institutionnel et le champ des actions de la MSA et celles de ses partenaires.

La réforme des collectivités territoriales prévoit l'achèvement et la rationalisation de la carte intercommunale pour juin 2013. L'intercommunalité

1

LES ÉVOLUTIONS
DE LA PROTECTION
SOCIALE

prend toute son importance pour la MSA car c'est bien à ce niveau que s'organise l'Action sociale de proximité et c'est à cet interlocuteur que la MSA va proposer des diagnostics de besoins et des stratégies opérationnelles de développement de l'offre « santé/social ».

Les politiques publiques : précarité, famille, Santé publique, accès aux Services publics, évoluent vers de plus en plus de mutualisation et de transversalité. Cette démarche convient bien à la MSA qui entre dans la mise en œuvre des politiques publiques par le territoire.

Les missions et les responsabilités de la CCMSA évoluent sensiblement. Des missions et des responsabilités nouvelles lui ont été confiées, souvent par analogie avec celles des Caisses nationales du Régime général. De plus, la crise de la dette publique et le ralentissement de la croissance vont accentuer les exigences de l'État à l'égard de la MSA. Concilier les nouvelles responsabilités de la CCMSA avec sa fonction historique de tête de réseau, demande une adaptation pour préserver l'organisation décentralisée de la MSA, élément constitutif d'un organisme mutualiste, et des marges de manœuvre pour le réseau.

B. Les mutations de l'espace rural

Plus d'un Français sur 5 habite en milieu rural : en 2007 l'espace rural rassemble 22,5 % de la population et occupe 78,2 % du territoire. Les territoires ruraux se repeuplent pour la plupart. La population rurale a augmenté de 9 % entre 1999 et 2007 avec un solde naturel positif, ce qui n'était pas le cas au cours de la décennie précédente. Moins de 5 % des habitants des territoires ruraux échappent à l'influence urbaine. Autant de constats qui viennent bouleverser les représentations traditionnelles d'un espace rural isolé, désertifié et vieillissant.

Les attentes des territoires ruraux sont renouvelées par l'arrivée de populations aux aspirations « urbaines », le plus souvent résidentielles, par des actifs qui travaillent en zone urbaine ou des retraités. Ces populations demandent le même niveau de services qu'en ville.

L'agriculture voit son poids relatif se réduire en termes démographique et sociologique, même si elle continue à structurer les territoires ruraux et leurs paysages et à jouer un rôle stratégique avec un solde de commerce extérieur positif et les exigences environnementales, sanitaires et de sécurité alimentaire.

Pour continuer à soutenir toutes les composantes de l'agriculture, actifs agricoles, familles et personnes âgées, la MSA doit prendre en

compte la complémentarité des populations agricoles et non agricoles, leurs attentes et leurs ressources. Son expérience et son savoir-faire lui permettent d'agir au-delà de la population agricole, en partenariat notamment avec les collectivités locales et les associations.



C. La proximité à revisiter

Les adhérents, les entreprises s'adressent aujourd'hui de façon différente à la MSA avec une forte attente de disponibilité, de personnalisation, d'accessibilité et d'immédiateté, plus que de proximité physique. Les TIC et la mobilité qu'elles autorisent bouleversent le rapport de l'individu à l'espace et au temps.

Les lieux d'appartenance des individus aujourd'hui sont multiples. Le découplage entre sphère privée et sphère professionnelle modifie les lieux de consommation des services. Pourtant les distances et les questions d'accès demeurent même si leur contenu évolue. Certaines populations subissent la mobilité ou en sont exclues, en particulier dans les territoires ruraux.

Ces évolutions remettent en cause le modèle de relation directe à l'adhérent et à l'élu et d'ancrage territorial cher à la MSA. En même temps, les TIC procurent de nouvelles possibilités de communication et d'échanges et offrent un nouveau territoire de proximité et de qualité de service à la MSA.

III. Des ambitions 2015 au service des territoires

« Ambitions 2015 » complète la feuille de route tracée par la COG. Cette orientation politique qui a impliqué tous les élus de la MSA s'appuie sur une réflexion prospective pour les 10 années à venir quant aux adaptations nécessaires de l'action de la MSA, tout particulièrement sur les territoires. La MSA réaffirme ses valeurs, solidarité, responsabilisation et promotion des personnes au service de la personne et des territoires. Elle entend préserver un large espace d'initiatives locales, ceci dans un contexte très contraint. Trois axes guident Ambitions 2015 : le développement, le service et la performance.

1

LES ÉVOLUTIONS
DE LA PROTECTION
SOCIALE

A. Le développement

L'ambition de développement vise à faire bénéficier des compétences et du savoir-faire de la MSA des populations et des entreprises plus nombreuses et à construire une offre de services plurielle sur les territoires.

Les Pouvoirs publics sont très attentifs à la productivité. Or il ne suffit pas de réduire les charges pour augmenter la productivité ; il faut parallèlement au moins maintenir l'activité, et si possible l'augmenter.

Malgré les efforts consentis, la productivité de la MSA n'a que faiblement évolué entre 2005 et 2010. Des missions nouvelles, comme le RSA, n'ont pas suffi à compenser la baisse de la couverture démographique de la MSA et globalement elle a perdu des unités d'activité.

À périmètre constant, la tendance ne devrait pas s'inverser d'ici 2015, avec notamment une baisse proche de 10 % des ressortissants non salariés. Sans politique volontariste, la MSA risque d'être engagée dans une course sans fin entre diminution des coûts et diminution de l'activité.

C'est pourquoi l'ambition de développement est un axe structurant de la stratégie de la MSA pour 2011-2015, non seulement pour consolider mais pour élargir son périmètre d'attractivité, en terme de frontières, de missions et de compétences.

1. Développer et renforcer la politique d'affiliation de la MSA

Les frontières du régime agricole sont tracées par des règles d'affiliation qui définissent son champ d'intervention. Or les lignes historiques ont bougé et les règles d'affiliation doivent s'adapter aux profonds changements de l'environnement économique et répondre à la forte volonté de simplification et de modernisation administrative des Pouvoirs publics.

La question est particulièrement prégnante pour l'agriculture, face à l'effacement du modèle traditionnel de l'exploitation familiale, à la montée en charge de la pluriactivité, à l'évolution des modes d'installation. La MSA ne peut conserver longtemps un modèle d'affiliation, qui repose sur la demi SMI, peu lisible au moment où il existe un large consensus pour favoriser une entrée progressive dans la profession et pour répondre au légitime souci de diversification des exploitants.

2. Se positionner comme un opérateur de services sur les territoires

Longtemps axées sur une logique de production, les missions dans le champ du Service public de la Protection sociale évoluent vers des

logiques de service et tendent à positionner les organismes sociaux comme des opérateurs de services dans des champs nouveaux, au demeurant également ouverts à d'autres intervenants.



Cette mutation, la MSA l'a largement anticipée et dispose d'atouts majeurs pour s'y inscrire : son guichet unique, son réseau d'opérateurs de terrain et ses partenariats nombreux et variés. Ces atouts, la MSA va les valoriser et les dynamiser pour bâtir une offre institutionnelle mieux structurée et plus élargie, qui couvre à la fois les prestations obligatoires, les prestations extra légales et les prestations de services qui complètent et prolongent la mission de Service public.

3. Promouvoir les compétences et les savoir-faire

La MSA est le seul organisme de Protection sociale, avec ses élus, à être aussi profondément inséré dans son environnement professionnel et géographique. Cette singularité implique la mise en œuvre de compétences techniques et de savoir-faire très étendus, qui peuvent intéresser de nombreux acteurs de la Protection sociale comme en témoignent déjà les partenariats existants.

La MSA va amplifier cette politique en ciblant les collectivités territoriales en recherche de partenaires fiables et compétents pour déclinier leurs responsabilités sociales sur les territoires, et les divers intervenants de la politique d'aménagement du territoire, avec la volonté de positionner la MSA comme interlocuteur de référence pour garantir l'accès aux Services publics en milieu rural.

B. Le service

L'ambition de développement affichée par la MSA implique, au-delà des engagements de qualité de la COG, de porter un regard neuf sur la relation de service.

L'ambition de service d'Ambitions 2015 vise à réduire l'hétérogénéité importante du réseau en terme de services mis en ligne, d'organisation de la relation de service et de présence territoriale.

Considérant que la recherche conjointe de la qualité, de la proximité et de la performance passent par une complémentarité entre relation à distance et proximité physique, la MSA va revisiter sa politique de proximité. Elle va adapter l'accueil des assurés à leurs modes de vie et à leurs besoins par le biais des agences, des services Internet, de la relation téléphonique.

1

LES ÉVOLUTIONS
DE LA PROTECTION
SOCIALE

La proximité MSA en lignes assurant l'accueil organisé autour des services internet et de la relation téléphonique va être déployée sur tout le territoire, tandis que l'agence territoriale MSA lieu identifié d'accueil et de conseil administratif, social et médical assurera la présence de la MSA

sur les territoires.

La MSA pourrait s'orienter vers la réduction des permanences exclusivement administratives de fréquentation, de contenu et de qualité de service moindres qu'en agence, à condition de les remplacer par un accueil partagé et/ou virtuel améliorant la qualité et l'accessibilité de l'accueil. L'accord « + de services au public » qu'a signé en septembre 2010 la MSA, destiné à expérimenter des formes d'espaces partagés multiservices avec 8 opérateurs de Services publics dans 22 départements est une solution susceptible d'améliorer son maillage territorial dans des zones peu fréquentées par ses ressortissants.

C. La performance

180

Ce 3^e axe d'Ambitions 2015 conditionne la mise en œuvre des 2 autres. Les moyens de la MSA étant fortement contraints par la puissance publique, la MSA doit trouver des marges de manœuvre supplémentaires pour réaliser ses ambitions de développement et de service, et desserrer les contraintes qui limitent son action sur les territoires.

1. *Des modalités de regroupement et des moyens adaptés aux territoires*

Il s'agit tout d'abord de tirer tous les bénéficiaires de la restructuration du réseau. Pour renforcer la performance collective de la MSA, la priorité absolue doit être donnée aux évolutions d'organisation interne des Caisses, ce qui passe, au minimum, par la spécialisation des sites des Caisses pluri départementales, sinon par la centralisation de certaines fonctions. Le déploiement de la démarche de gestion par processus et le souci d'utilisation des mêmes outils informatiques y participent.

Il n'existe pas de modèle unique applicable dans toutes les situations et cet objectif relève en priorité de la responsabilité des Caisses concernées. Vouloir uniformiser, imposer des schémas standards irait à l'encontre des valeurs de la MSA et de son ambition de politique des territoires.

La mutualisation d'activités, orientation clairement affichée dans Ambitions 2015 comme dans la COG, est probablement indispensable pour des fonctions support ou de métiers à forte expertise ou des activités

de faible volume. Son opportunité reste à démontrer pour les missions de base (maladie, retraite, famille...). Le périmètre de la mutualisation n'est pas déjà écrit, tous les périmètres sont possibles.



2. *La co-construction avec un pilotage fort et une responsabilisation*

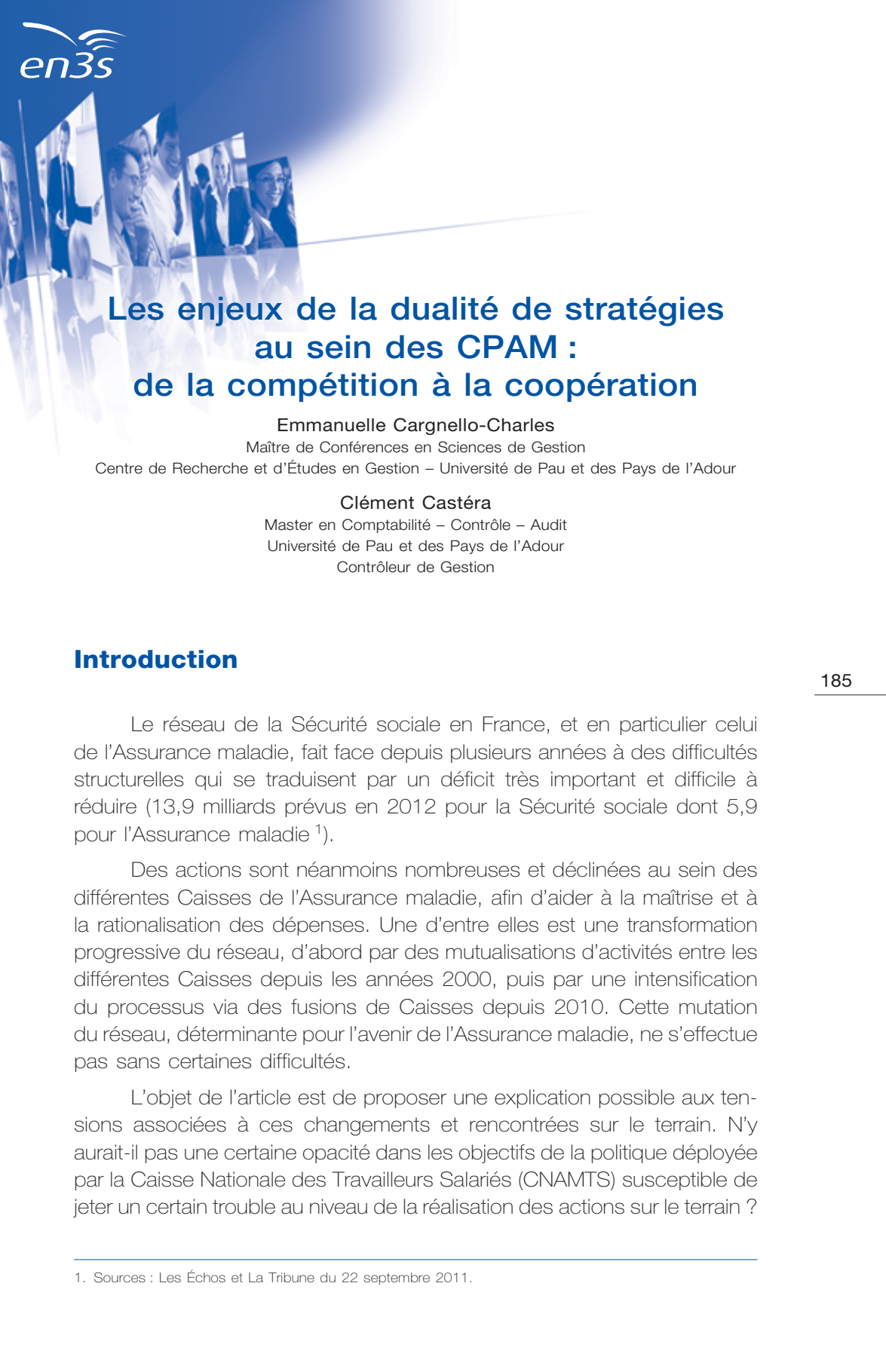
La démarche de co-construction par la CCMSA et le réseau a fait ses preuves dans les domaines de la gestion institutionnelle des effectifs, du GVT et du financement institutionnel. Elle va s'étendre à d'autres domaines, comme celui de la gestion institutionnelle immobilière, domaine nouveau pour la MSA, ou celui de la définition d'accords cadres de partenariat.

La CCMSA est garante vis-à-vis des Pouvoirs publics des résultats de l'Institution, cela suppose d'impliquer fortement tous les acteurs de l'Institution dans la déclinaison des objectifs et la définition des moyens en amont et qu'elle puisse agir en aval en cas de difficultés. Le rôle de validation des orientations du Comité Directeur du Réseau va être renforcé et facilitera l'engagement de solidarité collective et de discipline institutionnelle, inscrit dans Ambitions 2015.

L'actuel mandat des élus de la MSA se termine en 2015 et d'ores et déjà est amorcée la montée en charge des actions et initiatives concourant à la réussite, au terme fixé, des orientations que l'Institution s'est fixée. Sur le même temps, la MSA doit satisfaire aux engagements contractés avec l'État dans le cadre de sa COG qui lui reconnaît une place originale dans le paysage de la Protection sociale et lui renouvelle sa confiance dans son mode de gouvernance mutualiste. La MSA met ainsi toute son énergie à développer une politique ambitieuse au service des populations et des territoires tout en apportant à l'État la garantie d'une gestion respectueuse des finances publiques.



LE MANAGEMENT
DE LA PROTECTION
SOCIALE :
TENDANCES ET
ÉVOLUTIONS

A background image showing a group of business professionals in a meeting, with a blue gradient overlay. The image is slightly blurred and has a perspective effect, appearing to be part of a larger architectural or digital space.

Les enjeux de la dualité de stratégies au sein des CPAM : de la compétition à la coopération

Emmanuelle Cargnello-Charles

Maître de Conférences en Sciences de Gestion

Centre de Recherche et d'Études en Gestion – Université de Pau et des Pays de l'Adour

Clément Castéra

Master en Comptabilité – Contrôle – Audit

Université de Pau et des Pays de l'Adour

Contrôleur de Gestion

Introduction

Le réseau de la Sécurité sociale en France, et en particulier celui de l'Assurance maladie, fait face depuis plusieurs années à des difficultés structurelles qui se traduisent par un déficit très important et difficile à réduire (13,9 milliards prévus en 2012 pour la Sécurité sociale dont 5,9 pour l'Assurance maladie¹).

Des actions sont néanmoins nombreuses et déclinées au sein des différentes Caisses de l'Assurance maladie, afin d'aider à la maîtrise et à la rationalisation des dépenses. Une d'entre elles est une transformation progressive du réseau, d'abord par des mutualisations d'activités entre les différentes Caisses depuis les années 2000, puis par une intensification du processus via des fusions de Caisses depuis 2010. Cette mutation du réseau, déterminante pour l'avenir de l'Assurance maladie, ne s'effectue pas sans certaines difficultés.

L'objet de l'article est de proposer une explication possible aux tensions associées à ces changements et rencontrées sur le terrain. N'y aurait-il pas une certaine opacité dans les objectifs de la politique déployée par la Caisse Nationale des Travailleurs Salariés (CNAMTS) susceptible de jeter un certain trouble au niveau de la réalisation des actions sur le terrain ?

1. Sources : Les Échos et La Tribune du 22 septembre 2011.

2

LE MANAGEMENT DE LA PROTECTION SOCIALE : TENDANCE ET ÉVOLUTION

Cela pourrait se manifester par une coexistence de stratégies pas forcément convergentes (une stratégie de compétition bien connue entre les différentes Caisses, et une stratégie nouvelle de coopération, imposée par le contexte des mutualisations et des fusions). Afin de mieux appréhender la question posée, nous rappellerons dans un premier temps comment s'effectue aujourd'hui la transformation du réseau et ce que cela entraîne en termes de définition de stratégie (I). Nous mettrons alors en lumière concrètement les contradictions en termes d'objectifs, au travers de l'outil de pilotage que représente le Contrat Pluriannuel de Gestion des différentes Caisses (CPG) (II). Enfin, nous proposerons quelques pistes susceptibles d'être envisagées pour que la nouvelle stratégie de coopération entre Caisses soit bien comprise et se développe sur le long terme (III).

I. Un réseau en pleine mutation

Il en est question depuis une dizaine d'années, mais les fusions de 2010 l'ont clairement souligné : le réseau de l'Assurance maladie est en pleine mutation. La raison de ce changement est claire, rappelée sans relâche au travers des Contrats d'Objectifs et de Gestion (COG), des CPG, jusque dans les Lettres Réseau ou encore dans le schéma directeur du contrôle de gestion : la recherche de l'optimisation de l'efficacité globale du réseau.

A. Contexte actuel de mutation

Cette recherche de l'optimisation de l'efficacité globale du réseau se concrétise, à notre avis, par un changement de stratégie, une stratégie de coopération entre Caisses prenant le pas sur une stratégie de compétition.

Trois axes semblent être fondateurs de ce cet état de fait, avec en premier lieu, en fer de lance et moteur principal les mutualisations qui devraient aider au renforcement de l'efficacité du réseau.

- Les mutualisations

Devenues obligatoires par le biais des CPG de 2006, les mutualisations se sont, au fil du temps, consolidées au niveau de la procédure mais aussi complexifiées. Mais plus que le côté procédural qui aujourd'hui jalonne ces mutualisations, la principale particularité de ce processus est la nécessité d'une approche de plus en plus partenariale entre les différentes



Caisses du réseau de l'Assurance maladie. Ce partenariat entre Caisses devrait aider à l'échange des bonnes pratiques et à l'optimisation des ressources. Ce faisant, l'efficience des Caisses serait optimisée, de même que celui du réseau dans son entier.

- La régionalisation des indicateurs du CPG

Le second axe susceptible d'aider à l'optimisation de l'efficience du réseau est la régionalisation des indicateurs du CPG. Ainsi, alors qu'en ses débuts les indicateurs étaient tous définis selon des critères nationaux ou locaux (pour homogénéiser les pratiques sur l'ensemble du territoire dans un cas, pour prendre en considération les contextes particuliers dans l'autre), aujourd'hui plus d'un cinquième des points attribués dans le *scoring* du CPG est calculé sur des résultats régionaux. Au-delà de la recherche de cohérence des pratiques par l'homogénéisation des objectifs, cette « régionalisation du CPG » permet de provoquer un dialogue de gestion au sein de la région. Ce dialogue de gestion, en partie instrumentalisé par le CPG est largement porté par la CNAMTS qui souhaite le fortifier au sein de son réseau, afin d'aider le processus des rapprochements de Caisses.

- La création de structures régionales

Le troisième et dernier axe de la politique affichée par la CNAMTS et l'État se trouve être une conséquence directe des deux points précédents : la création de structures régionales. Entre autre, il nous faut citer les jeunes Agences régionales Santé de 2010, le déploiement des cellules de coordination de prévention de la désinsertion professionnelle, et celles de la coordination régionale de la gestion du risque. Ce type de structure devrait aider à la réalisation des grandes orientations en termes de politique de Santé publique, au niveau de tout le territoire, et au niveau des différentes régions. L'adoption d'une même vision régionale sur le long terme est alors permise. L'efficience du réseau devrait s'en trouver améliorée.

Bien souvent, cette recherche d'efficience, de dialogue, de cohérence politique au niveau des différentes Caisses, est perceptible par les acteurs au travers du suivi d'indicateurs du CPG, mais aussi et surtout au travers de changements organisationnels importants comme les mutualisations d'activités par exemple. Néanmoins, elle a été peu (ou pas assez peut-être) expliquée et commentée, au profit d'actions quotidiennes laissant peu de temps à la communication. Il en ressort une certaine incompréhension face aux difficultés rencontrées actuellement, difficultés qui prennent leur source, à notre avis et au moins en partie, au sein de la dualité des stratégies.

2

LE MANAGEMENT
DE LA PROTECTION
SOCIALE :
TENDANCE ET
ÉVOLUTION

B. Dualité des stratégies

La régionalisation actuelle qui sous-entend largement une stratégie de coopération entre Caisses est certainement une avancée considérable dans la culture d'entreprise de l'Assurance maladie. Pourtant, la régionalisation n'est pas encore complètement effective et l'ancienne vision, celle de la compétition entre les Caisses a été largement développée par la CNAMTS au cours de ces dernières décennies et se trouve encore très présente aujourd'hui.

Cette ancienne stratégie, qui est considérée comme étant la stratégie « historique », peut être résumée comme étant la mise en place d'une compétition au sein des régions afin d'augmenter l'efficacité opérationnelle (Porter, 1996). Par le biais de la communication officielle, la CNAMTS a longtemps promu la compétition entre Caisses. Il est à noter que ce système fonctionne, en particulier au sein d'un réseau (Assens, 2002) et ce d'autant plus, dans un environnement qui, au départ, n'est pas concurrentiel.

La nouvelle stratégie que les mutualisations, la régionalisation d'indicateurs et les structures régionales pour ne citer qu'elles, promeuvent est, en comparaison, un changement radical de position. La coopération intrarégionale est une stratégie au moins aussi valable, si ce n'est plus, car elle permet de nouer des relations efficaces dans le fonctionnement de type client-fournisseur, qui rend le réseau plus efficace (Donada et Nogatchewsky, 2008). La difficulté que pose cette nouvelle stratégie ne vient pas de sa philosophie, ni de sa vision transformée du réseau, mais de sa mise en place. Comment la coopération peut-elle s'intensifier lorsqu'une logique de compétition subsiste ?

Donada et Nogatchewsky (2008) soulignent que les deux modes, coopération et compétition, participent conjointement au renforcement des relations clients-fournisseurs, que l'on peut retrouver en l'espèce dans le processus de mutualisation. Pourtant, ici subsiste un problème important qui ne se retrouve pas dans les relations dites classiques de clients-fournisseurs : le manque de contrôles formels. Alors que dans une relation classique, un client aura des moyens de contrôler son fournisseur (et vice-versa d'ailleurs, grâce à la concurrence, et à des relations bien établies), dans le cas des CPAM, les règles de fonctionnement sont le plus souvent peu formalisées, et uniquement dans quelques documents (une convention portant sur la mutualisation et quelques annexes). Et même lorsque ces documents sont solides, un non-respect de ces derniers n'entraîne aucune



sanction, ni du marché (qui n'existe pas), ni du bénéficiaire (qui ne peut se détacher de son prestataire). Ce manque de contrôles effectifs amène des difficultés de gestion des objectifs, qui seront perçus de façon consciente ou non par l'utilisateur, pas forcément cohérents, voire contradictoires.

Mais concrètement, comment sont suivies ces stratégies sur le terrain ?

II. Le Contrat Pluriannuel de Gestion, reflet des difficultés organisationnelles

La source principale des objectifs à atteindre, l'outil sur lequel se fonde toute la vision stratégique des Caisses au niveau local, est le CPG. Sa position en tant que vecteur de la rémunération incitative en fait un des moteurs de la motivation des acteurs. Or, ces objectifs ne sont pas forcément convergents dès lors que les deux stratégies de compétition et de coopération y sont introduites.

Il est à souligner que le CPG a été choisi en tant qu'outil fondateur de la stratégie « historique » sur lequel repose la rémunération incitative. Ainsi, la stratégie de compétition est encore aujourd'hui largement défendue. Cela se répercute inévitablement sur le comportement des acteurs du contrôle qui effectuent un choix (conscient ou non d'ailleurs) dans les outils qui sont proposés, préférant ceux sur lesquels ils se sentent ou se savent jugés, et ceux qui représentent, selon eux, la véritable stratégie (Justin, 2004). Dans ce sens, certains outils seront utilisés et compris, et d'autres moins bien perçus et de ce fait moins bien utilisés. Les indicateurs du CPG subissent le même sort. En particulier, ceux associés aux mutualisations entrent dans le dernier cas de figure. Ils sont certes renseignés par les acteurs des contrôles, mais l'objectif et les attentes de la collaboration entre Caisses encore peu compris. Dans ce sens là, ces indicateurs soulignent clairement que les acteurs du contrôle ne sont pas encore familiarisés avec ce nouveau suivi, ce qui est susceptible d'entraîner des incompréhensions et des questionnements.

Il en découle des coûts (plus ou moins cachés), au sein des Caisses elles-mêmes mais aussi des tensions politiques au sein des régions, provoquées par la volonté des Caisses de protéger leur particularisme, tout

2

LE MANAGEMENT
 DE LA PROTECTION
 SOCIALE :
 TENDANCE ET
 ÉVOLUTION

en cherchant un terrain d'entente pour la coopération. L'objectif de mutualisation peut apparaître dans cette situation, comme peu productif².

Dans ce contexte, le CPG peut ainsi devenir moins performant (et ce malgré les résultats quantifiables visibles qui montrent pour 2010 une hausse générale du taux d'atteinte des Caisses).

Loin de considérer cette situation comme une fatalité, le tout est de comprendre comment y remédier. En d'autres termes, comment faire pour que la nouvelle stratégie de coopération s'intègre dans ce contexte du réseau en pleine mutation ?

III. Le développement de la coopération

Les lettres réseau éclairent assez largement la vision qui est poursuivie, et comment parvenir à cette stratégie nouvelle de coopération. Mais il faut aller certainement plus loin que la communication officielle, car c'est souvent dans l'implicite que l'on trouve le plus d'indices sur ce à quoi devrait ressembler le réseau de l'Assurance maladie dans le futur.

A. But de la nouvelle stratégie

Deux axes principaux semblent se détacher : le premier, souligné entre autre par le schéma directeur du contrôle de gestion, concerne un changement de culture d'entreprise ; le second est plus implicite et se trouve être une suite logique à l'accélération de la coopération, avec la spécialisation des Caisses.

Le changement de culture d'entreprise est amené à différents niveaux. Il peut être résumé en un passage d'une culture de moyen à une culture de résultat. Le vecteur de cette culture est le renforcement du dialogue de gestion, que ce soit entre CPAM et CNAMTS, entre CPAM d'une même région ou au sein même des CPAM (dans la relation contrôle de gestion-cadres). Le dialogue de gestion vise à trouver, par l'innovation managériale notamment, des solutions aux réductions d'effectifs et à certains moyens afin d'arriver aux résultats imposés. Les mutualisations et

2. Il a été déterminé qu'en moyenne, une stratégie implantée ne produit que 63 % de la performance attendue (Mankins et Richard, 2005). Il y a donc fort à parier qu'en l'espèce, les indicateurs faisant état des deux stratégies antinomiques, ne produisent que bien moins de 63 % de la stratégie de coopération prévue.



les fusions en particulier, et la coopération en général, font partie de ce programme de promotion du dialogue de gestion.

Au-delà de la culture d'entreprise, il est cherché un véritable regain du réseau, sur le modèle des entreprises dites performantes. Sans pour autant s'accorder à relever un manuel de « *Best Practices* » en matière d'organisation de réseau, il apparaît que la spécialisation des unités soit d'une efficacité réputée et testée avec succès depuis longtemps déjà. Actuellement, les Caisses ne sont pas encore spécialisées, mais l'arrivée des organismes régionaux avec des missions précises participe à cette spécialisation. Les Caisses sont donc appelées à faire de même. En l'état actuel des choses, cette vision de Caisses spécialisées peut paraître encore difficile à appréhender, et pourtant le processus s'engage peu à peu. Dans ce contexte, les Caisses ne pourront tirer leur épingle du jeu qu'en se différenciant sur au moins une activité, en devenant alors fournisseur de cette activité aux autres Caisses de la région et ceci de la façon la plus performante possible.

Ainsi, chaque région sera à même de gérer l'ensemble des activités, mais au sein de la région, et chaque Caisse ne se verra alors assignée qu'une petite partie des activités. En se spécialisant et en créant donc les pôles de compétitivité dont fait état la communication en provenance de la CNAMTS pour engager les Caisses à souscrire aux mutualisations, les CPAM se verront alors chargées pour l'ensemble de la région de plusieurs processus bien spécifiques. On peut y voir les prémises d'une compétition interrégionale. En effet, la compétition intrarégionale devient caduque en système de spécialisation : il convient de considérer les « sous-réseaux » régionaux comme des concurrents les uns envers les autres. Dans cette optique, la coopération se transformerait peu à peu en compétition, mais cette fois-ci entre différentes régions.

B. Arbitrer la spécialisation judicieusement

Pour accompagner au mieux cette nouvelle vision du réseau, il faut savoir comment arbitrer les spécialisations sur le moyen et le long terme. Il convient, à cet effet, d'adopter une démarche d'équilibrage des forces. Cet équilibre doit être compris comme un tout : équilibre dans les activités mutualisées, dans le choix des Caisses, dans les compétences, et surtout dans la conception du réseau sur le long terme. Cet équilibre permettra réellement de créer un sous-réseau régional, et donc une coopération

Bibliographie



Assens C. (2002), « La concurrence interne : sélection naturelle ou non-sens économique », *La concurrence entre affrontement et connivence*, Paris, Éditions Vuibert, pp. 83-101.

Donada C., Nogatchewsky G. (2008), « Partenariat, vassalité, marché et seigneurie : 4 configurations de contrôle client-fournisseur », *Comptabilité – Contrôle – Audit*, vol. 14, n° 1, pp. 145-168.

Justin J. (2004), « Proposition d'un cadre conceptuel d'analyse des jeux d'acteurs cristallisés dans et par les outils de contrôle », *Comptabilité – Contrôle – Audit*, numéro thématique, juin 2004, pp. 213-236.

Mankins M. C., Steele R. (2005), « Turning great strategy into great performance », *Harvard Business Review*, July-August 2005, pp. 65-72.

Porter M. E. (1996), « What is Strategy », *Harvard Business Review*, November-December 1996, pp. 61-78.

Rouby E., Solle G. (2003), « De la conception des innovations managériales en contrôle de gestion : quelles propositions ? », *Comptabilité – Contrôle – Audit*, numéro spécial, mai 2003, pp. 147-168.



Contribuer aux politiques sociales : une ambition légitime ?

Pourquoi penser ?

Philippe Georges
Inspecteur général à l'IGAS

La Sécurité sociale est un drôle d'objet. Objet non identifié par tous ceux qui en bénéficient mais en ignorent l'organisation et le fonctionnement réel. Objet abandonné par les universitaires et les chercheurs. La Sécu... beaucoup de discours et peu d'à-propos.

L'Institution, comme on aime à s'y désigner, ne fait pas grand-chose pour inverser ce mouvement... qui est plutôt immobilité. Le conflit d'intérêt m'interdit de dire tout le bien que je pense de la revue *Regards* – puisque je siège (assidument) au comité de rédaction et y écris (parfois). Mais, à elle seule, cette revue ne peut assurer la présence de la Sécurité sociale dans le monde des idées.

L'objectif n'est pas de décrocher un Nobel. L'enjeu est de mettre dans le débat public les connaissances d'un Service public riche de compétences et de savoirs. Il est surtout de prendre une part plus active au changement.

Au départ : un peu de stupéfaction à constater la difficulté de faire partager, par un collectif de directeurs, des perspectives d'évolutions pourtant inéluctables et le sentiment qu'il fallait avancer contre ou malgré, plus rarement avec. C'est que le « chef » est perçu d'abord comme celui qui défend une institution avant d'en être le réformateur : la loyauté plutôt que la prospective.

Et pourtant les murs de Berlin tombent : Cancava, Organic et Canam ont formé le RSI ; UNEDIC et ANPE ont fusionné ; les services fiscaux de l'assiette et du recouvrement se sont regroupés au sein des directions des finances publiques. Alors, demain... la Sécurité sociale, protégée d'évolutions majeures ? J'hésite à réveiller ceux qui rêvent paisiblement... Et cependant, une nouvelle étape de décentralisation, la fusion de l'impôt sur le revenu et de la CSG, celle de la loi de finances et de la loi de financement de la Sécurité sociale, la création d'une prestation dépendance... Les projets ne manquent pas de nature à solliciter l'initiative des dirigeants plus qu'à mobiliser leurs capacités défensives.

2

LE MANAGEMENT DE LA PROTECTION SOCIALE : TENDANCE ET ÉVOLUTION

Les raisons de cette situation sont multiples. J'en mentionnerai trois sans prétendre à l'exhaustivité.

D'abord, la charge de travail des agents de direction s'est alourdie. Les objectifs s'empilent, sinon strictement contradictoires, du moins malaisément conciliables. Qualité de l'accueil mais productivité, personnalisation du service mais normalisation par les processus, développement durable mais économies de gestion... Les dirigeants ne souffrent pas, quoique... Mais ils peinent. Alors difficile de leur reprocher de ne pas consacrer soirées ou week-ends à lire des ouvrages de sciences sociales, à écrire des articles de fond. Heureux sont-ils quand ils n'annulent pas leur participation à une formation pourtant désirée.

Il faut bien ensuite dire un peu de mal de l'École, même ici. Les matières de fond supposées connues avec la passation du concours d'entrée, elle s'est concentrée sur l'apprentissage des questions de management. Il est vrai que la Sécurité sociale ne pouvait, au nom de la noblesse de ses missions, ignorer superbement les humbles médiations de la gestion : dématérialisation, audit, comptabilité d'exercice... Nombreux sont les virages pris par une institution qui peut être en avance, en certains domaines, grâce à des dirigeants bien formés. Mais, la connaissance des questions sociales en pâtit. Et voilà comment une future dirigeante peut avouer au jury de concours de sortie – il est vrai, avec un sourire désarmant – qu'elle n'a jamais entendu parler du projet de bouclier sanitaire. Il ne faut pas dire du mal trop longtemps de ceux qu'on aime et je reconnais que l'École fait un effort pour replacer la réflexion dans la formation avec l'invention des recherches-action ou des rendez-vous de l'actualité... qui n'ont pas encore donné tous les résultats escomptés.

Enfin, je ne serai pas égal à moi-même en oubliant de dénoncer ce qu'a de stérile le faux paritarisme de la gestion des organismes. Faute de pouvoirs réels, les partenaires sociaux ne sont pas amenés à faire preuve des responsabilités qu'ils savent prendre ailleurs – que l'on songe à la gestion équilibrée des retraites complémentaires et à l'évolution de leur organisation. Preuve que ce ne sont ni les personnes ni les institutions qui sont mauvaises par nature. Mais, sans pouvoir à exercer, les attitudes tribuniennes prennent le dessus. L'on se borne à retarder les évolutions que l'on sait inéluctables et gare à ceux qui, voulant faire face, sont jugés coupables d'anticiper.

La Sécurité sociale n'est pas une pécheresse dans le désert. Elle vit dans un monde où le débat n'est pas toujours chose aisée. Et là je



voudrais faire deux constats sur la faible aptitude à la discussion de notre pays et le peu de goût des idées chez les enfants de Descartes et Voltaire.

L'incapacité de notre société à débattre sereinement de questions complexes est étonnante. Petites phrases et postures idéologiques balaiant les estrades. D'ailleurs, on ne dit plus « débat » mais « talk-show » et c'est le spectacle qui domine dans lequel il est plus important d'asséner des affirmations que de chercher la bonne position. Combien de débats tourment court parce que les questions sont mal posées, les échanges mal conduits ou interrompus, le refus de la complexité affichée. Des exemples : identité nationale, laïcité... On est plus prompt à demander la saisie d'un livre ou l'interdiction d'une pièce de théâtre qu'à bâtir des arguments et à dialoguer.

Le mépris des idées et de ceux qui les portent est le deuxième constat, lié au premier. Les bons élèves sont des bouffons, les professeurs sont déconsidérés. L'émotion supplante la réflexion. Regarder un journal télévisé nuit gravement à la santé intellectuelle. La prédominance des communicants dans l'action politique n'ajoute pas à l'intelligence du débat public.

Tout cela pour dire que les dirigeants de la Sécurité sociale vivent dans un monde assez hostile aux idées et à leurs échanges. Leur responsabilité n'en est pas moins grande : prendre part à la fabrique d'intelligence collective.

À cette fin, voici quelques pistes qui n'ont que la vertu d'inviter à une réflexion plus construite, davantage partagée, à éveiller vocation, à susciter initiatives.

D'abord la Sécurité sociale doit se reconnaître une fonction de laboratoire d'idées. Elle peut se fonder sur la qualité de ses services d'études pour renforcer les liens avec les universitaires (ce qui implique aussi un effort de leur part pour sortir de chez eux). Elle doit assurer, à l'égal des grandes entreprises, une veille sur les évolutions socioéconomiques, de même qu'elle doit mener un travail de recherche-développement qui exploite la production d'organismes comme le Centre d'analyse stratégique, les conseils d'orientation ou les hauts-conseils afin de la transformer en projet viables ou en propositions concrètes.

L'École a un rôle essentiel qui consiste à proposer une formation qui inclut l'étude des politiques sociales et non seulement les techniques du management. Version pédagogique de la formule un peu facile : donner du sens.

2

LE MANAGEMENT DE LA PROTECTION SOCIALE : TENDANCE ET ÉVOLUTION

L'évaluation des dirigeants doit porter aussi leurs contributions intellectuelles et leur engagement dans le débat public. C'est une dimension « naturelle » de leur métier. La lecture et l'écriture ne peuvent être le fait de directeurs cherchant à échapper à la garde des enfants le dimanche ! C'est le devoir de chacun de se réserver le temps de l'étude.

Cette réflexion, menée, il y a quelque temps, avec un directeur de Caisse nationale, a été partagée dans un restaurant de poissons avec le directeur de l'École. À croire qu'il n'y avait pas plus d'arêtes dans l'assiette que d'objections dans la discussion : l'idée de préparer des agents de direction à cette dimension de leur fonction a été adoptée. Le SNDR (Stratégie Nationale et Dynamique de Réseaux) est né très vite. SNDR ? Un bien vilain nom d'ailleurs. Si on faisait appel à un communicant pour en changer ?



Le double pari de l'École

Marie-Emmanuelle Le Cocguen

Directrice de la formation initiale à l'EN3S

Développer une implication plus forte des dirigeants locaux à la production d'idées, à l'élaboration de propositions « packagées » (c'est-à-dire incluant des dimensions d'analyse d'impact économique et financière, d'acceptabilité etc.), améliorer à cette occasion le fonctionnement des « réseaux » (terme qu'il faudrait définir précisément) du Service public de Sécurité sociale en levant un certain nombre d'idées reçues réciproques entre le niveau local et le niveau national : tous ces enjeux issus des constats posés invitaient l'École à proposer une réponse pédagogique adaptée.

Le libellé retenu pour désigner le cycle devait nécessairement contenir ses dimensions. La désignation finalement retenue a été « Stratégie Nationale et Dynamique de Réseaux », résumée par l'acronyme SNDR.

Le vocable de « stratégie nationale » permet d'englober assez commodément la dimension nationale de fabrication des politiques publiques et de leur déclinaison par les Caisses nationales.

Le vocable de « dynamique de réseaux » permet de suggérer les forces qui mettent en tension tous les acteurs du réseau pour progresser, en faisant face aux évolutions de l'environnement, mais aussi en influençant ces évolutions par le biais de propositions. Somme toute, une approche assez traditionnelle de sociologie systémique, mâtinée d'un soupçon de physique mécanique !

La réponse prenait appui sur un double pari :

- le pari d'un format d'apprentissage particulier pour un public ciblé ;
- le pari d'un contenu pédagogique spécifique.

I. Un cycle de formation adapté à un public ciblé

Si la question de la stimulation des idées chez les dirigeants du Service public de Sécurité sociale a bien été première à la réflexion, celles du public et du format du cycle de formation sont naturellement indissociables de cette réflexion.

2

LE MANAGEMENT
 DE LA PROTECTION
 SOCIALE :
 TENDANCE ET
 ÉVOLUTION

Ainsi, **le premier pari** a été de considérer qu'une pensée complète et cohérente sur un sujet ne se construit que dans le temps et sur la base d'un aller-retour entre les concepts et l'analyse d'une part, et les pratiques opérationnelles et les retours d'expérience d'autre part.

Jusqu'à-là, rien de novateur ... à ceci près que la réaffirmation de ce principe induit évidemment une conséquence immédiate.

Pour être en mesure de contribuer à une dynamique de propositions à l'intérieur d'un réseau, il faut avoir éprouvé les dimensions de pratique professionnelle, pendant un temps suffisant et être en capacité de prendre du recul (dans l'espace, le temps etc.) sur cette pratique pour en saisir la portée et les limites. En d'autres termes, accepter l'idée que les choix qui sont opérés par le Service public de Sécurité sociale sont toujours sous-tendus par des Écoles de pensée, des modes ou des réflexes de mimétisme qui conduisent à vouloir dupliquer ce qui existe ailleurs.

Pour aller plus loin, cette acceptation a elle-même pour conséquence la capacité d'identifier les autres choix possibles non retenus, et de justifier les raisons pour lesquelles on ne les retient pas. Autrement exprimé, il s'agit ainsi de développer une pensée et une expression critique sur ce qui « nous » arrive, d'en saisir le sens et d'adopter les grilles de lecture qui nous permettent de comprendre et d'expliquer aux autres les tendances.

Bien sûr, la « reconceptualisation » de l'expérience, renvoie à la capacité de jouer sur toutes les cordes disciplinaires au sens universitaire du terme : la Protection sociale et sa gestion ne se « lisent » bien qu'en cumulant (voire confrontant) les analyses sociologiques, juridiques, historiques, économiques et gestionnaires, voire philosophiques ou ethnologiques.

Voilà donc l'École conduite à émettre l'hypothèse que le public recherché pour accéder au cycle de formation spécifique ne pouvait qu'être un public composé de dirigeants (juridiquement des « agents de direction »), ayant une expérience probante de gestion sur le terrain, sur un temps suffisamment long, et qui ne sont pas forcément les « numéro 1 » de leur entreprise, ceux-ci étant par définition connus du niveau national, pour être directement en relation avec lui. De plus, le public doit clairement être en capacité de produire le niveau d'analyse attendu.

La sélection des participants au cycle devait ainsi s'appuyer sur des critères clairs, et renvoyer ensuite à l'appréciation par les Caisses nationales des personnes qu'elles souhaitaient impliquer dans le cycle.

Le deuxième pari a été de retenir volontairement un groupe de dirigeants provenant de tous les régimes, et au sein des régimes de toutes les branches quand les régimes ont une organisation de ce type.

2

LE MANAGEMENT
DE LA PROTECTION
SOCIALE :
TENDANCE ET
ÉVOLUTION

La fabrication des politiques publiques sanitaires et sociales

L'approche retenue est clairement celle de la sociologie systémique en abordant les principaux acteurs intervenant dans le processus et en examinant leurs interactions, en faisant des choix liés au format (nombre d'heures limité) :

- les Pouvoirs publics français : cabinets ministériels, administrations centrales, Parlement, institutions comme la Cour des comptes ;
- les collectivités locales ;
- la dimension européenne.

Le succès de l'opération repose sur la pédagogie particulière retenue : les intervenants sont les acteurs eux-mêmes (et pas des universitaires proposant des grilles de lecture sur ces acteurs). Ils sont questionnés directement par les stagiaires qui doivent ainsi produire et partager la vision, leur vision que ces interventions dessinent. Il s'agit là presque d'une forme d'apprentissage par la recherche, mais évidemment plus légère et moins scientifique. Ce que « récoltent » les stagiaires, ce sont des indices, qu'ils mettent en regard ou en confrontation, pour produire des grilles de lecture plus que de la connaissance. L'objet ici est ainsi de développer plus une habilité qu'une compétence, afin « d'armer » le stagiaire pour lui permettre de décrypter plus facilement ce qui se joue, indépendamment des connaissances techniques dont l'obsolescence peut vite apparaître.

Le nombre de stagiaires n'est, sur ce point, pas neutre. Cette « ébullition » du groupe ne peut se produire qu'avec un groupe restreint.

En étant confrontés de façon directe avec l'environnement professionnel du niveau national, les dirigeants locaux en formation modifient assez profondément leur regard sur ce niveau, et des clichés tombent (par exemple, l'inépuisable discours sur la déconnexion du niveau national avec les réalités du terrain ...)

Les dynamiques des réseaux du Service public de Sécurité sociale

L'idée ici est de faire un détour indispensable par les modèles d'organisation des entreprises, de comprendre la définition d'un réseau et les différents modèles de réseaux existants, de situer son propre réseau dans cette modélisation, et d'en avoir une lecture critique pour proposer des évolutions utiles.



De fait, les formes d'organisation d'une entreprise ne sont pas neutres sur la performance. Or les dirigeants locaux sont très imprégnés de la dimension verticale de ce qu'ils appellent « réseau » (Caisse nationale > OSS local), même si les régimes ou branches poussent à l'émergence et à la concrétisation d'autres dimensions :

- horizontale avec les coopérations, mutualisations d'activités et/ou de ressources en tous genres ;
- en étoile, avec la spécialisation de certains sites au profit du groupe (on nationalise une mission, le cas du Centre national de traitement du chèque emploi service à partir de 1992 restant un peu la référence en la matière).

Là encore, les intervenants sont assez divers : des universitaires ayant travaillé sur ces notions, les représentants des Caisses nationales des différents régimes etc.

Les outils de « portage » du changement

L'École a choisi de retenir deux dimensions de « portage » du changement qui sont assez classiques : la communication, le pilotage de projets complexes.

L'idée est ici de renforcer les compétences des stagiaires dans deux domaines qui paraissent incontournables.

Pour la communication, l'ambition est de leur permettre de relayer, de concrétiser leurs analyses et leurs idées, en facilitant leur communication orale et écrite.

Cette communication est, en effet, indispensable à la mise en marche du changement.

Pour le pilotage de projets complexes, la nécessité d'en maîtriser la technique renvoie à sa fréquence d'utilisation pour promouvoir le changement. Si le public a pour vocation de nourrir les réflexions, les idées du niveau national, il doit aussi être en capacité de les mettre en œuvre si elles sont retenues.

Pour ces deux domaines, la pédagogie tient bien sûr compte du niveau initial des stagiaires. Cela signifie que les apprentissages permettent de conforter les maîtrises initiales, normalement présentes.

2

LE MANAGEMENT
 DE LA PROTECTION
 SOCIALE :
 TENDANCE ET
 ÉVOLUTION

III. Les ajustements permanents

Pour ce cycle comme pour toute action de formation, l'École évalue le contenu, les intervenants et l'atteinte des objectifs avec les participants. Différents aspects sont ressortis comme méritant d'être revus contribuant encore à faire progresser la pertinence de ce cycle.

Un format plus compatible avec l'exercice d'une responsabilité professionnelle exigeante

Il est assez vite apparu, compte tenu du profil des participants, la nécessité de revoir le format du cycle. La charge de travail des participants s'est vite révélée difficilement compatible avec des semaines complètes d'absence en dehors de l'organisme et sur une période relativement resserrée (5 mois). L'École a donc rapidement proposé une double évolution :

- de passer à des séquences plus courtes 3 ou 3,5 jours, ce qui permet alors aux participants de passer un ou deux jours dans leur organisme ;
- de dérouler l'intégralité du cycle sur une période plus longue. Le facteur temps conservant tout sa pertinence, l'École a alors proposé que le cycle se réalise sur 10 mois (février à novembre).

L'une et l'autre de ces évolutions ont reçu un accueil favorable de la part des participants des cycles suivants.

Un besoin de « confrontation » exprimé par les participants guidés par un binôme de directeurs accompagnateurs

Lors des évaluations, les participants ont exprimé dès les premiers cycles le besoin d'échanger, de confronter « tout ce qu'ils avaient appris, compris, entendu, perçu » pour valider leurs réflexions et consolider leurs analyses. Ce cycle d'études leurs ouvrait des champs de compréhension nouveaux, levait un voile, suscitait un intérêt et une envie forte de confrontation.

Cette demande, qui s'est révélée constante de la part des participants des différentes promotions depuis 2007 a reçu des réponses diverses jusqu'à 2010.

En effet depuis 2010, trois temps sont venus enrichir ce parcours, tout en restant cohérents avec la finalité assignée à ce cycle d'étude :



- une ouverture du cycle en présence des représentants des Caisses nationales ;
- un accompagnement du groupe par un binôme de directeurs ;
- une séance de restitution en présence de l'École, des mêmes représentants des Caisses nationales et à laquelle les directeurs de chaque participant sont invités.

Ces trois aspects méritent d'être explicités pour bien en appréhender les objectifs et l'intérêt au sein de ce parcours de formation.

Sur le **premier point**, la présence des représentants des Caisses nationales permet aux participants d'entendre ces derniers s'exprimer sur le processus de sélection et de participation à ce cycle, dans un souci de transparence et bonne communication. Les Caisses nationales validant la participation à ce cycle, les stagiaires apprécient d'avoir la vision globale du processus de sélection.

Sur le **deuxième point**, la mise en place d'un accompagnement régulier du groupe de stagiaires s'est révélée être une nécessité pour permettre confrontation et capitalisation au bénéfice des stagiaires. Un travail de « benchmarking » a mis en évidence que des formules existaient dans des cycles d'études que l'on pouvait considérer comme comparables dans des entreprises du secteur privé (Dalkia).

Choisis par les Caisses nationales en raison de leur parcours professionnel, le binôme de directeurs est choisi sur des critères proposés par l'École, en particulier : une expérience professionnelle avérée au plan local et dans un poste important en Caisse nationale, une implication forte dans le réseau, une reconnaissance par la Caisse nationale des qualités de dirigeant.

Selon l'origine des stagiaires, il a été convenu de solliciter des directeurs de deux branches/régimes différentes les plus représentatifs.

S'agissant des modalités pédagogiques, la démarche déployée est la suivante : les stagiaires effectuent au terme de chaque module un travail de synthèse et relèvent les questionnements qu'ils souhaitent « creuser ». Ces travaux sont communiqués aux deux directeurs en amont des temps de rencontre (3 séances de deux heures) intégrés aux modules. Les deux directeurs sont en quelque sorte des « miroirs » pour les stagiaires permettant une évolution de leur regard et de leur posture. Lors de ces séances, les deux directeurs tentent de :

- les faire réagir sur les différentes interventions ;
- les faire s'exprimer sur ce qui fait débat, sur ce qui fait consensus et pourquoi ;
- de compléter leur vision partielle, partielle, voire fausse.

2

LE MANAGEMENT DE LA PROTECTION SOCIALE : TENDANCE ET ÉVOLUTION

Ils sont là pour aider le groupe à une prise de recul, permettre un décryptage et une analyse par une confrontation avec le terrain.

Cet accompagnement collectif reste propre au groupe, l'École ne prenant pas part aux échanges, et sert également une appropriation personnelle par chacun des stagiaires.

Le **troisième temps** est une séance de restitution en présence de tous les acteurs impliqués directement ou indirectement dans ce cycle. Au moment de l'ajout de ces séquences, la question de la présence des directeurs des stagiaires lors de la séance d'ouverture s'est posée. À la réflexion, il est apparu plus intéressant de les inviter à la séance de clôture pour leur permettre de comprendre au mieux ce que leur collaborateur avait vécu dans le cadre de ce cycle.

L'objectif de cette dernière séance est donc pour les stagiaires de « restituer » aux représentants des Caisses nationales et à leur directeur (ils ont « subi » les absences de leur collaborateur) les apports du cycle dans leur positionnement de dirigeant local, leur compréhension et l'impact sur leur posture des évolutions de la problématique de la dynamique des réseaux et les conséquences sur les compétences qui en découlent selon eux.

Complet et exigeant, ce cycle d'étude est une expérience qui se révèle personnelle en fonction de contexte de chacun des stagiaires.

La mesure de l'impact de ce cycle s'appréciera au long terme pour l'institution, même s'il est désormais déjà acquis que, pour tous les participants (le témoignage de l'un d'entre eux le confirme largement), le bénéfice est réel et transparait souvent dans les évolutions de leur parcours professionnel.

Prendre le temps de penser, ça fait du bien

(Témoignages d'auditeurs)

Christelle Poisneuf, Directrice de la CPAM de Laval

Lorsque la Caisse Nationale d'Allocations Familiales (CNAF) m'a contactée en février 2008 pour connaître mon intérêt à poursuivre cette scolarité, j'avais jusqu'alors eu peu d'échos sur le contenu et l'approche de ce cycle. Hormis le melting-pot de directeurs-adjoints, cette formation « à caractère stratégique » se présentait pour moi comme un tremplin vers un nouvel horizon professionnel.

Le nombre important de participants qui avait été relevé par la précédente promotion avait été pris en compte. Nous étions 9 issus de divers horizons : CARSAT (1), CPAM (2), RSI (2), CAF (4). Des personnalités différentes, affirmées, qui, à première vue, ne présentaient pas d'affinités particulières. Le temps a fait son œuvre : nous avons formé un groupe qui allait vivre collégalement cette 5^e promotion.

J'ai pris ce temps de formation comme du temps personnel qui m'était accordé. C'était une sorte de « bouffée d'oxygène » qui me permettait de relever la tête et de prendre du recul. Nous sommes toujours dans l'action ! Le poste que j'occupais à l'époque était très tourné vers l'interne. J'avais peu d'échanges avec l'extérieur. J'ai apprécié chaque temps de formation comme un lieu où nous pouvions confronter nos points de vue, souvent différents du fait de nos parcours professionnels.

Il m'est difficile de mesurer précisément le retour sur investissement de cette formation. Je tiens tout d'abord à souligner la très grande qualité des intervenants. Les personnes que nous avons eu la chance de rencontrer étaient des expertes, chacune dans leur domaine. Le petit groupe que nous formions pouvait librement échanger avec l'intervenant, prolongeant souvent autour d'un déjeuner.

Le cycle de formation alternait des enseignements théoriques et managériaux. Ces derniers m'ont beaucoup apporté du fait de leur immédiateté. Lorsque j'étais de retour dans mon organisme, je pouvais tirer profit

2

LE MANAGEMENT
 DE LA PROTECTION
 SOCIALE :
 TENDANCE ET
 ÉVOLUTION

des enseignements délivrés. La communication persuasive et la séquence sur le média training resteront de grands moments me concernant.

Sur les autres thèmes à caractère plus stratégique, tels la conception des politiques sociales, l'évaluation des politiques publiques ou encore la notion de réseau dans le Service public de Sécurité sociale et les enjeux de sa traduction opérationnelle, les apports sont différents. Ces modules m'ont permis d'enrichir ma connaissance de l'environnement institutionnel, tant du point de vue de ses acteurs, de son organisation que de son fonctionnement. En caisse locale, nous appliquons des décisions qui parfois peuvent sembler peu compréhensibles. Cet enseignement m'a permis de mieux apprécier comment la décision politique se construit et s'applique.

Bénéficier de 25 jours de formation de haut niveau est un privilège. J'ai volontairement passé sous silence les doubles semaines que nous devons mener de face. Le statut d'étudiante temporaire se combinait à celui de directrice-adjointe en charge de la gestion de nombreux dossiers pour lesquels les échéances étaient maintenues.

Jean Dokhelar, Directeur de l'URSSAF d'Agen

« **Moins on sait où l'on va, plus on va loin** » O. Cromwell

Cette phrase résume assez bien mon état d'esprit lorsque la Caisse nationale (l'ACOSS en l'occurrence) m'a proposé de suivre la première session d'une nouvelle formation proposée par l'EN3S : « Stratégie Nationale et Dynamique de Réseaux ». La taille réduite du groupe de participants, les thèmes invoqués ainsi que l'accompagnement des Caisses nationales auguraient d'une formation originale et intéressante.

Près de quatre ans après la fin de ce cycle d'étude, cette formation m'a marqué fortement sur certains points que je me permettrai de mettre en exergue ; elle a aussi eu une influence sur ma pratique professionnelle, en confortant certains aspects (notamment la nécessité de toujours essayer de comprendre les contraintes de l'autre). Dans tous les cas, une idée majeure ressort de cette période : cela fait du bien de prendre le temps de réfléchir !

Parmi les nombreux points d'intérêt de ce cycle, trois thématiques ressortent nettement, en lien direct avec le contenu pédagogique d'ailleurs :

2 LE MANAGEMENT DE LA PROTECTION SOCIALE : TENDANCE ET ÉVOLUTION

- Le rôle majeur de la conception des politiques publiques et le sentiment (différencié selon les Branches toutefois) du faible positionnement des acteurs de la Sécurité sociale. Les discussions directes avec les Pouvoirs publics et les décideurs politiques (particulièrement cabinets ministériels et Parlements) montraient bien les marges de progrès qui nous restaient ! Les Caisses nationales essaient, à des rythmes variés, de se positionner sur la faisabilité d'une mesure nouvelle (juridique, informatique) ainsi que sur sa mise en œuvre, mais peu semblent présentes en amont, lors de la décision. Or cette démarche d'approche des décideurs politiques est cruciale, et peut prendre plusieurs formes (présence d'anciens élèves de l'EN3S dans les cabinets, actions de lobbying beaucoup plus poussées...). Les quelques décideurs politiques rencontrés nous ont renvoyé l'image d'acteurs de la Sécurité sociale souvent dans la résistance et la contrainte (« *Ils sont toujours en train de nous expliquer que ce que nous proposons est très difficile à mettre en place* »), au lieu d'essayer d'être force de proposition. Je sais que le sujet est plus complexe que cela, mais c'est un vrai thème de réflexion, en cours actuellement à l'ACOSS par exemple.

Au niveau local, ces discussions sur les politiques publiques nous ont clairement renvoyé à notre rôle d'agent de direction gestionnaire. C'est certes notre mission de base, mais elle pourrait s'enrichir d'actions de portage de ces politiques (actions de sensibilisation des élus locaux, communication sur les mesures mises en œuvre, évaluation des politiques menées...). Cela existe déjà, de manière un peu parcellaire, mais gagnerait à être conforté et institutionnalisé.

- Les multiples réorganisations des Réseaux, et les multiples méthodes de réorganisation. Là encore, les témoignages de dirigeants publics ou para-publics (MSA, UNEDIC, Mutuelles) ainsi que de dirigeants de groupes privés (Grande Distribution, Banques) ont été très riches d'enseignements sur les conduites de projets, avec leurs clefs de réussite et d'échecs.

À l'heure de la régionalisation et des démarches accrues de coopération et de mutualisation, qui impactent et impacteront de plus en plus tous les agents de direction, ce regard extérieur est salutaire. Il permet notamment, avec beaucoup d'humilité et de modestie, de rappeler qu'il n'existe pas qu'une seule bonne méthode de changement. Et surtout qu'il est difficile de réussir ces réformes sans les acteurs concernés !

- Enfin, et ce n'est pas neutre, le plaisir de refaire un peu d'inter-régimes et inter-branches ! Les origines diverses des participants ainsi que la

2

LE MANAGEMENT DE LA PROTECTION SOCIALE : TENDANCE ET ÉVOLUTION

variété des interventions nous ont amené à sortir de nos seules problématiques de Branche au profit d'un raisonnement plus global touchant à la Sécurité sociale. À l'heure où le risque d'éclatement est réel (différenciation de plus en plus nette des politiques de la santé, de la famille, de la vieillesse...), ce cycle de formation renforce au contraire notre vision d'un modèle intégré de Sécurité sociale.

Encore une fois, nous n'avons pas découvert ces problématiques lors de ce cycle de formation, mais les éclairages apportés, notamment sur les multiples inter-actions dans l'élaboration des politiques publiques, ont permis des prises de conscience plus claires.

Parallèlement à cette perception globale de l'environnement, ce cycle a eu des influences concrètes sur mes pratiques professionnelles et managériales (disons que je suis moins mauvais depuis...). Deux exemples :

- La nécessité impérative de comprendre les contraintes de l'autre, qu'il soit acteur politique, Caisse nationale ou partenaire économique local. Rien n'est jamais aussi simpliste qu'il y paraît (cf. le fameux truisme : *« ces personnes incompetentes de la Caisse nationale/ces opérationnels de terrain qui ne comprennent rien au stratégique... »*). J'essaie d'ailleurs d'appliquer cette démarche en tant que Directeur de projet national 100 % Dématérialisé, même si cela n'est pas toujours évident, l'équilibre Caisse nationale/Réseau mais surtout entre différentes Directions de la Caisse nationale n'étant pas toujours naturel ! Les quelques clefs de compréhension glanées lors de cette formation ne sont pas perdues...
- La volonté de rester curieux et ouvert sur son environnement. C'est facile à dire, mais beaucoup plus difficile à appliquer, car rapidement pris dans le quotidien gestionnaire. Il est frappant par exemple qu'un des mots à la mode soit « Benchmark » mais qu'en fait peu d'échanges aient lieu entre notre Institution et d'autres univers professionnels. Au sein même de notre Institution, les rencontres sur les différentes démarches (passées et en cours) de reconfiguration des réseaux mériteraient d'être accentuées. À nous aussi, acteurs individuels, d'essayer de garder cette volonté de regard extérieur.

Pour conclure, il paraît essentiel de rappeler que l'avenir de ce type de formation dépend beaucoup de ce que souhaitent en faire les Caisses nationales, et notamment leurs dirigeants actuels (qui ne sont pas nécessairement les mêmes que ceux qui ont porté le projet à l'origine...). Cela s'inscrit dans une réflexion plus vaste sur l'évolution du métier d'agent de

Direction, les passerelles entre le local et le national, la constitution d'une vision inter-branche... Ce cycle de formation n'est qu'un levier de cet ensemble et dépend donc d'une ambition plus globale. Sinon, comme le dit un excellent groupe de rock (Noir Désir bien sûr !) « *Le vent nous portera... et tout disparaîtra* ». Ce qui serait vraiment dommage...





3

REGARDS DES ACTEURS

La création d'un socle de Protection sociale universel

Chloé Morin

Collaboratrice extérieure au département « Protection sociale » de l'OIT
Assistante de Martin Hirsch au sein du groupe consultatif
pour un socle universel de Protection sociale

Les problématiques sociales ont été évoquées à de nombreuses reprises au fil des sommets des chefs de gouvernement ou des ministres du travail de ses pays membres du G20 (avril 2010 à Washington, novembre 2010 à Séoul...). En février 2011, la France, exerçant la présidence du G20 pour l'année 2011, a inscrit le socle de Protection sociale dans la liste de ses priorités : le socle vise à garantir d'une part une sécurité de revenu de base pour les personnes vulnérables (personnes âgées, enfants, chômeurs, malades...), et un accès financièrement abordable aux services sociaux essentiels tels que la santé, l'eau potable et l'assainissement, l'éducation, la sécurité alimentaire ou entre le logement. Cette initiative internationale sera donc évoquée lors du G20 de Cannes, au terme d'un long processus de concertation engagé au niveau ministériel avec tous les membres du G20.

En septembre 2011, un rapport du groupe consultatif mondial sur le socle de Protection sociale, présidé par Michelle Bachelet, a été publié. Ce rapport contribue d'ores et déjà à nourrir les débats et à plaider pour un engagement fort de la part des pays du G20 pour la mise en place d'un socle de Protection sociale.

Introduction

La Protection sociale a longtemps été le parent pauvre des politiques visant à promouvoir le développement humain¹. Les multiples initiatives menées depuis des décennies de manière bi- ou multilatérale par les

1. Je parle ici de « développement humain », et non pas de développement économique seulement, en référence aux travaux du PNUD qui, depuis 1990 (Rapport mondial sur le Développement Humain, sous l'égide de l'économiste Pakistanais Mahbub ul Haq), prennent en compte l'espérance de vie, l'éducation, et le niveau de vie des populations dans l'évaluation et la comparaison des progrès accomplis par tous les pays en matière de développement.

3

REGARDS DES ACTEURS

différents pays ou les institutions internationales n'en ont que très peu tenu compte. Elles s'appuyaient sur l'idée, fortement ancrée dans l'esprit des experts et des responsables publics, selon laquelle les politiques macro-économiques doivent avant tout assurer une croissance économique soutenue, sans se préoccuper de la répartition de ses fruits ou de ses conséquences sociales.

Avec l'essoufflement du « Consensus de Washington »², qui avait implicitement structuré le processus de mondialisation depuis la fin des années 1980, plusieurs institutions et forums internationaux ont cherché depuis le début des années 2000 à renouveler les politiques de développement, en tirant les leçons du bilan social alarmant de la mondialisation. En témoignent la campagne mondiale des Objectifs du Millénaire pour le développement³, lancée en septembre 2000, la mise en place en 2002 par l'OIT de la « Commission mondiale sur la dimension sociale de la mondialisation », ou encore la Campagne mondiale sur la Sécurité sociale pour tous, initiée en 2003. Au cours de l'été 2010, une coalition d'organisations internationales et d'ONGs a chargé un groupe consultatif, présidé par Michelle Bachelet et constitué d'experts de haut niveau, de rédiger un rapport sur la manière de progresser dans la construction d'un socle universel de Protection sociale. L'ensemble de ces initiatives dénotent une prise de conscience de la nécessité d'orchestrer une réponse coordonnée aux nombreux problèmes sociaux (inégalités, pauvreté, accès aux services et biens essentiels...) que la mondialisation et des décennies d'accroissement global de la prospérité n'ont pas éradiqué.

Les insuffisances des politiques sociales nationales et internationales sont devenues un sujet de préoccupation de plus en plus important dans l'agenda des institutions internationales et dans les forums tels que le G20. Le bouleversement spectaculaire de l'ordre économique établi par la crise économique a donné un nouveau souffle aux politiques sociales, tout en soulignant les avantages de la Protection sociale pour faire face à la crise ainsi que les insuffisances des systèmes de Protection sociale existants (I). Après trois années de crise économique mondiale, le chemin parcouru peut paraître bien insuffisant au regard de l'ampleur des défis économiques et sociaux de la planète. Pourtant, des mesures telles que l'initiative pour

2. Le Consensus de Washington, terme « inventé » par l'économiste Williamson, est un corpus de mesures standard imposées par les institutions internationales telles que le FMI ou la Banque mondiale aux pays surendettés, notamment en Amérique latine.

3. Les Objectifs du Millénaire pour le Développement (ODM) sont huit objectifs, parmi lesquels la réduction de la pauvreté, l'éducation primaire, l'éradication de certaines maladies, adoptés en 2000 par 189 états et que les états membres de l'ONU se sont engagés à atteindre d'ici 2015.



un socle de Protection sociale universel se sont peu à peu imposées comme crédibles et réalisables, et ont gagné une reconnaissance internationale croissante dans de multiples forums internationaux. Aujourd'hui, l'extension de la Protection sociale à l'ensemble de la population de notre planète n'est plus seulement l'utopie défendue par quelques rêveurs peu soucieux d'assurer une croissance économique soutenue. Il s'agit certes d'un projet ambitieux, mais l'expérience récente de nombreux pays a montré que l'initiative pour un socle de Protection sociale est une approche pragmatique, innovante, et un projet accessible appelé à orienter les politiques internationales de développement au cours des années à venir (II).

I. L'intérêt de la Protection sociale dans la mondialisation

La mondialisation a été au cours des décennies écoulées une source d'opportunités pour des millions de personnes dans le monde. Pourtant, la pauvreté n'a pas pour autant été éradiquée, les inégalités se sont creusées dans de nombreux pays, et des déséquilibres croissants sont apparus dans nos modèles de développement. De plus, les résultats des initiatives nationales ou internationales menées depuis plusieurs décennies et visant à réduire la pauvreté, les inégalités, et promouvoir l'accès du plus grand nombre à une protection de base contre les risques de la vie, sont encore insuffisants par rapport à l'ampleur des besoins. Lors d'un sommet des Nations Unies, les chefs d'État et de gouvernements réunis à New York ont constaté « avec une vive inquiétude que (les) progrès (sont) encore loin d'être suffisants ». Si un plan d'action mondial⁴ a donc été adopté pour intensifier les efforts pour contrer la pauvreté, la faim et la maladie, il est fort probable que la promesse des Objectifs du Millénaire pour le Développement ne sera pas tenue à l'échéance 2015.

Plus d'1,4 milliards de personnes vivent avec moins d'1,25 dollar par jour. 925 millions de personnes souffrent de faim chronique. 828 millions de personnes vivent dans des bidonvilles. 796 millions de personnes sont analphabètes. 8,8 millions d'enfants de moins de cinq ans meurent chaque année de problème de santé qui pourraient être évités... Nul besoin d'allonger cette liste de chiffres alarmants pour mesurer l'ampleur des enjeux

4. Résolution adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies, lors de la 65^e session, le 19 octobre 2010 à New York. Disponible à l'adresse : http://www.un.org/french/documents/view_doc.asp?symbol=A/RES/65/1

3

REGARDS DES ACTEURS

auxquels les gouvernements et institutions internationales sont confrontés. Les efforts pour promouvoir un développement plus juste, assurer une croissance mieux partagée et inclusive, doivent donc être redoublés. De nouveaux leviers d'action publics doivent être mobilisés.

Pourtant, 75 % de la population mondiale est aujourd'hui encore dépourvue de toute forme de protection contre les risques de la vie. Il existe par ailleurs de très grandes disparités entre les pays en termes de couverture de la population pour les principaux risques sociaux (perte d'emploi, maladie, accident du travail, vieillesse...).

Au sein des pays de l'OCDE, certains pays disposent d'un système de Protection sociale à la fois coûteux et couvrant la quasi-totalité des résidents pour tous les risques (santé, accident du travail, chômage, vieillesse...). En revanche, certains pays, y compris parmi les plus riches, ont des systèmes de Protection sociale moins développés ou incomplets, qui n'offrent pas une couverture complète de l'ensemble de la population contre tous les risques de la vie. Aux États-Unis, première puissance économique mondiale, plusieurs dizaines de millions de personnes n'ont toujours pas de couverture santé, même si la réforme Obama devrait permettre d'accroître considérablement le nombre de personnes couvertes. Avec la crise économique que nous traversons, qui s'est transformée en crise des dettes souveraines, les systèmes de Protection sociale jugés « trop généreux » et insoutenables financièrement sont de plus en plus remis en cause.

Dans la plupart des pays émergents et pauvres, le nombre des risques couverts et l'étendue de la couverture de la population varie encore substantiellement, en raison des difficultés administratives et économiques propres à chaque pays.

Enfin, pour les pays les plus pauvres, c'est souvent l'essentiel qui manque, faute de moyens financiers et humains et de capacité administrative, ou du fait de la corruption : pas d'accès aux soins de base pour toute la population, pas d'accès à l'eau potable ou à un logement décent, sous- ou malnutrition...

Les disparités en termes d'organisation et de ressources allouées à la Protection sociale selon les pays ont des conséquences directes sur les conditions de vie des individus. Par exemple, l'OIT estime que seulement 20 % de la population mondiale a accès à un ensemble de biens et de services essentiels comprenant l'accès au système de santé, l'assurance chômage, la retraite, et une pension d'invalidité. Un tiers de la population mondiale n'a pas accès aux soins de santé essentiels. Dans les pays

3.

REGARDS
 DES ACTEURS

pauvres et émergents, les deux tiers de la population ne bénéficient d'aucun système de soutien au revenu, et par conséquent, 100 millions de personnes sont forcées de vivre avec moins d'un dollar par jour⁵. Dans la plupart de ces pays, du fait de la prédominance du secteur informel, l'immense majorité des travailleurs n'ont ni système de retraite ni assurance chômage ou protection en cas d'accident du travail.

Pourtant, la Protection sociale est un formidable outil de développement, comme l'histoire de nombreux pays développés l'a démontré. Historiquement, en même temps que leur PIB par habitant connaissait une croissance importante, de nombreux pays européens ont construit en quelques décennies seulement des systèmes de Protection sociale étendus et élaborés. Certains pays pauvres et émergents ont également fourni des efforts remarquables au cours de la décennie écoulée pour fournir au moins une protection minimale à de larges populations. Dans la plupart des cas, ces efforts ont été récompensés par une réduction de la pauvreté, de la faim et des inégalités. De nombreuses études rigoureuses montrent que la Protection sociale présente des avantages économiques, politiques et sociaux conséquents. Face à la crise, les systèmes de Protection sociale ont joué un rôle de stabilisateur automatique⁶ en amortissant son impact sur la population tout en maintenant la demande globale et en permettant aux ménages de surmonter la pauvreté et l'exclusion sociale.

Lorsqu'elle est bien organisée, la Protection sociale améliore la santé⁷, le niveau d'éducation⁸, permet de lutter contre la pauvreté⁹, de limiter les effets de la fluctuation des revenus dans le temps sur la consommation¹⁰, de lutter contre la faim¹¹, ou encore d'accroître la productivité

5. HelpAge International.

6. J. Stiglitz, 2009 : « The Global crisis, social protection and jobs », International Labour Review, vol. 148 (2009), N°102, pp. 1-13 (Genève).

7. Par exemple, le programme Familias en Acción, en Colombie, a permis de réduire la proportion d'enfants pauvres de moins de 24 mois atteints de diarrhées de 32 à 22 % ; le programme Progresa au Mexique a diminué la proportion d'enfants atteints de maladies de 12 % parmi ses bénéficiaires.

8. Le programme Bolsa Familia au Brésil a considérablement augmenté le taux de scolarisation et diminué l'absentéisme des enfants modestes. Le programme mexicain Oportunidades a également réduit le nombre d'enfants quittant le système scolaire très tôt, et le nombre d'années d'éducation qu'il a permis de gagner ont amené à une augmentation des perspectives de gains salariaux futurs pour les enfants concernés de 8 % (Étude réalisée par Skoufias, 2005, citée dans le rapport de l'OIT sur l'extension de la Sécurité sociale).

9. Les risques liés à la santé sont une des premières causes de la pauvreté dans les pays en développement. L'OMS estime que, chaque année, plus de 150 millions de personnes, et 44 millions de foyers, font face à des dépenses de santé « catastrophiques » (supérieures à 30 % de leurs revenus). Les foyers les plus modestes sont particulièrement vulnérables face aux risques de santé. Chaque année, 25 millions de foyers sombrent dans la pauvreté en raison de problèmes de santé. Le Brésil est un des rares pays ayant atteint ses objectifs de réduction de la pauvreté, fixés dans le cadre des « Objectifs Du Millénaire » (ODM), avec dix ans d'avance. Les programmes sociaux, au premier rang desquels Bolsa Familia, ont très fortement contribué à ce succès.

10. En Argentine, le programme Jefes y del Hogar Jefas Desempleados a limité les effets de la chute brutale des revenus, due à la dévaluation de 2001, sur la consommation des ménages, en particulier les plus pauvres.

3

REGARDS DES ACTEURS

des travailleurs... Dans un monde où les connexions entre différentes régions sont nombreuses, l'absence de systèmes de soins et de prévention des risques climatiques ou sanitaires peut être génératrice d'instabilité politique, économique ou sociale à grande échelle, ou permettre une propagation rapide des pandémies.

L'intérêt de la Protection sociale comme réponse à la crise et outil de développement équitable et durable a été reconnu par les plus grandes institutions internationales. Lors d'un sommet des ministres des finances du G20, du FMI, et de la Banque Mondiale en avril 2011, le FMI a rappelé que les problèmes de chômage, d'inégalités, et de pauvreté, que la crise a fortement accentués, appelaient une réponse sociale forte, intégrant les systèmes de Protection sociale ¹².

II. Un socle de Protection sociale universel : doux rêve ou objectif à notre portée ?

Jusqu'à présent, la réponse sociale à la crise économique, qu'elle soit nationale ou internationale, ne s'est pas hissée à la hauteur des enjeux politiques, économiques et sociaux mondiaux. Alors que des progrès sont acquis ou en cours dans les domaines commercial et financier, orchestrer une véritable politique sociale prenant appuis sur des principes universelle-ment partagés se révèle très complexe. La capacité de la communauté internationale à se saisir des questions sociales et de réaliser des initiatives coordonnées amenant des progrès majeurs est d'autant plus remise en cause que de nombreux pays phares sont aux prises avec une crise de leurs dettes publiques et ont du mal à contrôler leurs déficits sociaux. Pourtant, l'exemple du fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose, et le paludisme, a démontré qu'il était possible, par une action coordonnée au niveau mondial, de parvenir à des résultats spectaculaires en très peu de temps dans un domaine aussi crucial que celui de la santé ¹³. Ce

La Banque Mondiale a estimé qu'en l'absence de ce programme, 10 % des ménages bénéficiaires auraient sombré sous le seuil de pauvreté.

11. En Ecuador, une étude a montré que les ménages participant au programme Bono de Desarrollo Humano ont augmenté leur consommation de nourriture de 25 % (Ponce, J. (2008) : « Education policy and performance. Evaluating the impact of targeted education programs in Ecuador », Maastricht, Shaker Publishing.).

12. Discours du directeur du FMI le 13 avril 2011 : <http://www.imf.org/external/np/speeches/2011/041311.htm>

13. Depuis sa création en 2002, le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme est le principal moteur des remarquables progrès qui ont été enregistrés. Il est devenu le principal organisme de collecte de fonds multilatéral pour la santé dans le monde, et fournit deux tiers du financement international pour la lutte contre la tuberculose et le paludisme et un cinquième de celui consacré à la lutte contre le sida. Depuis 2002, 3,2 millions de personnes ont été placées sous traitement antirétroviral, 8,2 millions de cas de tuberculose infectieuse ont été détectés et traités, et 190 millions de moustiquaires imprégnées ont été distribuées pour protéger les familles contre la transmission du paludisme.

3.

REGARDS
 DES ACTEURS

qui était inimaginable il y a dix ans, l'accès aux antirétroviraux pour les malades des pays du Sud, est devenu une réalité.

Le « socle de Protection sociale » figure parmi les mesures que la communauté internationale a proposé d'appliquer dès le début de la crise mondiale née en 2008 aux États-Unis. Il désigne un ensemble de transferts et de services sociaux essentiels. L'OIT considère que les transferts sociaux prioritaires sont un ensemble de services de santé de base, une prise en charge financière pour tous les enfants leur garantissant un accès à la santé, la nutrition, et l'éducation, des mécanismes d'assistance sociale et de services essentiels d'emploi pour les actifs, et un revenu minimum garanti (au moins égal au niveau du seuil de pauvreté) pour les personnes âgées ou handicapées.

L'initiative pour un socle universel de Protection sociale est ambitieuse et novatrice sur le plan conceptuel. Elle vise principalement à donner les moyens, y compris par un recours à la solidarité internationale (si elle est nécessaire, et de manière transitoire), à tous les pays qui le souhaitent de se doter de systèmes adaptés et auto-financés permettant tous d'accéder aux services et biens essentiels pour vivre dignement. Cette approche est basée sur le fait qu'aucun système économique ne peut fonctionner durablement et efficacement en l'absence d'une armature sociale capable de préserver l'ensemble de la population des risques de la vie (maladie, chômage, etc.). En soutenant la consommation des ménages, en redirigeant une partie des richesses produites en direction des plus démunis, ce qui réduit les inégalités, en permettant de faciliter l'adaptation de la société à des phénomènes majeurs que sont l'urbanisation massive, les migrations, ou le vieillissement que connaissent certains pays (notamment la Chine, ou les pays Européens), en favorisant l'investissement dans le « capital humain » par l'accès à l'éducation et la santé pour tous, et en constituant une protection contre les chocs exogènes (risques de la vie, crises économiques ou environnementales...), la constitution d'un socle de Protection sociale universel permettra un meilleur fonctionnement de l'économie mondiale, et une croissance plus juste et soutenable.

L'initiative se veut également pragmatique et innovante, en faisant de la Protection sociale un enjeu international, et en proposant d'appuyer sa construction sur des initiatives coordonnées, impliquant l'ensemble des organisations internationales telles que l'OIT, l'OMS, l'ensemble des organisations onusiennes, mais aussi de grandes ONGs. De plus, cette initiative tient compte des spécificités, des aspirations et des contraintes économiques, sociales et politiques auxquelles chaque pays est confronté, tout

3

REGARDS DES ACTEURS

en s'adressant à l'ensemble des pays, qu'ils soient développés ou très pauvres, en proposant des solutions adaptées à chacun.

Il ne s'agit donc aucunement d'uniformiser les modèles sociaux, ni d'imposer à un pays un système qu'il ne souhaite pas n'est pas en capacité de financer. La Protection sociale est présentée non pas comme une menace pesant sur la compétitivité ou niant la souveraineté ou la spécificité du modèle social d'un pays, mais comme un ensemble de solutions que chacun peut s'approprier à sa guise (tout en respectant le principe de base), si bien que tous les pays ont à gagner à la constitution d'un socle universel de Protection sociale.

En plus d'être efficace et bénéfique s'il est bien conçu, les études et les expériences de certains pays ont montré qu'un « socle de Protection sociale », constitué de transferts et services essentiels, serait accessible à l'immense majorité des pays, y compris les plus modestes.

L'OIT et le Fonds Monétaire International estiment en effet qu'un socle de Protection sociale « de base », comprenant l'accès à un paquet de services de santé de base, un transfert financier pour tous les enfants, des mécanismes d'assistance sociale et de services essentiels d'emploi pour les actifs, et un revenu minimum garanti au moins égal au seuil national de pauvreté, peut être financé en mobilisant 3 à 5 % de PIB dans la plupart des pays, y compris les plus pauvres. Il faut mettre ce chiffre en relation avec la part, souvent supérieure à 25 % du PIB, que les pays de l'OCDE consacrent à leur système de Protection sociale.

Alors que les pays riches doutent de leur capacité à maintenir leurs dépenses sociales aux niveaux actuels, de nombreux pays émergents ont commencé avec succès ces dernières années à se doter de systèmes de Protection sociale à la fois efficaces, relativement peu coûteux, et de grande ampleur. De nombreux exemples nous permettent de croire qu'un socle de Protection sociale universel n'est plus une simple utopie, mais peut être construit à une échéance relativement brève et sans peser sur la croissance économique. Qu'il s'agisse de pays très pauvres ou de pays ayant connu un taux de croissance économique assez spectaculaire ces dernières années, des progrès importants en matière de construction de systèmes de Protection sociale efficaces et adaptés aux contraintes et aux besoins de chaque pays ont été réalisés. Au Rwanda¹⁴, un système d'Assurance maladie universel à base communautaire, financé partiellement par les contributions (moins de 2 dollars par an) de ses bénéficiaires,

14. Le Rwanda a un PIB par habitant de 1 027 dollars (PPP).

3. REGARDS DES ACTEURS

a été mis en place. Il couvre aujourd'hui 91 % de la population. En Chine¹⁵, a été créé un système de mutuelles de santé dans les zones rurales qui a permis d'étendre la couverture santé entre 2003 et 2009 à 833 millions de personnes (62 % de la population chinoise). Un système pilote de retraites a également été lancé dans les zones rurales en 2009, avec l'objectif de couvrir les 700 millions de résidents ruraux d'ici 2020. Le plan indien de garantie d'emploi en zone rurale est l'une des plus vastes initiatives au monde en matière de Protection sociale : il garantit à 52,2 millions de ménages vivant sous le seuil de pauvreté au moins cent jours de travail par an. Au Brésil, le très emblématique programme « Bolsa Familia », lancé en 2003, touchait en 2008 plus du quart de la population brésilienne (environ 12 millions de familles, soit 50 millions de personnes). On lui doit une grande partie des progrès réalisés en une décennie en matière de réduction de la pauvreté et des inégalités, et de scolarisation.

Cet exemple de mécanismes, appelés « transferts monétaires conditionnels », nés en Amérique Latine et adoptés par un grand nombre de pays pauvres et émergents au cours de la décennie écoulée, montre qu'une innovation sociale élaborée dans un environnement particulier et répondant à des besoins très spécifiques peut être adaptée à des contextes très différents, et répondre aux défis propres à différentes catégories de pays ayant des structures économiques et sociales variées.

La construction d'un socle de Protection sociale est aujourd'hui à la portée de l'immense majorité des pays du monde, pourvu que les efforts nécessaires et la solidarité internationale soient au rendez-vous. L'ensemble de la communauté internationale bénéficierait d'une telle initiative, non seulement à court mais surtout à long terme. La Protection sociale est, pour les pays développés comme par exemple les membres de l'Union européenne, un acquis majeur hérité de l'après-guerre, qu'il s'agit d'adapter pour lui permettre de faire face aux nouveaux défis tels que les contraintes budgétaires, le vieillissement de la population, ou la nécessité de concilier incitation au travail et protection de chacun. Pour les pays émergents, il s'agit de faire en sorte que le niveau de Protection sociale, qui dépend encore souvent de la solidarité familiale, soit proportionné à l'accroissement considérable de la richesse issue de la croissance économique sans précédent que ces pays ont connu récemment, afin de limiter les déséquilibres (persistance d'une pauvreté extrême, inégalités...) qui pourraient porter atteinte à la cohésion sociale et limiter le développement économique à l'avenir. Pour les pays pauvres, il s'agit de pallier l'urgence de situations

15. La Chine a un PIB par habitant de 5 971 dollars.

3

REGARDS DES ACTEURS

de pauvreté, de malnutrition, d'absence d'éducation, d'emploi, de logement ou d'accès aux soins. Pour l'ensemble de ces pays, la Protection sociale représente non seulement un droit, un impératif moral, mais aussi un investissement productif dans le « capital humain », susceptible d'accroître leur potentiel productif, et une condition essentielle de l'acceptation par tous du processus de mondialisation grâce à une plus juste répartition des fruits de la croissance économique.

Conclusion

Il est essentiel de tirer les leçons de la crise sur le plan social et des déséquilibres croissants générés par la mondialisation depuis des décennies, par une initiative internationale coordonnée et solidaire visant non pas à uniformiser les systèmes de Protection sociale de chaque pays, ni par un ajustement « vers le haut » ni « vers le bas » du niveau de protection, mais à encourager l'ensemble des pays à construire un socle de Protection sociale, et à aider les pays les plus pauvres à atteindre cet objectif.

Plus d'un an après le lancement de l'initiative pour un socle de Protection sociale universelle et la constitution de la commission Bachelet, nous pouvons d'ores et déjà tirer certaines conclusions :

- l'initiative pour un socle de Protection sociale a montré qu'il nous fallait cesser de penser que Protection sociale et croissance économique ne sont pas conciliables. Au contraire, elles sont complémentaires, et l'une ne peut aller durablement sans l'autre : pas de Protection sociale sans croissance économique pour la financer, et pas de croissance économique durable et équilibrée sans qu'un minimum de droits et de garanties soient accessibles à l'ensemble des personnes sur lesquelles elle repose ;
- les niveaux de Protection sociale ne sont aujourd'hui pas proportionnels à la richesse. À richesse égale, le niveau de Protection sociale varie de façon substantielle d'un pays à l'autre. Il existe donc des marges de progression importantes pour étendre et améliorer les systèmes de Protection sociale, dans les pays pauvres comme dans les émergents et les pays les plus développés ;
- les sujets liés à la Protection sociale ne peuvent plus être traités égoïstement par chaque pays, indépendamment des préoccupations de ses voisins ou partenaires et des enjeux internationaux. Ils peuvent désormais être traités à l'échelon international, comme en témoigne l'avancée récente des discussions sur l'initiative de socle de Protection sociale.



Comme l'a souligné Martin Hirsch lors d'une conférence récente, il ne faut pas céder au triomphalisme, car le chemin vers une Protection sociale universelle est encore long et semé d'embûches. Un récent rapport de l'OIT a souligné les conséquences désastreuses de la crise actuelle, notamment en matière sociale, sur la pauvreté, et en matière d'emploi, notamment chez les jeunes. Mais sans cette année de travail et de lobbying par l'OIT, l'OMS, les autres institutions internationales membres de la coalition pour un socle de Protection sociale et la Commission Bachelet, nous aurions perdu un temps précieux. On peut espérer une accélération des progrès vers la Protection sociale universelle, car ce mouvement qui a été amorcé par des pays tels que le Brésil, l'Afrique du Sud, ou la Thaïlande est irréversible, c'est le sens de l'histoire.

Bibliographie

Association Internationale de la Sécurité Sociale (AISS), Working Paper, par Wouter van Ginneken, « Extending social security coverage: concepts, approaches and knowledge gaps », 2009. <http://www.issa.int/fre/>

AISS, « Une expérience de Protection sociale en santé pour les plus démunis : Le fonds d'indigence de Dar-Naim en Mauritanie », disponible en ligne à l'adresse : <http://www.concertation.org/gimi/concertation/RessShowRessource.do?ressourceld=16872>

AISS, A. Barrientos, « New strategies for old-age income security in low income countries », Sept. 2007, Technical report 12, Social Security Essentials, Moscou.

AISS, J. R. Ferreira Savoia, « Pension Reform in Brazil: The Challenge of Labour Inclusion », « Social Security and the Labour Market: a mismatch », pour la 5^e conférence internationale de la recherche sur la Sécurité sociale, Mars 2007, Moscou.

Banque Mondiale/Banque Internationale pour la reconstruction et le Développement, « The Jobs Crisis. Household and Government Responses to the Great Recession in Eastern Europe and Central Asia », 2011. Directions in Development, Human Development, Washington, DC. Disponible à l'adresse : <http://go.worldbank.org/UIEZBF9IE0>

Banque Mondiale, « Social Protection and Labor: Staying Resilient in a Volatile World », Feb. 2011, Disponible à l'adresse : <http://go.worldbank.org/TE3QOBLH00>

3

REGARDS DES ACTEURS

Banque Mondiale, par Ariel Fiszbein, Dena Ringold, Santhosh Srinivasan, Juin 2011, « Cash transfers, Children and the Crisis: Protecting Current and Future Investments », SP Discussion paper No. 1112, Human Development Network, Banque Mondiale, Washington, DC.

P.-Y. Cusset, J. Damon, S. Lemoine et L.-C. Viossat, « Les transferts monétaires conditionnels : le cas Brésilien de Bolsa Familia », dans « Les politiques sociales au défi de l'innovation », Futuribles International.

Forum économique mondial (WEF), « Les systèmes de santé en Afrique Sub-saharienne : État des lieux », rapport dressé dans le cadre de la Global Health Initiative lancée en 2005. Site web : www.weforum.org/

L. Gasparini, J. Alejo, F. Haimovich, S. Olivieri, L. Tomarolli, « Poverty among the Elderly in Latin America and the Caribbean », background paper for the World Economic and Social Survey 2007, The World Ageing Situation, CEDLAS, Universidad Nacional de La Plata, version du 15 janvier 2007 (Argentine). Disponible à l'adresse : http://www.un.org/en/development/desa/policy/wess/wess_bg_papers/bp_wess2007_lac.pdf

OCDE, K. Hagemeyer (OIT) et C. Behrendt, K. Hagemeyer : « Can Low-Income Countries Afford Basic Social Security? », dans « Promoting Pro-poor growth: Social Protection », 2009. Disponible à l'adresse : <http://www.oecd.org/dataoecd/26/20/43280726.pdf>

OCDE, R. Herd, H. Hu et V. Koen, « Providing Greater Old-Age Security in China », 2010, OECD Economics Department Working papers, No. 750, Publication OCDE.

OIT, OMS, Groupe consultatif pour un socle de Protection sociale (Présidée par Michelle Bachelet), « Le socle de Protection sociale pour une mondialisation juste et inclusive » (Rapport Bachelet), Septembre 2011, Genève.

OIT, « Employment and Social Protection policies from crisis to recovery and beyond: A review of experience », Rapport de l'OIT pour le sommet des ministres du Travail et de l'Emploi du G20 des 20 et 21 avril 2010, Avril 2010, Genève.

OIT, Rapport sur la Protection sociale de santé, basé sur des travaux de l'OIT, de l'OMS et de l'OCDE, 2008, Genève.

OMS (2010), « The world health report: Financing for universal coverage » (Geneva).

OMS (2009), « Global health risks. Mortality and burden of disease attributable to selected major risks » (Geneva).



OMS, J. Sachs (pdt), G. H. Brundtland (directeur général de l'OMS) et la « Commission sur la Macroéconomie et la santé », « Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development », 20 déc. 2001, Genève.

ONU-HABITAT (2011), « Cities and climate change. Policy directions: The challenge of slums », dans « Global Report on Human Settlements 2011 », édition abrégée (Kenya).

M. Ortiz, M. Cummins (2011), « Global inequality: Beyond the bottom billion ». A rapid review of income distribution in 141 Countries. Social and Economic Policy Paper, UNICEF Policy and Practice (New York).

Oxfam, par Patrick Apoya et Anna Marriott, « Achieving a Shared Goal: Free Universal Health Care in Ghana », mars 2011, Research Report. Disponible à l'adresse : <http://policy-practice.oxfam.org.uk/publications/achieving-a-shared-goal-free-universal-healthcare-in-ghana-125306>

Oxfam International, « L'Assurance maladie dans les pays à faible revenu : est-on sûr que ça marche ? », étude conjointe Oxfam International, Action for Global Health, Médecins du monde, Save the Children UK, Plan, Global Health Advocates, Act Up Paris, Oxfam Briefing paper, mai 2008. Disponible à l'adresse : http://www.oxfamfrance.org/IMG/pdf/rapport_ong_sante-assurance_300408_fr.pdf

US Census Bureau, DeNavas-Walt, Carmen, Bernadette D. Proctor, and Jessica C. Smith, « Income, Poverty, and Health Insurance coverage in the United states: 2009 », Sept. 2010, US Economic Department, Economics and Statistics administration, Washington, DC. Disponible à l'adresse : 2009 US Census Report : « Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States: 2009 », pp. 22-28.



Où en est la réforme santé aux États-Unis ?

Cyril Cosme

Conseiller pour les Affaires sociales, la santé et l'emploi
à l'Ambassade de France aux États-Unis

I. Affordable Care Act : la difficile équation de l'assurance santé à résoudre par la réforme Obama

Les dépenses de santé représentent en 2010 17,4 % du PIB des États-Unis, soit le niveau le plus élevé de tous les pays de l'OCDE. Derrière ce record, l'état de santé général de la population n'est pourtant pas meilleur que dans le reste du monde développé. Le pays se situe au 27^e rang mondial pour la mortalité infantile et au 30^e rang pour la mortalité évitable par le recours au système de soins. Ces derniers restent difficilement accessibles pour 47 millions d'Américains sans couverture santé (16 % de la population totale et 36 % des moins de 65 ans).

Si les États-Unis consacrent 2 700 milliards \$ à la santé en 2011, il faut essentiellement en attribuer la cause à un niveau très élevé et à une progression incontrôlée du prix des biens et des services médicaux, de même qu'à une consommation médicale élevée et concentrée sur les Américains bénéficiant d'une bonne assurance santé.

A. Une progression inexorable des dépenses de santé

Les dépenses de santé s'accroissent en moyenne de 6,7 % par an et leur part dans la richesse nationale progresse de 0,1 à 0,3 point chaque année depuis 20 ans. En 2008, elles ont augmenté deux fois plus vite que le PIB. En 2009, alors que l'économie était en récession, elles se sont encore accrues de 5,7 %.

La santé est certes un secteur dynamique de l'économie et emploie 15 millions de personnes. C'est le seul secteur à avoir créé 700 000 emplois durant la récession en 2008 et 2009. Les industries liées à la



santé sont à la fois puissantes et innovantes (médicaments, biomédecine), soutenues par une recherche clinique privée et une recherche publique (National Institutes of Health dotés d'un budget annuel de 32 Mds \$), les plus importantes au monde.

Mais il s'agit aussi d'un secteur où les prix augmentent dangereusement. L'indice des prix des biens et services de santé a cru 2,5 fois plus vite que l'indice des prix à la consommation depuis 1970. Il s'agit du principal facteur de croissance des dépenses (il explique les 2/3 de la hausse), avant l'effet du vieillissement démographique et des innovations technologiques.

Concentrée sur la partie de la population la mieux assurée, la consommation médicale est en outre plus importante aux États-Unis que dans la plupart des pays. La médecine spécialisée représente la grande majorité des consultations (70 %). Les praticiens sollicitent souvent de nombreuses analyses et examens radiologiques avant de livrer leur diagnostic, en raison de la culture dominante dans la profession comme des risques contentieux qu'une erreur médicale pourrait entraîner. À défaut de filières de soins organisés, les doublons dans ces examens et analyses sont nombreux. Certains instituts ont évalué les gaspillages à 30 % du montant total des dépenses ¹.

B. Conséquences macroéconomiques : hausse du coût du travail, pression sur le pouvoir d'achat, déficits publics croissants...

Cette augmentation du coût de la santé a des conséquences multiples dans le domaine macroéconomique.

Dans un pays où 55,3 % de la population reste couverte par une assurance privée liée à l'emploi, le coût de la santé a d'abord un **impact direct sur le coût du travail**. Or, la hausse des premiums d'assurance est encore plus rapide que celle de la moyenne des dépenses de santé, avec un doublement sur la dernière décennie (+ 9 % par an, + 113 % en dix ans). En 2011 ², le montant moyen d'un premium pour couvrir un salarié s'élevait à 5 429 \$ et à 15 073 \$ pour une famille.

Les employeurs prennent en moyenne à leur charge 82 % du premium pour couvrir un salarié, 72 % pour couvrir l'ensemble de sa famille.

1. AARP, American Association for Retired Persons.

2. Estimations du Employer Health Benefits Survey, Kaiser family Foundation, 2011.

3

REGARDS
DES ACTEURS

Ces premiums sont une charge de plus en plus lourde pour l'économie.

En 2010, ils représentaient en moyenne 8 % de la masse salariale dans le secteur privé, contre 6,2 % en 2001, alors même que 40 % des salariés ne sont pas directement assurés par leur employeur. Parmi eux, 20 % sont sans assurance, les autres sont couverts par leur conjoint, par une assurance privée individuelle, ou par un programme public (Medicaid le plus souvent)³.

Selon certaines analyses⁴, **cette hausse des premiums pèse sur l'évolution des salaires** et serait une des explications de la stagnation du salaire moyen des Américains sur la dernière décennie (les gains de productivité tendent à être préemptés par l'évolution des premiums d'assurance). Par ailleurs, s'il est encore limité au regard des dépenses globales, **le reste à charge pour les patients assurés tend à augmenter**. Les franchises (déductibles) avant tout remboursement varient selon le type de plan de 675 \$ à 1 900 \$ par an. Le nombre de salariés couverts par des plans prévoyant une franchise au moins égale à 1 000 \$ est passé de 16 à 50 % dans les petites entreprises, de 6 à 22 % dans les grandes. Des tickets modérateurs (copayment, coinsurance) sont maintenant généralisés sur les consultations de praticiens.

L'inflation des dépenses de santé compromet aussi le retour à l'équilibre des finances publiques de plus en plus mises à contribution pour offrir une couverture santé aux Américains. Avec le vieillissement de la population, le nombre des bénéficiaires du programme Medicare s'accroît. Le désengagement des employeurs de la couverture santé des salariés opère également un transfert de charges vers Medicaid, qui offre un filet de sécurité aux familles pauvres. Ce désengagement⁵ est motivé par des raisons de coûts. Il est sans doute facilité par les mutations du marché du travail (essor d'emplois peu protégés dans les services), le déclin du syndicalisme et le recul des conventions collectives⁶ (qui garantissent en général une assurance santé sur le lieu de travail). Il s'est accéléré avec la récession, l'augmentation du chômage, qui touche davantage les salariés les plus modestes. Outre l'effet de ces tendances,

3. 55,3 % de la population est couverte par un plan d'entreprise, 9,8 % par un plan privé individuel, 31 % par un programme public (15,9 % pour Medicaid et 14,5 % pour Medicare), 16,3 % est sans assurance ; ces couvertures peuvent se cumuler ce qui explique que la somme de ces parts excède 100.

4. Gary Burtless, Brookings institution.

5. 68 % des employeurs du secteur privé proposaient un plan santé à leurs salariés en 2005, 60 % aujourd'hui, la part pour les petites entreprises est passée de 58 à 48 %.

6. De 30 % dans les années 1970 à 7 % aujourd'hui, dans le secteur privé.



les coûts des programmes publics sont bien sûr affectés par la hausse générale des prix des biens et services médicaux.

Les dépenses du programme Medicare (47,5 millions de bénéficiaires de plus de 65 ans) se sont accrues de 8,6 % en 2008, 8,1 % en 2009 et 3 % en 2010. Celles de Medicaid (48,2 millions de bénéficiaires vivant aux alentours du seuil de pauvreté) augmentent à un rythme annuel de 10 % depuis le début de la récession, de même que pour CHIP couvrant les enfants de familles pauvres (10,1 millions bénéficiaires en 2008). **Par conséquent, la part des dépenses publiques dans les dépenses totales de santé est passée de 45,4 % en 2005 à 48,6 % en 2009, et deviendra nettement prépondérante d'ici 2014.** À l'inverse, les dépenses prises en charge par les assurances privées stagnent, voire déclinent légèrement (34,8 % en 2005, 32,7 % en 2009). Le budget fédéral est également indirectement affecté par la montée des dépenses de santé à travers la déduction des premiums payés par les employeurs du résultat imposable des entreprises (10 944 \$ par salarié couvert en moyenne en 2011). Cette dépense fiscale⁷ a doublé depuis 2000 (de 83 Mds à 150 Mds en 2009).

C. Dégradation de la couverture santé de la population

La hausse du coût de la santé, la tendance des employeurs du secteur privé à se retirer de la couverture de leurs salariés, et depuis 2007 l'augmentation du chômage contribuent logiquement à accroître la part des Américains sans assurance⁸.

C'est particulièrement le cas des salariés de PME, des jeunes dont l'entrée dans l'emploi est plus aléatoire que pour les générations précédentes (le taux de non couverture atteignait 30 % pour les 19-29 ans en 2010). Les Américains les moins qualifiés (62 % des non assurés ont un niveau d'éducation inférieur ou égal au lycée), les minorités ethniques (en 2010, 21 % des Afro Américains, 31 % des Hispaniques mais 12 % des Blancs sont sans assurance) sont plus touchés. Grâce aux programmes publics, les enfants (8,7 %) et les personnes âgées (2 %) sont relativement préservés.

Le défaut de couverture santé est non seulement un problème de santé, mais il engendre aussi des coûts indirects,

7. Non comprise dans les chiffres indiqués ci-dessus.

8. Cf. note 3.

3

REGARDS
DES ACTEURS

souvent à la charge des Pouvoirs publics. Près de la moitié des personnes sans assurance souffrent d'une affection chronique (diabète, cholestérol, hypertension, asthme, problèmes cardiaques...). Cette population recourt aux urgences des hôpitaux (en grande majorité privées), qui ont l'obligation de les traiter. Dans ce dernier cas de figure, les soins leur sont néanmoins facturés, souvent au prix fort. Ils peuvent alors être pris en charge, selon les États, par le programme public Medicaid. Ils peuvent aussi venir alourdir la dette des ménages. Les factures de santé sont une des causes les plus fréquentes (avec le chômage) des faillites personnelles.

D. L'équation à résoudre : maîtriser les dépenses tout en élargissant la couverture santé à l'ensemble de la population

L'amélioration de l'efficience du système est la pierre angulaire de la réforme engagée en 2010, seule susceptible de parvenir à la fois à une extension universelle de la couverture santé et à une maîtrise des coûts.

Dans le débat qui a opposé conservateurs et libéraux américains, chacun s'accordait à reconnaître que la poursuite des tendances observées au cours des dernières années n'était viable ni du point de vue de la santé publique (hausse du nombre d'Américains sans assurance), ni du point de vue des finances publiques (les dépenses de santé représentent 30 % du budget fédéral et le fonds de réserve Medicare pour l'hôpital serait épuisé en 2017 en l'absence de réforme), ni du point de vue des entreprises (le paiement des premiums d'assurance représentent une part croissante du coût du travail).

Par conséquent, le Affordable Care Act combine l'extension de la couverture assurantielle avec un effort sans précédent pour contenir le rythme de croissance des dépenses. Cet effort vise principalement le programme Medicare, mais il s'attache aussi à jeter les bases d'une concurrence et d'une transparence accrue sur le marché de l'assurance privée. Pour autant, **la réforme santé du Président Obama n'est pas une révolution, mais plutôt une tentative pour corriger les dérives d'un système de santé qui continuera de reposer sur l'assurance privée pour la plupart, des filets de sécurité publique pour les personnes âgées et les plus pauvres.**

La maîtrise des coûts et les recettes supplémentaires injectées dans le système de santé devraient permettre, selon l'administration comme le



Congrès (CBO⁹), d'étendre la couverture santé à la quasi-totalité de la population américaine (93 %), sans augmenter sensiblement la part des dépenses globales dans le revenu national d'ici 2019 par rapport aux tendances actuelles (19,3 % après la réforme, contre 19,6 % avant).

II. Affordable Care Act : l'économie générale de la réforme

La réforme adoptée au Congrès au printemps 2010 après bien des vicissitudes vise à concilier extension de la couverture santé et maîtrise des coûts. Elle permettrait selon les simulations du CBO du Congrès une économie de 143 Mds sur 10 ans, les 1 000 Mds de nouvelles dépenses étant plus que compensées par de nouveaux prélèvements et des économies réalisées principalement sur Medicare.

A. Une couverture quasi universelle de la population et l'obligation de s'assurer

La réforme étend à partir de 2014 la couverture santé de la population à 34 millions d'Américains qui en sont aujourd'hui dépourvus. Cette extension est réalisée à proportion égale par deux dispositions : **l'extension du programme Medicaid** aux Américains dont les ressources sont inférieures à 1,33 fois le seuil de pauvreté¹⁰ d'une part, **l'acquisition subventionnée d'une assurance privée pour les salariés et leur famille non couverts par un plan d'entreprise** d'autre part. Ces assurances devront être souscrites sur une **bourse** centralisant de façon transparente et concurrentielle les offres au sein de chaque État (« échanges »).

S'agissant de Medicaid, programme cofinancé entre le budget fédéral et les États, le coût de l'extension sera assumé à 96 % par le budget fédéral jusqu'en 2020.

S'agissant des bourses (« échanges ») au niveau des États, les subventions seront également à la charge du budget fédéral et leur montant variera en fonction de critères combinant la taille du foyer, le niveau de revenu et la part relative du premium d'assurance dans le revenu. Selon

9. Office d'évaluation budgétaire du Congrès.

10. 14 404 \$ pour un individu et 29 326 \$ pour une famille de 4 personnes en 2011 ; aujourd'hui, l'éligibilité à Medicaid dépend des États, sous réserve de garantir l'accès aux bénéficiaires du Supplemental Security Income.

3

REGARDS DES ACTEURS

ces critères, le niveau de la subvention varierait de 26 à 90 % du montant du premium pour tout Américain dont les ressources seraient inférieures à 4 fois le seuil de pauvreté (44 000 \$ pour un individu, 88 000 \$ pour une famille).

L'offre de contrats sur ces marchés sera classée en 4 catégories (bronze, argent, or, platine). La prise en charge pour le premier niveau de garantie « bronze » doit représenter au moins 70 % du coût actuariel des dépenses de santé de l'assuré. Le reste à charge pour l'assuré (« cost sharing ») fait lui-même l'objet d'une prise en charge à travers une subvention fiscale spécifique pour les revenus inférieurs à 2,5 fois le seuil de pauvreté ¹¹.

Auront accès à ces bourses et aux subventions associées les individus non couverts par leur employeur de même que ceux qui bien qu'assurés ne bénéficieraient pas d'une couverture satisfaisant le minimum standard de 70 % du coût actuariel des dépenses prises en charge, ou qui devrait acquitter un premium excédant 9,5 % de leurs revenus. Les PME auront également la possibilité de souscrire des contrats sur ces marchés pour assurer leurs salariés, dans un segment spécifiquement dédié.

Une fois ces deux mécanismes en place, la réforme prévoit **dès 2014 l'entrée en vigueur de l'obligation pour tous les Américains de détenir une assurance santé**. L'obligation d'assurance s'appliquera aussi aux employeurs vis-à-vis de leurs salariés, en tous cas pour les entreprises employant plus de 50 salariés. À défaut, la sanction prévue serait une amende de 2 000 \$ par an par employé pour les entreprises. Les Américains qui refusent de s'assurer devront également payer une amende dont le produit sera affecté au financement de l'extension de la couverture.

La réforme apporte également un certain nombre de garanties nouvelles quant à la qualité des contrats d'assurance. Ces derniers doivent dès cette année satisfaire toute une série de nouvelles dispositions protégeant les assurés : interdiction de poser des conditions relatives à l'état de santé de l'assuré préalablement à la souscription d'une assurance, interdiction de suspendre le contrat en cas de maladie, de limiter la couverture de certains risques au-delà d'un certain âge, non discrimination selon

11. Par exemple, le premium pour une assurance « bronze » couvrant une famille de 4 personnes dont les ressources atteignent deux fois le seuil de pauvreté (44 000 \$) représentera environ 230 \$ par mois (soit 6,2 % du revenu).



le sexe, possibilité de maintenir ses enfants sur son contrat jusqu'à l'âge de 26 ans...

B. Mesures d'économies et d'efficience dans Medicare

C'est la principale source de financement de la réforme.

En premier lieu, **les conditions de financement de la partie « privatisée » du programme Medicare**¹² seront progressivement alignées sur les coûts moyens observés dans le régime « de droit commun ».

En second lieu, **le mode de rémunération des institutions** (hôpitaux, nursing homes...) et des professionnels – à l'exception notable des médecins¹³, sera dorénavant encadré en fonction de l'évolution de la productivité des services de santé. D'autres innovations tarifaires sont introduites pour améliorer l'efficience du système, comme la pénalisation des hôpitaux connaissant des taux de réadmission anormaux (18 % des hospitalisations aujourd'hui sont le fait de patients déjà hospitalisés au cours des trente derniers jours).

Enfin, **l'évolution des dépenses du programme par bénéficiaire fera l'objet d'un objectif annuel** évoluant à partir de 2014 selon un indice combinant l'évolution générale des prix et celle spécifique des services de santé, puis à partir de 2018 selon l'évolution générale du PIB plus 1 point. Une commission indépendante « Payment Advisory Board » verra les compétences de l'actuel organe de contrôle et de conseil (Medical Payment Advisory Commission, MedPAC) élargies. Elle pourra émettre toute recommandation de nature à assurer une évolution des dépenses conforme aux objectifs. Ces recommandations seront d'application automatique sauf si le Congrès et l'Exécutif prennent des mesures explicites pour les annuler ou les modifier. À terme, maîtrise médicalisée et maîtrise comptable se conjuguent donc pour tenter d'enrayer l'inflation des dépenses du programme, qu'alimentera l'arrivée des générations du « baby boom » à l'âge d'éligibilité.

12. Environ 15 % des bénéficiaires de Medicare reçoivent les prestations du programme public dans le cadre d'un contrat passé avec une compagnie privée leur fournissant par ailleurs d'autres services. Les compagnies étaient rémunérées comme prestataires de services pour le compte de Medicare sous la forme d'une prime globale excédant le coût standard par individu observé pour le reste du programme d'environ 15 %. Cette option (Medicare advantage) avait été introduite sous l'administration Bush.

13. Cf. *infra*.

3

REGARDS DES ACTEURS

Pour parvenir à améliorer l'efficacité du programme à moyen terme, **la réforme introduit également un certain nombre d'innovations, dont l'effet immédiat sur la dépense est difficile à mesurer.** Le CBO du Congrès ne les a d'ailleurs pas intégrées dans l'évaluation financière sur dix ans de la réforme. 10 Mds sont affectés à leur mise en œuvre.

Il s'agit d'expérimenter de nouvelles modalités de paiement et de délivrance des soins : introduction de rémunérations au forfait comme alternative au paiement à l'acte (« bundled payments » pour hôpitaux et services post opératoires), impliquant un regroupement entre professionnels (soins primaires et spécialisés) ; organisation de filières de soins (à travers notamment les Accountable Care Organizations, qui prévoient un intéressement des professionnels aux économies réalisées) ; mesure de l'efficacité thérapeutique et de la qualité des soins ; valorisation des soins primaires et de la prévention (une visite annuelle dans le cadre de Medicare, interdiction des franchises visant spécifiquement les soins préventifs) ; lutte contre les gaspillages (examens redondants, extension des aides au diagnostic et de l'imagerie médicale) ; suivi de recommandations de commissions médicales relatives à l'efficacité thérapeutique des médicaments et des protocoles de traitements ; encouragement à prescrire des médicaments génériques... Ces diverses innovations seront évaluées par un nouveau département spécialisé (Center for Medicare and Medicaid Innovation) et s'appliquent également à Medicaid.

L'impact des économies prévues par la réforme sur Medicare (hormis ces dernières innovations) est évalué par l'actuaire de CMS (Center for Medicare and Medicaid Services) à 457 Mds \$, soit près de la moitié du coût estimé de l'extension de la couverture de santé (938 Mds \$).

Par ailleurs, les prélèvements au titre du programme Medicare sont augmentés à partir de 2013. Le taux de la contribution passe de 2,9 % à 3,8 % pour les revenus excédant 200 000 \$ pour un particulier, et de 250 000 \$ pour un couple. En outre, l'assiette de cette contribution est élargie aux revenus du patrimoine. Ces mesures permettent d'allonger de 12 ans la durée de vie du « *HI trust fund* » (réserves de Medicare pour les dépenses hospitalières).

L'industrie du médicament et des dispositifs médicaux est également mise à contribution à travers des taxes sur leur chiffre d'affaires, de même que les compagnies d'assurance.

Enfin, au titre des garanties nouvelles apportées par la réforme, il faut citer l'amélioration de la couverture Medicare pour les médicaments,



avec la suppression d'ici 2020 du « donut hole ». Cette faille dans le remboursement des dépenses de médicaments résultait de l'application d'un double plafond : plafond des dépenses remboursables et plafond des dépenses à la charge directe du patient. Lorsque l'assuré dépassait le premier, sans avoir pour autant atteint le second, il constatait un « trou » dans sa prise en charge. Dès 2011, les bénéficiaires de Medicare ont reçu un crédit d'impôt de 250 \$ pour commencer à résorber cette anomalie.

C. Mesures d'économies et d'efficacité encouragées dans le domaine de l'assurance privée

Dans le but de contenir l'évolution des premiums, les contrats d'assurance dépassant un certain montant (10 200 \$ par an pour un individu et 27 500 \$ pour une famille) feront l'objet à partir de 2018 d'une taxe (« excise tax »). Cette taxe sera de fait payée par l'employeur, les contrats les plus chers étant des contrats de groupe négociés et financés par les entreprises. Mais l'employeur reportera probablement l'impact de cette taxe sur le salarié, sous la forme d'une augmentation du reste à charge (« cost sharing »). Soutiens de la réforme en général, les syndicats se sont vivement opposés à cette disposition qui risque d'affecter d'abord leurs membres¹⁴. Ils sont parvenus à en différer la mise en œuvre.

Par ailleurs, au niveau de chaque État, la mise en place des bourses (« exchanges ») permettra d'améliorer la transparence de l'information et la concurrence entre les différentes compagnies¹⁵. Ces marchés sont destinés à jouer un rôle important dans le pilotage du système et la maîtrise de l'évolution des premiums. Dans chaque État, le commissaire aux assurances aura la charge de superviser le système, d'identifier et de publier les évolutions excessives des primes (non justifiées d'un point de vue actuariel), et le cas échéant, en fonction de la législation en vigueur dans l'État, de les exclure du marché et d'introduire un recours judiciaire contre les compagnies.

Dans la perspective cette fois de limiter les profits et les frais de gestion des compagnies d'assurance, la part des premiums couvrant ces

14. Les entreprises offrant les meilleures couvertures santé sont en effet celles où les syndicats sont représentés et négocient les conventions collectives les plus favorables, cf. *supra*.

15. Toutefois, les contrats individuels existants (la clause dite du grand-père) et les contrats collectifs négociés par les employeurs n'y seront pas assujettis sous certaines conditions (en fonction de leur montant et/ou des dérogations accordées par l'administration).

3

REGARDS
DES ACTEURS

derniers ne pourra excéder 15 % (« Medical Loss Ratio »), ce qui signifie que 85 % du premium devra couvrir des dépenses médicales.

L'ensemble de la réforme, selon le CBO, devrait permettre de contenir la progression des premiums à 19 500 \$ pour une famille en 2020, soit une baisse de 10 % par rapport au montant qui résulterait du rythme de hausse actuel. Il s'agit d'un point sensible de la réforme.

Enfin, la réforme tente de renforcer la médecine préventive dans le secteur privé. Les contrats d'assurance devront ainsi prévoir au moins une visite annuelle de contrôle. Aucun « cost sharing » (ticket modérateur) ne pourra s'appliquer sur cette visite. Chaque assuré devra choisir un médecin généraliste (soins primaires), alors que 70 % des médecins américains sont spécialistes.

Comme pour Medicare, plusieurs projets pilotes sont également prévus pour améliorer l'efficacité du système de délivrance des soins grâce à une meilleure organisation, à l'utilisation des nouvelles technologies (qualité du diagnostic), à une réduction des gaspillages (dossier informatisé du patient, pour limiter les actes redondants ou inutiles)... En l'absence de données prouvant leur efficacité, comme dans le cas de Medicare, le Congrès (CBO) ne les a pas pris en compte dans l'évaluation de l'impact financier de la réforme.

III. La mise en œuvre de la réforme se heurte à de nombreux obstacles

Bien qu'adoptée par le Congrès, la mise en œuvre de la réforme n'est pas acquise. Elle doit encore subir trois épreuves : celle, politique, de l'adhésion de l'opinion, encore dubitative sur l'effet positif de la réforme, et sous l'influence des critiques féroces des médias conservateurs et des Républicains ; celle ensuite de certains professionnels de santé et surtout des compagnies d'assurance, qui redoutent l'entrée en vigueur des dispositions les plus coercitives de la loi ; celle enfin des déficits publics qui sont devenus un objet de préoccupation majeur et dont la réduction est à l'ordre du jour.



A. L'épreuve politique et l'adhésion incertaine de l'opinion

Selon les dernières enquêtes, une majorité d'Américains exprime son scepticisme vis-à-vis de la réforme¹⁶. L'administration Obama et les démocrates ont sans doute pâti de l'enlisement des discussions durant les deux premières années du mandat du Président, alors même qu'en pleine récession, les Américains étaient davantage préoccupés par le chômage. Les Républicains ont compris l'avantage politique qu'ils pouvaient tirer de ce décalage, et l'ont exploité à plein lors des élections législatives qu'ils ont remportées à la Chambre des Représentants le 2 novembre 2010. Depuis, la reprise économique fragile et le maintien du chômage à un niveau inhabituellement élevé aux États-Unis (9 %) rend difficile toute communication politique positive sur la réforme, d'autant que celle-ci ne s'est pas encore traduite dans les faits.

En effet, la plupart des dispositions du Affordable Care Act entrent en vigueur en 2014 (en particulier l'assurance obligatoire, l'extension de Medicaid et la mise en place des bourses) soit quatre ans après l'adoption du texte. C'est une éternité dans le calendrier politique américain, durant laquelle l'opinion malmenée par la crise ne perçoit pas les bénéfices promis par les promoteurs de la réforme.

Conscients du danger, les concepteurs de la réforme ont anticipé la mise en œuvre de certaines garanties nouvelles pour les assurés dès 2011, comme l'interdiction d'exclure un assuré en raison de son état de santé, de son âge, ou encore la possibilité de maintenir dans sa police d'assurance ses enfants jusqu'à l'âge de 26 ans. 2,3 millions parmi ces derniers ont bénéficié de cette option, à l'origine d'une nette diminution en un an de la population non assurée chez les jeunes adultes¹⁷. Des pools d'assurance ont également été créés pour l'assurance des patients présentant des pathologies préalables et écartés par les compagnies privées (5 Mds de subventions en 2010). Enfin, le durcissement de la politique vis-à-vis des assurances privées proposant des plans « Medicare advantage » (cf. *supra*) a entraîné cette année une baisse sensible des premiums payés par les bénéficiaires du programme.

Dans l'ensemble cependant, les maux que la réforme entend combattre (hausse continue des premiums, du prix des services, du nombre de personnes sans assurance, de la participation financière des

16. Selon le baromètre de la Kaiser Family Foundation en septembre 2011, 41 % des personnes interrogées ont une bonne opinion de la réforme contre 43 % qui en ont une mauvaise.

17. 29,7 % en 2011, contre 30,4 % en 2010, chez les 19-25 ans, selon les données US Census Bureau.

3

REGARDS DES ACTEURS

assurés, désengagement des employeurs) continueront de marquer le quotidien du patient américain jusqu'en 2014 au moins. Le contexte politique est donc assez favorable aux détracteurs de la réforme, qui prennent pour cible prioritaire le principe de l'obligation de souscrire une

assurance.

Cette obligation serait contraire à la culture américaine (liberté, responsabilité...) et plus grave encore, à la Constitution. L'argument juridique vise l'incompétence du législateur fédéral pour édicter une telle obligation à l'échelle du pays (qui irait au-delà de la clause autorisant le niveau fédéral à réglementer les relations économiques et commerciales entre États). Or, le principe de l'obligation conditionne le succès de la réforme, en particulier la possibilité de contenir la hausse des premiums par une bonne mutualisation du risque.

Plusieurs recours ont été engagés devant les juridictions fédérales par des gouverneurs et des avocats généraux républicains de 26 États, ainsi que par des groupes d'intérêts privés. L'une des quatre décisions déjà rendues au niveau des Cours fédérales siégeant dans les États a reconnu l'inconstitutionnalité de l'obligation de s'assurer¹⁸. Afin de libérer l'administration de cette épée de Damoclès, le Département de la Justice a récemment accéléré la procédure et la Cour Suprême devrait se prononcer d'ici juin 2012 (elle pourrait cependant estimer être dans l'impossibilité de prendre une décision définitive tant que la loi n'est pas entrée en vigueur). Quelle qu'elle soit, la décision interviendra en pleine campagne présidentielle. À ce jour, tous les candidats aux primaires républicaines ont promis d'annuler « Obama Care » en cas de victoire en 2012, y compris Mitt Romney, l'un des favoris, qui avait pourtant promulgué une réforme pas si éloignée du Affordable Care Act dans son État du Massachusetts lorsqu'il en était le gouverneur.

B. L'épreuve avec les professionnels de santé et les compagnies d'assurance

Les compagnies d'assurance sont restées ambivalentes vis-à-vis de la réforme. Lobby considérable aux États-Unis, elles sont parvenues à négocier avec l'administration le système le moins bouleversant pour elles.

18. Les cours fédérales du 6^e circuit (Cincinnati, Ohio), du 4^e circuit (Richmond, Virginie) ainsi que la Cour d'appel fédérale du District of Columbia ont validé la réforme, le juge du 11^e circuit (Atlanta, Géorgie) l'a en revanche invalidée, sur la base du recours introduit par les élus républicains.



Elles se félicitent de l'obligation de s'assurer et que le spectre d'une Sécurité sociale à l'européenne ou à la canadienne soit écarté (single payer). Toutefois, les garanties nouvelles apportées aux assurés et les modalités de contrôle des premiums qui accompagnent la mise en œuvre des « échanges » n'ont pas leurs faveurs. Au final, les assureurs ont d'ailleurs critiqué la réforme (à la différence de la majorité des médecins et de leur syndicat l'American Medical Association).

À court terme, la hausse des premiums se poursuivra probablement au même rythme que ces dernières années. Les compagnies d'assurance justifient les hausses en soulignant que les différentes obligations et interdictions posées par la réforme pèsent sur le coût de la couverture du risque, d'autant que l'extension prévue du marché n'entre en vigueur qu'en 2014 (l'obligation devrait amener quelques 32 millions nouveaux « clients » à cette date), et empêche d'ici là une bonne mutualisation.

Les mécanismes de contrôle prévus dans le cadre des « échanges » ne seront opérationnels que lorsque les États les auront mis en place. À ce jour, seul un petit nombre d'entre eux semblent en mesure de tenir les délais¹⁹. Par ailleurs, ces mécanismes de contrôle dépendent des pouvoirs attribués localement aux commissaires aux assurances. On peut compter sur les compagnies pour dissuader les législateurs au niveau des États de trop durcir leur arsenal.

S'agissant des professionnels de santé, la question de l'évolution de leur rémunération, n'a pas vraiment été réglée.

La réforme a en effet mis de côté l'épineux dossier des tarifs de remboursement du programme Medicare. Depuis 1997, le SGR (Sustainable Growth Rate) est supposé encadrer leur évolution par l'application d'un plafond indexé sur le coût des services de santé. Cet indice fait en réalité peser exclusivement sur le prix de l'acte la dérive des dépenses liée à l'évolution de l'intensité technique des services, du nombre de bénéficiaires et du volume des prestations. Les médecins soulignent non sans raison que le prix de l'acte n'est pas seul en cause dans l'inflation des dépenses du programme.

Depuis 2003, le système n'est plus opérant, le Congrès ayant systématiquement repoussé les mesures correctrices découlant du SGR. En décembre 2010, le prix de remboursement d'un acte Medicare devait en

19. À ce jour, seuls deux États ont un tel « échange » en état de marche et conformes aux prescriptions de la loi : Massachussetts et Utah.

3

REGARDS DES ACTEURS

théorie être réduit de 23 % avant que le législateur ne vote une fois de plus son report. Alors même qu'une coupe dans les remboursements des médecins est hautement improbable, l'ensemble des projections effectuées aussi bien par le CBO du Congrès que par l'administration (les services de l'actuaire de CMMS) restent fondées sur la législation applicable, qui prévoit par construction l'application du SGR. Les dépenses futures du programme sont donc sous évaluées. Selon un scénario alternatif présenté par les actuaires de Medicare et prenant comme hypothèse le gel des tarifs au lieu de leur réduction sur la prochaine décade, les dépenses du programme public suivraient une tendance sensiblement différente (6,5 % du PIB en 2030, au lieu de 5 %).

Le système ne satisfait pas non plus les médecins. Même avec l'annulation des coupes prévues par le SGR depuis 2003, la rémunération relative réelle (tenant compte de l'indice des prix des biens et services médicaux) d'une consultation Medicare a baissé de 17 % depuis 1997. De plus en plus de praticiens s'interrogent sur leur participation aux programmes publics leur offrant une rémunération sensiblement inférieure à ce que procure le secteur privé. Avant que la réforme Obama n'engage un progressif alignement des tarifs de Medicaid sur ceux de Medicare, cette désaffection était déjà engagée pour le programme assurant la population la plus démunie du pays. **La négociation d'une solution durable pour régler la question du barème des médecins (« Doc Fix ») reste donc extrêmement sensible et sera vraisemblablement l'une des grandes épreuves de la mise en œuvre de la réforme.**

En ce qui concerne le secteur privé, ce sont les compagnies d'assurance qui ont la main pour contenir l'évolution des tarifs des professionnels et contenir les dépenses. Les plans traditionnels offrant un remboursement illimité des services médicaux (« fee for services », paiement et remboursement à l'acte) ont quasiment disparu, alors qu'ils représentaient les trois quarts du marché de l'assurance privée en 1988. Les assureurs s'efforcent de limiter les coûts en négociant des tarifs de remboursement et en encadrant les possibilités de choix pour les assurés.

Les plans les plus contraignants à cet égard, les HMO²⁰, restent peu répandus (17 % du marché). Les PPO et les POS, qui admettent le

20. HMOs, Health Maintenance Organizations : remboursement des consultations de praticiens du réseau seulement, obligation de choisir un médecin référent qui oriente vers les praticiens spécialisés, franchise moyenne de 911 \$; PPOs Preferred Providers Organizations : la consultation de praticien extérieur au réseau peut être remboursée moyennant un ticket modérateur plus élevé, il n'y a pas de médecin référent, franchise moyenne de 675 \$; POS Point of Services : même fonctionnement qu'un PPO mais désignation d'un médecin référent, franchise moyenne de 928 \$; les HDHP ont des franchises moyennes de 1 908 \$ (Rapport de la Kaiser Family Foundation, 2011).



recours à un médecin en dehors du réseau constitué par l'assureur, moyennant un ticket modérateur plus élevé, restent majoritaires (65 %). Les assureurs proposent depuis quelques années les High Deductible Health Plans (HDHP), qui combinent des franchises plus élevées que dans les HMO, PPO et POS, avec la possibilité pour les assurés de constituer une épargne de précaution défiscalisée (health saving options). Ces plans dont l'effet sur la maîtrise des dépenses reste incertain, représentent 17 % du marché (partant de 0 en 2005). On peut penser que les assureurs renforceront les mécanismes de contrôle des coûts si les marges d'évolution des premiums venaient à se réduire drastiquement, sous l'effet de contraintes réglementaires ou économiques.

C. L'épreuve des déficits publics

Medicare et Medicaid constituent les principaux facteurs de hausse des charges du budget fédéral dans les années à venir. **Toute stratégie crédible de rétablissement de l'équilibre budgétaire ne peut faire l'impasse sur les ressources et les engagements de ces deux programmes.** Cette année, les coupes budgétaires se sont multipliées : 917 Mds sur dix ans annoncés lors du relèvement du plafond de la dette publique en août, élaboration d'un plan de 1 200 Mds d'économies supplémentaires par le « Supercommittee » du Congrès²¹.

Aucune des mesures adoptées jusqu'ici n'affecte directement l'un des programmes publics de santé, mais c'est le principal enjeu de celles encore en discussion. Dans les propositions les plus récentes du Président²², les économies sur Medicare (248) et Medicaid (65) représentent 320 Mds (prélèvements sur le chiffre d'affaires de l'industrie pharmaceutique, instauration de tickets modérateur pour les bénéficiaires de Medicare, en fonction du revenu, réduction des financements pour certains établissements, maisons de retraite et centres de réhabilitation...). De même, les recommandations émises par l'ensemble des commissions mises en place au cours des deux dernières années vont sensiblement plus loin que le Affordable Care Act dans la voie du contrôle des dépenses.

21. Rappelons que le déficit fédéral est évalué à près de 10 % du PIB chaque année depuis le début de la récession.

22. Le plan prévoit 1 600 Mds de prélèvements supplémentaires et 1 100 Mds d'économies liées au retrait d'Irak et d'Afghanistan.

3

REGARDS DES ACTEURS

Ainsi celles formulées par la Commission Simpson Bowles²³ s'attaquent directement aux facteurs de coût que la réforme laissait de côté. Concernant Medicare, le Sustainable Growth Rate était remplacé par une norme de progression reposant non plus sur le prix de l'acte mais sur le coût standard d'un patient pris en charge (22 Mds d'économies sur dix ans par rapport à une poursuite du gel des tarifs). Une réforme de la responsabilité médicale plafonnant les dommages et intérêts au profit des patients (Tort Reform 64 Mds) était également proposée.

Au-delà de 2020, la Commission recommandait l'adoption de mesures de sauvegarde consistant à plafonner les dépenses de Medicare par rapport à une norme de progression du PIB. Ces mesures de maîtrise comptable allaient nettement au-delà de la réforme, qui prévoit une norme de progression des dépenses correspondant à la croissance du PIB + 1 point par bénéficiaire après 2018 (cf. *infra*). La différence est importante, le vieillissement démographique entraînant une hausse inéluctable du nombre de bénéficiaires, sauf à jouer sur l'âge d'éligibilité à Medicare (passer de 65 à 67 ans par exemple). De même, la Commission préconisait d'appliquer la même norme de progression aux subventions fédérales prévues pour l'acquisition de contrats assurances sur les marchés (« exchanges ») mis en place par le Affordable Care Act.

Pour le secteur privé, la commission Simpson et Bowles proposait de réduire la déduction fiscale des premiums payés par les employeurs. Pour éviter ses conséquences à long terme sur la solvabilité du budget fédéral, la Commission suggérait enfin de renoncer à mettre en place un régime d'assurance volontaire couvrant la dépendance (Class Act). Ce dernier est d'ailleurs probablement le premier mort né de la réforme.

Même si leur adoption est très incertaine à un an des échéances présidentielles, ces recommandations sont en tous cas le signe que le Affordable Care Act avant même son entrée en vigueur n'apparaît pas aujourd'hui suffisant pour garantir la viabilité des finances publiques et le financement à terme du système de santé.

Du côté conservateur, les Républicains ne présentent pour autant aucune alternative cohérente à la loi dont ils demandent l'abrogation. Certains préconisent une transformation radicale des deux programmes publics : transformer Medicare en « voucher program » (plan Ryan), accordant aux personnes âgées un crédit d'impôt pour la souscription d'un

23. Commission bipartite mise en place à l'initiative du Président Obama et ayant remis ses conclusions en décembre 2010.

3 REGARDS DES ACTEURS

contrat privé d'assurance ; réformer en profondeur la responsabilité médicale pour limiter le coût des contentieux ; décentraliser Medicaid aux États (« Block Grant Program ») qui se verraient octroyer en contrepartie une subvention fédérale forfaitaire²⁴. Toute dérive des dépenses se retrouverait à la charge soit des patients dans le cas de Medicare, soit des États dans le cas de Medicaid. Ces réformes restent à ce stade hautement impopulaires.

Le « Affordable Care Act » constitue la principale réalisation du mandat du Président Obama. Sa mise en œuvre reste entourée de grandes incertitudes qui seront levées d'ici 2014 en fonction des échéances politiques à venir. Entre les deux hypothèses extrêmes, celle d'une entrée en vigueur en l'état actuel du texte adopté en 2010 et celle d'une abrogation, il est probable que la réforme fasse l'objet d'un certain nombre d'ajustements et de correctifs.


D'une part, face à la pression politique, l'administration pourrait être tentée d'assouplir la réforme en accordant plus de flexibilités aux États (fonctionnement des « échanges », extension de Medicaid). Ces flexibilités (« waivers ») pourraient être accordées à condition que les États améliorent la couverture santé de la population et progressent dans la maîtrise des coûts. Ce scénario s'inscrit dans la logique du système fédéral américain.

D'autre part, l'ampleur des déficits à réduire pourrait conduire à accélérer la mutation du système de santé, aujourd'hui particulièrement dispendieux et inefficace, vers davantage de régulations et de contrôles, auxquels la culture américaine est souvent rétive. Cette pression de la maîtrise des coûts et des prix est particulièrement forte pour les programmes publics, mais elle pourrait aussi s'accroître sur le marché privé de l'assurance santé. Les marges de progression des premiums ne sont en effet pas infinies, et les compagnies d'assurance s'attacheront probablement encore davantage à maîtriser le coût des services couverts.

En attendant, le Département de la santé suivra avec beaucoup d'attention la mise en œuvre des nombreux projets pilotes expérimentant les concepts débattus depuis une vingtaine d'années (medical home, disease management...) en vue d'améliorer l'efficacité du système de santé.

La réforme Obama n'est sans doute qu'une étape, mais elle représente incontestablement un effort sans précédent pour combiner maîtrise des coûts et extension de la couverture santé aux États-Unis, et établir un accès aux soins à la fois universel et soutenable.

24. Cette proposition s'inspire visiblement de la réforme de l'aide sociale de 1998 (cf. *supra*). La suppression des règles d'éligibilité au plan fédéral, le gel de la participation fédérale et la décentralisation du programme avaient alors permis une diminution significative du nombre de bénéficiaires de l'aide sociale, une baisse relative des dépenses et une hausse du taux d'emploi parmi les publics traditionnellement éligibles : mères célibataires, pauvres.



Protection sociale et emploi en Allemagne : une compétitivité économique au prix social élevé

Arnaud Lavorel

Rédacteur en chef adjoint à l'agence de presse AEF
(rubrique « Protection sociale »)

Marc Derouet

Directeur régional Grand Est de la mutuelle Unéo

Depuis la crise de 2008 et ses développements ultérieurs, l'Allemagne est devenue le modèle à imiter, l'étalon à l'aune duquel il convient d'évaluer nos indicateurs économiques et sociaux. De fait, ce pays – encore le plus peuplé en Europe avec 82 millions d'habitants – qui était plombé dans les années 1990 et au début des années 2000 par un important taux de chômage (si on exclut la parenthèse 1998-2000) en raison notamment de l'impact de l'intégration des Länder de l'ancienne RDA, connaît aujourd'hui un marché de l'emploi plus dynamique que l'ensemble de ses voisins y compris le Royaume-Uni. Cette performance s'appuie sur une forte industrie exportatrice qui mobilise dans son ensemble plus d'un quart de la population active. L'Allemagne est aujourd'hui un pays leader dans les secteurs de la haute technologie industrielle des biotechnologies et du R&D (ce qui lui permet de maintenir ses parts de marché dans le commerce mondial grâce à des produits de haute valeur ajoutée). Elle s'appuie aussi sur un relatif consensus des responsables politiques et des partenaires sociaux pour faire de l'emploi et de la compétitivité la priorité des politiques publiques. L'État social allemand a en effet été confronté au cours de ces vingt dernières années à une succession de mutations liées à l'ouverture accélérée de l'Europe, la mise en place de la monnaie unique, le processus de réunification, notamment. Ces deux décennies ont donc eu tendance à bousculer le modèle de l'État-providence bismarckien en l'amenant à remodeler les caractéristiques du régime d'emploi et de la Protection sociale afin de maintenir la compétitivité de « l'État Industrie » fondé sur le concept de « l'ordo libéralisme ».

3
 REGARDS
 DES ACTEURS

L'Union fédérale des syndicats patronaux allemands, le BDA (Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände) et la principale confédération syndicale, le DGB (Deutscher Gewerkschaftsbund) ont fait de la réduction du coût direct et indirect du travail et l'optimisation du taux d'emploi une revendication commune. Cela s'est traduit par une restriction des droits aux Assurances chômage, un renforcement des exigences à l'encontre des chômeurs (réduction des indemnités versées aux chômeurs de longue durée qui refuseraient d'accepter des emplois en dessous de leur qualification) ainsi qu'un développement des emplois à temps partiel et des contrats atypiques comme les mini-jobs ou les « Ein-Euros-Jobs » (les chômeurs peuvent être contraints à accepter des postes pour un salaire de 1 € de l'heure, lequel s'ajoute à l'allocation chômage qu'ils perçoivent). Ainsi, les indemnités de chômage ne sont plus versées pendant 32 mois, mais 12 mois : c'est le « Arbeitslosengeld I ». Au-delà le chômeur est considéré comme chômeur de longue durée et reçoit le « Arbeitslosengeld II », l'équivalent du RSA socle (364 € par mois pour un adulte et de 213 à 291 € par mois pour un enfant à laquelle s'ajoute la prise en charge du logement et du chauffage au coût réel, soit une allocation totale aux alentours de 750 € pour une personne célibataire). Environ 6 millions et demi de personnes (dont 1,7 million d'enfants) dépendent des allocations Hartz IV, y compris des personnes ayant par ailleurs une activité faiblement rémunérée et bénéficiant de ces allocations en complément.

C'est la crise économique de 2001 qui a amené l'Allemagne à revoir l'articulation entre le système des relations du travail et le système économique sur laquelle elle s'était appuyée depuis les lendemains de la guerre. Cette crise a changé les processus et les mécanismes de la négociation collective. Parmi les tendances lourdes, on peut citer la décentralisation du niveau de négociation avec un transfert des négociations de branche vers l'entreprise. En conséquence le caractère unificateur de l'accord de branche a tendance à s'effacer et le rôle du syndicat s'en trouve affaibli au profit des Betriebsräte (comités d'entreprise). De fait Le DGB reconnaît aujourd'hui à demi-mots une « désyndicalisation » qui se traduit par un recul du taux de syndicalisation d'un point par an depuis 2000.

De moins en moins d'entreprises, donc de salariés, sont aujourd'hui couvertes par les conventions collectives. Ainsi, les difficultés auxquelles l'Allemagne a dû faire face depuis la réunification ont eu tendance à « miner » la légitimité sociale globale des organisations syndicales reconnues comme étant coresponsables de la montée du chômage pour avoir maintenu un niveau des salaires trop élevé. D'où l'émergence, d'un divorce politique

3

REGARDS DES ACTEURS

entre le DGB et le SPD. L'agenda 2010 élaboré par un gouvernement dominé par le SPD a été élaboré sans consultation avec les syndicats voire largement à rebours de leurs revendications...

Ce cadrage général doit en outre être complété par la prise en compte du fait régional. Les Länder ont en effet un rôle important dans l'activation des politiques sociales. L'Allemagne de 2011 est non seulement un État fédéral qui résulte en outre de l'unification en 1990 de deux États – la RDA et la RFA – qui se tournaient le dos depuis 1949. Aujourd'hui, la structure fédérale de l'État laisse une grande autonomie à des « ensembles régionaux d'inégale puissance » avec d'un côté certaines régions bénéficiant de nombreux atouts économiques, sociaux et démographiques et de l'autre, des Länder en difficulté (pas forcément tous issus de l'ancienne Allemagne de l'Est d'ailleurs) qui multiplient les handicaps. Ainsi, au-delà de l'Allemagne du Bund (l'État central), celle des 16 Länder constitue le véritable niveau administratif et emploie au total plus de 2 millions d'agents, chaque Land disposant d'une représentation permanente à Berlin, de sa propre constitution (dont les dispositions ne doivent toutefois pas être contraires à la constitution fédérale, la Loi fondamentale) et de son propre parlement qui vote les lois du Land. Chaque Land a donc un gouvernement avec à sa tête un ministre-président et les ministres de Land.

Or l'activation des politiques sociales se heurte parfois à une coordination imparfaite avec le Bund, lequel en vertu de la Loi fondamentale ne peut imposer de législation que s'il y a une nécessité de règles uniformes au niveau fédéral ou entre Länder (droit civil et pénal, aide sociale, droit du commerce, droit du travail, Assurance sociale ou encore circulation routière). C'est notamment ce qui est ressorti de notre visite au Jobcenter Kreuzberg (Berlin) où le directeur nous a précisé que la base de données des Jobcenters « fédéraux » n'intégrait pas les données des Jobcenter indépendants de certaines villes (stadtkreuz de Potsdam) ou de certains arrondissements (landkreuz) qui souhaitent conserver leur autonomie et ne pas se voir « imposer » des demandeurs d'emplois non autochtones...

Pour autant, les mesures prises depuis le début des années 2000 semblent avoir rencontré un certain succès sur le plan économique : les exportations allemandes n'ont jamais été aussi importantes depuis 2005 alors que l'Allemagne avait connu une courte période de déficit commercial au début des années 1990. En 2010, la croissance est repartie plus rapidement qu'en France (après avoir reculé plus brutalement aussi pendant la crise...) et le chômage, inférieur à 6 % de la population active à l'été

3. REGARDS DES ACTEURS

2011 touche désormais moins de 3 millions de personnes (contre 5 millions en 2005), moins que le niveau atteint juste avant la crise. Parmi les partenaires sociaux et des experts rencontrés au cours de notre voyage d'étude, il semble également y avoir un consensus pour attribuer à ces réformes le mérite d'avoir préservé voire restauré la compétitivité de l'économie allemande : 40 % du PIB allemand tient aux exportations majoritairement au sein de la zone euro (laquelle représente 60 % des exportations).

Et la gestion de la crise de l'actuel gouvernement de coalition (CDU-Libéraux) au pouvoir depuis 2009 a également permis de ne pas remettre en cause les gains qui commençaient à être tirés des mesures de flexibilisation du marché du travail entamées sous le mandat de Schröder. Ainsi, au plus fort de la crise en 2009, le chômage partiel (ou plutôt le « travail partiel » – Kurzarbeit – comme préfèrent l'appeler les Allemands) a concerné jusqu'à 1,3 million de personnes sur une population salariée de 28 millions de personnes. Le temps de travail s'est contracté de 3 % (quand le PIB allemand reculait de – 4,7 %). Le faible recours aux licenciements aurait permis de sauver 300 à 350 000 emplois. Pourquoi ? Sans doute parce qu'il y avait déjà surchauffe (manque de personnel qualifié) dans certains secteurs dès avant la crise. Les partenaires sociaux avec l'appui du gouvernement ont donc favorisé les mesures de recul du temps de travail (et donc de baisse de salaire) pour préserver l'emploi, le temps que la crise passe. « Le gouvernement a joué au pocker et il a gagné » admettait un responsable de la DGB en mai 2011.

Par ailleurs l'Allemagne s'est engagée depuis le milieu des années 2000 dans un important effort de redressement des finances publiques. En 2016, le déficit de l'État fédéral devrait représenter 0,5 % du PIB. L'État fédéral comme les Länder ont l'obligation de parvenir à un équilibre budgétaire d'ici à 2020 en vertu d'une réforme constitutionnelle votée en 2006. De même, depuis 2007, les Caisses maladies ont l'interdiction de s'endetter.

Il reste que les réformes n'ont pas tout réglé. Tout d'abord, l'Allemagne vieillit. Et elle vieillit vite : le taux de fécondité est passé sous le seuil de renouvellement des générations, soit 2,1 enfants par femme, depuis une quarantaine d'années et le solde naturel est négatif depuis une dizaine d'années. Le pays dispose de longue date d'un système d'allocations familiales généreux et a adopté des mesures volontaristes sous l'impulsion de l'actuelle ministre du Travail et des Affaires sociales, Ursula Von der Leyen lorsqu'elle était en charge de la famille. Pourtant, cela n'a pas renversé la tendance.

3

REGARDS DES ACTEURS

En 2005, la grande coalition (CDU/CSU + SPD) a en effet décidé de réformer sa politique familiale en instaurant un congé parental (Elterngeld) limité dans le temps (12 mois + 2 mois facultatifs au bénéfice de l'autre parent) mais généreux (deux tiers du salaire plafonné à 1 800 € avec un plancher de 300 €). Par ailleurs Ursula von der Leyen a doublé cette mesure d'une politique volontariste sur l'offre de garde (+ 3 milliards d'euros sur 5 ans). L'objectif était de faciliter la conciliation entre vie familiale et vie professionnelle. Un droit opposable à l'accueil des tout petits a donc été créé. D'ici à 2014, toute famille ayant un enfant âgé de un à trois ans (c'est-à-dire entre la fin du congé parental et le début de la période à partir de laquelle les parents ont la possibilité de faire appels aux jardins d'enfants ce que font 90 % des familles allemandes ayant un enfant âgé de plus de trois ans) pourra faire valoir auprès de sa commune un droit à la garde de son/ses enfant(s).

Cette politique a eu jusqu'à présent un succès mitigé : l'offre de garde s'est bien développée en moyenne mais pas forcément dans les Länder où il y avait les plus gros déficits. Or – et c'est là encore un exemple de coordination imparfaite entre le niveau fédéral et le niveau régional ou local – en vertu de la Loi fondamentale, la mise en œuvre de ce droit par les autorités locales ne peut être contrainte par l'État fédéral. De plus, les plages horaires d'ouverture des établissements d'accueil de la petite enfance sont laissées à l'appréciation des communes... Et dans ce domaine, il n'est pas vraiment question de compter sur un état d'esprit « citoyen » de l'employeur car pour les entreprises allemandes, avoir une politique « favorable à la famille » consiste davantage à ne pas sanctionner la maternité plus qu'à faciliter la conciliation entre travail et vie familiale. Martin Kröger de la BDA considère ainsi que « c'est aux Länder d'assumer l'activation de la politique familiale ». Sauf contraintes, les entreprises ne chercheront donc pas à développer des crèches pour leurs employés.

Dans ces conditions, les représentants du ministère des Affaires sociales, l'expert Eugen Spitnägel comme les représentants de la Fédération des employeurs allemands (la BDA) que nous avons rencontrés ont tous souligné la nécessité d'élever le niveau de qualification de la population active en attirant les étudiants étrangers ou en augmentant la durée de la journée scolaire ce qui permettrait à plus de femmes de rejoindre le marché du travail (ou de ne pas le quitter prématurément). Mais généraliser l'école à plein temps nécessiterait un consensus politique qui sera compliqué à obtenir. Aucune majorité gouvernementale ne pourra en tout cas l'imposer facilement car l'enseignement est une prérogative des Länder...

3.

REGARDS DES ACTEURS

Quant à la solution de l'immigration, seule la BDA l'accueille ouvertement, cette question semblant être tabou chez les organisations syndicales. Dans le Land de Brandebourg on compte 130 000 immigrés dont 30 % sont diplômés universitaires et la moitié chômeurs, « les Länder de l'ouest les plus industrialisés (comme la Bavière, le Bade Wurtemberg ou la Hesse) ont attiré tous les immigrés peu qualifiés pour s'offrir une main-d'œuvre à bas coût, or nous avons besoin d'une immigration faite d'ingénieurs et d'ouvriers hautement qualifiés », souligne un représentant du DGB. S'ils ne sont pas d'accord pour encourager ouvertement l'immigration, DGB et BDA s'accordent néanmoins pour estimer à 400 000 le nombre d'immigrés que l'Allemagne devrait accueillir tous les ans pour combler les pénuries d'ouvriers hautement qualifiés, sans quoi, des entreprises ne seront plus en mesure d'honorer leurs commandes ou bien comme le souligne la BDA, « il nous faudra délocaliser en Europe ou aux frontières de l'Allemagne, et dépouiller nos voisins de leurs diplômés ».

Outre le vieillissement de la population (et donc également de la population active), on peut aussi observer une tendance à la segmentation du marché du travail en Allemagne. Au cours de la dernière décennie, l'Allemagne a connu un fort développement du travail intérimaire (qui concerne aujourd'hui 900 000 personnes). Les mini-jobs évoqués plus haut concernent aujourd'hui deux fois plus de personnes qu'en 1999. Par définition leur activité professionnelle leur apporte moins de 400 € par mois ce qui leur vaut une exonération totale de charges salariales. Si cette activité peut être complémentaire d'un contrat de travail, cela ne concerne qu'une minorité de mini-jobbers. On trouve parmi les mini-jobbers un nombre important de conjoint dont le mari exerce une activité professionnelle apportant l'essentiel des ressources du foyer. Les mini-jobbers sont particulièrement nombreux dans le secteur des services, notamment le commerce et la restauration. Par ailleurs, les CDD ont également eu tendance à se développer, notamment chez les jeunes actifs. Aujourd'hui, selon le DGB, une majorité de jeunes Allemands n'obtiennent pas de CDI avant d'atteindre l'âge de 35 ans...

Face au vieillissement de la population, la stratégie adoptée (outre les récentes mesures de conciliation entre vie familiale et vie professionnelle trop récentes pour avoir des impacts notables) a été de permettre l'activation du marché du travail des seniors. Toutefois, cette évolution est aujourd'hui bien engagée parmi les personnes âgées de plus de 64 ans, seules 20 % sont au travail (la moitié pour des petits boulots) et 80 sont à la retraite ou en incapacité...

3

REGARDS DES ACTEURS

L'activation du marché du travail chez les seniors est également passée par plusieurs réformes du système des retraites. La dernière – qui est mal passée dans l'opinion allemande – a relevé l'âge légal du départ à la retraite de 65 à 67 ans entre 2012 et 2029. Et, pour faire face à la baisse prévisible du taux de remplacement, le gouvernement Schröder a complété le système principal en répartition par une dose de capitalisation. Il a encouragé le développement de l'épargne retraite avec les plans Riester. La réforme Riester a étendu à tous les actifs occupant un emploi soumis à cotisations le droit de souscrire à un plan de retraite par capitalisation dans lequel le salarié peut convertir une partie de son salaire selon les termes d'un contrat conclu au niveau de l'entreprise (éventuellement en complément d'un traditionnel contrat d'Assurance retraite d'entreprise conclu au niveau des branches professionnelles).

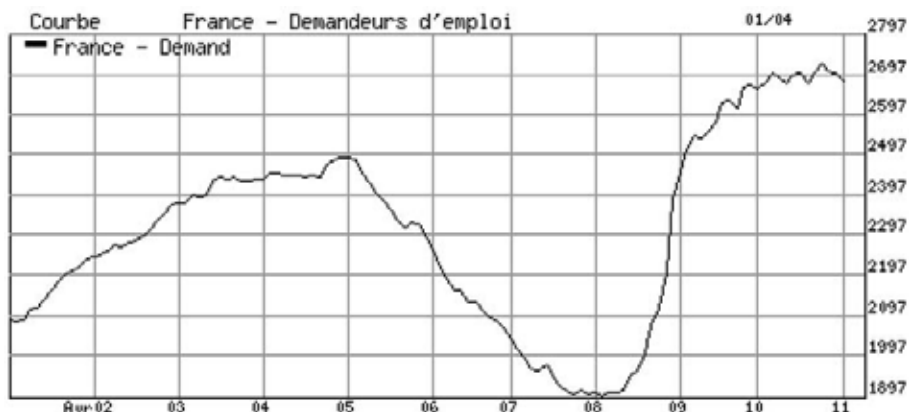
Le recul de l'âge de départ à la retraite pèse davantage sur les pensions des femmes, qui sont nettement inférieures à celles des hommes ; et au sein de la population féminine, elle défavorise les Allemandes de l'ouest dont les pensions sont en moyenne moitié moindres que celles des hommes. Encore s'agit-il des pensions de retraite (droits directs) des femmes ayant exercé une activité professionnelle soumise à cotisation ; celles qui n'ont pas cotisé perçoivent des pensions de réversion (droits dérivés) dont paradoxalement le niveau peut être supérieur. Le tableau est un peu moins sombre à l'est où, en tenant compte des périodes d'activités et des droits indirects, assez généreux en comparaison des autres pays européens, certaines veuves atteignent le niveau moyen de pension que perçoivent les hommes avec une seule pension. Les Allemandes de l'ouest, contraintes de mettre entre parenthèses leur vie professionnelle faute de structures d'accueil pour la petite enfance en nombre suffisant, ont souvent accumulé moins d'annuités que les Allemandes de l'est.

Au total, le « miracle économique » allemand dont il reste à voir s'il saura tenir face à la nouvelle bourrasque apportée par la crise des dettes souveraines, doit donc être nuancé par l'existence d'un « mirage social » impactant les couches sociales les plus fragiles de la société allemande. L'innovation tous azimuts, la tradition d'épargne des ménages et des entreprises et l'absolue priorité donnée au « made in Germany » permettent aujourd'hui à l'Allemagne d'avoir une balance commerciale excédentaire et une production manufacturière de très hauts niveaux. Mais ce résultat est obtenu au prix d'une flexibilisation du marché du travail générant une dichotomie voire une dualité entre des insiders bénéficiant de l'État social bismarckien et des outsiders (les travailleurs à temps partiel, les jeunes sans qualification). Par ailleurs, cet effort d'adaptation et de compétitivité

3.

REGARDS DES ACTEURS


a été obtenu au prix de réformes sociales auxquelles les Allemands ont jusqu'ici consenti. Ils devront pourtant consentir à de nouveaux sacrifices pour pallier leur déficit démographique... Sont-ils prêts à le faire ? Il n'est pas sûr en effet que l'électorat allemand dont l'âge moyen ne cesse de progresser acceptera une nouvelle fois qu'on rogne sur ses prestations retraites.



Copyright Boursorama - www.boursorama.com



Copyright Boursorama - www.boursorama.com



PLFSS 2012 : une impression de cafouillage pour conclure une législature placée sous le signe de la dégradation des comptes

Maurice Trépreau

Chercheur associé au LARGOTEC, Université Paris Est

Le PLFSS pour 2012 peut-il être abordé comme celui de l'année précédente ? Plusieurs raisons poussent à une réponse négative. Il s'agit tout d'abord d'un PLFSS en année présidentielle et l'expérience de 2002 et de 2007 nous ont montré qu'un PLFSS d'année présidentielle constitue un objet spécifique. Le dépassement de l'ONDAM le plus important depuis la création de cet instrument de régulation des dépenses a été constaté en 2002, tandis qu'en 2007, le nouveau Gouvernement, à peine nommé, a dû arrêter des mesures d'économies rendues nécessaires par l'unique déclenchement de la procédure d'alerte pour dépassement excessif de l'ONDAM connue à ce jour.

Une deuxième raison peut nous conduire à traiter ce PLFSS un peu différemment puisqu'au-delà de l'analyse de son contenu, il peut aussi être le prétexte à un bilan de la législature qui s'achève.

Une mise en perspective quinquennale serait d'autant intéressante que lors de sa présentation le PLFSS pour 2012 ne contenait aucune véritable aspérité. Adossé aux décisions prises l'année dernière (réforme des retraites, transferts de la dette vers la CADES, détermination du taux de progression de l'ONDAM pour la période 2011-2014), le PLFSS pour 2012 n'est en fait qu'un texte de circonstances, compatible avec une année électorale majeure. À l'origine, le PLFSS pour 2012 se caractérise essentiellement par la recherche de nouvelles recettes telles que l'augmentation du forfait social, l'aménagement de l'assiette de la CGS, de la C3S, l'intégration des heures supplémentaires dans le calcul des aménagements Fillon, l'augmentation de la fiscalité sur les alcools ainsi que les traditionnelles mesures de maîtrise des dépenses d'Assurance maladie évaluées

3

REGARDS DES ACTEURS

relatif à la question des arrêts maladie (et de la création d'un jour de carence supplémentaire), le second relatif à l'impuissance du Gouvernement à boucler le dossier du secteur optionnel.

A. Un PLFSS caduc avant même son adoption

Fait suffisamment exceptionnel pour être souligné, pour la première fois depuis la création des lois de financement de la Sécurité sociale, l'équilibre financier présenté dans le projet de loi initial est remis en cause avant même l'achèvement de la procédure parlementaire dont la durée est pourtant limitée à 50 jours.

Cet évènement est d'autant plus exceptionnel que l'ONDAM par exemple n'a été modifié qu'une seule fois en cours d'examen du PLFSS, en 2006, afin de relever le montant de l'objectif de soins de ville, et non pas pour réduire les dépenses.

L'argument de la caducité des tableaux d'équilibre contenus dans le PLFSS pour 2012 a été développé dans un premier temps par les orateurs de l'opposition. Dans un second temps, après la révision à la baisse de ses prévisions économiques pour 2012, le Gouvernement a reconnu lui-même que les hypothèses sur lesquelles étaient bâties le PLFSS étaient trop optimistes et que l'équilibre financier du texte devait être ajusté.

Les amendements déposés par le Gouvernement à ce stade de la procédure parlementaire ont eu pour effet de rectifier le montant de l'ONDAM pour 2012 (et de ramener son taux de progression de 2,8 % à 2,5 %), de réduire le montant des objectifs de dépenses des différentes branches mais également de proposer un nouveau cadrage pluriannuel de l'évolution des recettes et des dépenses de l'ensemble des régimes de Sécurité sociale (annexe B).

Les modifications apportées aux objectifs de dépenses précisent la répartition de la contribution de la Sécurité sociale au plan d'économies annoncé par le Premier ministre, soit 700 millions, ce qui représente 10 % de l'effort total pour 2012. L'Assurance maladie et la vieillesse sont les deux branches mises à contribution à titre principal.

Un effort de 500 millions supplémentaires par rapport au texte initial est prévu dans ce cadre sur les dépenses d'Assurance maladie. Il devrait porter en priorité sur le prix des médicaments. Par ailleurs une économie de 120 millions d'euros devra être réalisée sur les dépenses de gestion



des Caisses de Sécurité sociale bien que ces dernières aient signé, parfois très récemment, des conventions d'objectifs et de moyens pluriannuelles avec l'État. Enfin 100 millions d'économies devront être réalisés sur les fonds de la Protection sociale (notamment les fonds contribuant au financement de la politique de prévention).

Les modifications proposées par le Gouvernement ne se limitent pas à l'année 2012. Le taux de progression de l'ONDAM pour les quatre années à venir pourtant fixé par la loi de programmation de finances publiques 2011-2014 a été abaissé de 0,3 % (2,5 % au lieu de 2,8 % pour la période 2012-2015), tandis que l'annexe B (rapport sur les prévisions de recettes et de dépense pour les quatre années à venir) fait désormais apparaître une réduction du déficit sur les années 2012 à 2015.

Cette baisse du déficit est rendue possible par l'adoption de la mesure d'économie la plus spectaculaire proposée dans ce cadre : l'accélération du relèvement des bornes d'âge pour le départ en retraite. Cette mesure entraînera une économie de 130 millions d'euros dès 2012 (dont 60 millions pour le régime général) et atteindra, en 2015, 500 millions pour le régime général et 700 millions pour l'ensemble des régimes. Au total c'est une économie de 2,8 milliards d'euros sur la période 2012-2016 qui est attendue pour l'ensemble des régimes de base (dont 706 millions pour la Fonction publique), et de 4,4 milliards, pour la même période, pour l'ensemble des régimes (incluant les régimes complémentaires).

Le Gouvernement attend une économie de 4,6 milliards d'euros sur la période 2012-2018 pour l'ensemble des régimes de base (dont 1,1 milliard pour la Fonction publique entre 2012 et 2017), et de 7,1 milliards, pour la même période, pour l'ensemble des régimes (incluant les régimes complémentaires) de ce relèvement des bornes d'âge.

Cette modification de la réforme adoptée l'année dernière devrait toucher environ 2 millions de personnes nées entre 1952 et 1954 (460 000 assurés nés en 1952 verront leur départ à la retraite décalé d'un mois, 486 000 assurés nés en 1953 le verront décalé de deux mois ; 502 000 assurés nés en 1954, de trois mois ; 507 000 assurés nés en 1955, de quatre mois).

In fine, l'accélération de la phase transitoire se traduirait par une diminution des déficits cumulés des régimes de retraite à hauteur de 4,4 milliards d'euros entre 2012 et 2016 et 7,1 milliards d'euros entre 2012 et 2018.

Si ces ajustements ont pour objet de tenir compte de la révision des prévisions économiques à la fin du troisième trimestre 2011, ils ne

3

REGARDS DES ACTEURS

préjugent d'une bonne exécution de la LFSS 2012 et du respect des objectifs ainsi redéfinis. L'évolution défavorable de la masse salariale constatée par l'ACOSS en cette fin d'année 2011, les prévisions économiques qui laissent présager d'une nouvelle révision à la baisse pourraient avoir des effets sur l'équilibre financier de la Sécurité sociale et provoquer un dépassement des objectifs pourtant révisés par le Gouvernement. Pour reprendre le titre d'un article paru dans un grand quotidien du soir à n'en pas douter le financement de la Protection sociale sera un casse-tête pour le Gouvernement élu en 2012.

Si on peut comprendre la nécessité de corriger l'équilibre financier du PLFFS pour 2012, la procédure retenue est des plus déroutantes. Dans un premier temps, le Gouvernement a choisi de recourir à un PLFFS rectificatif. Courante en matière de loi de finances, cette procédure est exceptionnelle pour une loi de financement. Prévue dès l'origine, elle n'a jamais été appliquée avant 2011, à tel point que les observateurs considéraient qu'il s'agissait d'une procédure tombée en désuétude, le découpage de la LFSS en quatre parties permettant de procéder aux rectifications infra-annuelles nécessaires.

Le Gouvernement a donc fait le choix d'un PLFFS rectificatif, et ce choix semblait rationnel, même s'il se traduisait par le vote de deux LFSS à l'automne. Cette procédure a été engagée selon la procédure habituelle, passage en conseil des ministres puis consultations des Caisses nationales de Sécurité sociale.

Cette solution a été soudainement abandonnée par le Gouvernement. Dans une interprétation peu orthodoxe de la procédure parlementaire, le Gouvernement a alors choisi de modifier le PLFFS pour 2012, lors de la nouvelle lecture du texte par l'Assemblée Nationale après l'échec de la commission mixte paritaire.

Pour justifier ce choix le Gouvernement s'est appuyé sur une double analyse. Il a d'une part considéré que les modifications qu'il souhaitait apporter au texte avaient un lien direct avec les dispositions restant en discussion, et, d'autre part que ces amendements déposés en nouvelle lecture ont pour objet de respecter l'exigence de sincérité de la loi de financement. Il faudra attendre la décision du Conseil constitutionnel pour savoir si les juges ont été sensibles à cette argumentation et l'ont considéré comme conforme à leur jurisprudence relative à la procédure parlementaire.



B. Des débats confus, des débats enfouis

Compte tenu de son caractère annuel, le PLFSS est souvent le véhicule législatif de décisions, qui sans remettre en cause les principes de notre système de Sécurité sociale constituent des évolutions certes mineures mais qui mises bout à bout peuvent constituer des révolutions silencieuses. On peut citer au cours des années précédentes la création des franchises médicales ou la participation des organismes complémentaires en santé aux négociations conventionnelles.

Le PLFSS 2012 ne déroge pas à cette règle. Deux débats sont venus illustrer cette pratique, l'un confus et incertain, est venu modifier les règles au versement des indemnités journalières versées aux salariés en arrêt maladie, l'autre souterrain, pourrait modifier durablement les conditions de prise en charge des dépassements d'honoraires demandés par les médecins.

Le débat sur les indemnités journalières est un modèle de confusion à triple titre. D'abord sur le plan de la procédure législative, initialement insérée dans le PLFSS, cette mesure figure *in fine* dans le PLF. Ensuite en termes de communication, on ne sait pas clairement s'il s'agit d'une mesure de lutte contre la fraude ou une simple mesure d'économies. Enfin, pas moins de trois tentatives ont été nécessaires pour déterminer un dispositif qui puisse rallier la majorité des suffrages à l'Assemblée Nationale.

Dans cette affaire, l'objectif affiché du Gouvernement est de renforcer sa politique de maîtrise des dépenses d'Assurance maladie. Il cible son action sur une dépense qui progresse beaucoup plus vite que les autres, puisque le montant des indemnités journalières, 6,6 milliards d'euros en 2011, a connu une augmentation de 5 % en 2009 et de 3,9 % en 2010.

Pour limiter l'augmentation de ce poste de dépenses, le Gouvernement a initialement proposé de recourir à un nouveau mode de calcul des indemnités journalières qui aurait été désormais basé sur un part du salaire net (60 %) au lieu de prendre comme référence le salaire brut. Cette modification a été présentée comme purement technique et n'a pas été acceptée par le Parlement. Le Gouvernement a alors proposé la création d'un quatrième jour de carence pour les salariés du privé, et parallèlement, au nom de l'égalité de traitement entre public et privé, l'instauration d'un jour de carence dans la Fonction publique. Nouvel épisode de confusion, nouveau refus de la majorité parlementaire qui ne trouve pas cette solution satisfaisante. La solution retenue en dernier ressort prévoit la baisse du plafond de calcul des indemnités journalières. Le salaire maximal sur lequel sont

3

REGARDS DES ACTEURS

basées les IJ sera réduit de 2 946 € (plafond mensuel de la Sécu) à 2 457 €. Les salariés supérieurs à 1,8 le SMIC seront pénalisés avec un manque à gagner pouvant atteindre 200 € par mois d'arrêt. Cette réforme, qui fera l'objet d'un décret, ne concernera que les arrêts maladie démarrés après le 1^{er} janvier 2012. Le Gouvernement espère réduire les dépenses de l'Assurance maladie de 150 millions d'euros l'an prochain, et d'environ 200 millions les années suivantes. Parallèlement l'instauration d'un jour de carence pour les fonctionnaires est maintenue. Cette mesure sera accompagnée d'un renforcement des contrôles sur les arrêts de courte et de longue durée dans les secteurs public et privé.

Un autre débat a eu lieu de manière beaucoup plus discrète à l'occasion de ce PLFSS. Il concerne le secteur optionnel, c'est-à-dire concrètement la manière dont le Gouvernement entend traiter la question des dépassements d'honoraires. Derrière cette rapide présentation se dissimule un sujet extrêmement complexe, en suspens depuis 2004 et la signature d'un accord sur l'avenir de la chirurgie française. Dans ce dossier, le Gouvernement promeut la signature d'un avenant à la convention médicale qui permettrait la prise en charge des dépassements d'honoraires par les assureurs complémentaires. La question des dépassements d'honoraires, régulièrement pointée comme l'une des principales difficultés d'accès aux soins, serait ainsi gommée puisque ce sont les assureurs complémentaires qui assureraient la « solvabilisation » des assurés. Une telle évolution mériterait un débat public et une analyse approfondie de ses conséquences (le secteur 1 survivra-t-il à la création du secteur optionnel ? Comment les assureurs complémentaires financeront-ils les dépassements ?). Tel n'est pas le cas. Par contre, le PLFSS pour 2012 est utilisé pour faire pression sur les partenaires conventionnels et les inciter à conclure très rapidement l'avenant sur le secteur optionnel.

L'action du Gouvernement en ce domaine fait apparaître une certaine confusion. Tout d'abord, sa volonté de « passer en force » en cas d'échec des négociations conventionnelles doit être regardé au regard de tentatives précédentes. L'affaire dure depuis 2004. À l'occasion du PLFSS pour 2007, le Gouvernement avait déjà fait une première tentative d'intervention législative qui s'est soldée par un échec, le Conseil constitutionnel censurant la mesure pour des motifs de procédure. Dans un deuxième temps, la loi HPST avait donné aux partenaires conventionnels jusqu'au 15 octobre 2009 pour parvenir à un accord sur le secteur optionnel, à défaut, le Gouvernement prendrait les dispositions nécessaires par arrêté. La disposition figurant dans le PLFSS pour 2012 est donc la troisième tentative du Gouvernement de faire pression sur les partenaires conventionnels.



Le dispositif proposé par le Gouvernement impose aux partenaires conventionnels d'aboutir à la conclusion d'un avenant dans le mois qui suit la promulgation de la loi, c'est-à-dire approximativement fin janvier 2012. Cet avenant, qui concerne les chirurgiens, obstétriciens et anesthésistes exerçant à titre libéral en secteur 2, doit les autoriser à « pratiquer de manière encadrée des dépassements d'honoraires pour une partie de leur activité ».

À défaut d'accord, le Gouvernement se réserve la possibilité, durant deux mois, soit avant la fin mars, de modifier la convention médicale « à cet effet », en portant notamment à 50 % le taux d'encadrement des dépassements d'honoraires qui existe aujourd'hui pour les médecins ayant adhéré à l'option de coordination.

La démarche du Gouvernement est paradoxale. Outre le fait qu'il fasse ouvertement pression sur les partenaires conventionnels, il ne semble pas lui-même convaincu par sa démarche. En effet, la mesure figurant dans le PLFSS pour 2012 ne trace pas les contours d'un nouveau secteur tarifaire, le secteur optionnel, mais se borne à prévoir l'élargissement de l'option de coordination, en portant de 20 % à 50 % le taux de dépassement autorisé pour les actes techniques destinés aux patients dans le cadre du parcours de soins coordonnés. Or, tous les médecins en secteur 2 peuvent adhérer à cette option, et non pas seulement ceux des trois spécialités visées par le secteur optionnel (chirurgiens, anesthésistes et obstétriciens) qui ne sont d'ailleurs pas les seules à pratiquer des actes techniques.

L'action du Gouvernement se borne donc à encourager une disposition tout à fait marginale à laquelle 1 322 médecins seulement y étaient adhérents en 2009. Le Gouvernement ne cherche donc pas véritablement à imposer la création d'un secteur optionnel avant l'élection présidentielle. La question des dépassements d'honoraires demeure donc en suspens alors qu'elle constitue un enjeu central de toute politique d'accès aux soins.

II. La lutte contre la fraude, objectif prioritaire de la Sécurité sociale depuis le début de la législature

La législature qui s'achève a vu la lutte contre la fraude érigée comme objectif prioritaire de la Sécurité sociale. De fait, les Pouvoirs publics avaient manifesté un regain d'intérêt pour la lutte contre la fraude à compter de

3

REGARDS
 DES ACTEURS

claire et consensuelle se heurte à la difficulté de caractériser tous les comportements des assurés. Il convient en effet de distinguer d'une part la fraude, et, d'autre part des comportements assimilables à des inobservances de la réglementation comme les retards, erreurs ou oublis de déclaration des assurés. La branche Maladie doit également caractériser les actions des offreurs de soins et établir une distinction entre fraude et abus. Ces derniers sont définis par une circulaire du directeur de la CNAMts (30-2006) comme l'« usage avec excès d'un bien, d'une prérogative ou d'une pratique outrepassant les niveaux acceptables par incompetence, complaisance ou négligence » constitué par un écart non pas entre « les pratiques et les normes législatives ou réglementaires, mais entre les premières et les référentiels médicaux ».

Outre ces problèmes de frontière entre fraude et autres comportements, l'élaboration et l'évaluation de cette politique doivent également tenir compte de différences d'appréciation en fonction de la culture propre à chaque branche. Ainsi une enquête de la Cour des comptes a mis en exergue le fait que les CPAM éprouvent des réticences à qualifier de frauduleux des comportements que la Cour estime manifeste. Deux exemples étaient ainsi cités : le cas des médecins « hyper-actifs » (+ de 20 000 consultations par an), les consultations pour la délivrance d'un certificat d'aptitude au sport qui ne doivent pas être facturées mais qui font parfois l'objet d'une feuille de soins. Or, dans ces situations, la moitié des Caisses (respectivement 61 % et 51 % d'entre elles) ne considère pas ces comportements comme frauduleux.

La complexité du phénomène n'a néanmoins pas empêché l'élaboration d'une définition commune sous l'égide de la Délégation nationale à la lutte contre la fraude. Cette définition caractérise la fraude sur le fondement de trois éléments : un acte intentionnel, commis au détriment des finances publiques et entraînant un préjudice. Cette définition est encore soumise à des interprétations diverses. C'est ainsi qu'une circulaire du ministère du Budget propose une approche plus large en considérant comme fraude toute irrégularité, acte ou abstention ayant pour effet de causer un préjudice aux finances publiques. Malgré ces difficultés, l'existence d'une fraude aux prestations sociales et la nécessité de la sanctionner est maintenant une préoccupation partagée par l'ensemble des acteurs.

L'évaluation du préjudice financier subi par les Caisses était nécessaire pour définir et calibrer les moyens à mettre en œuvre pour lutter contre la fraude.

3

REGARDS DES ACTEURS

Le conseil des prélèvements obligatoires et l'ACOSS font état d'une fraude comprise entre 8 et 15,8 milliards d'euros pour les prélèvements tandis que la Cour des comptes estime que la fraude aux prestations est comprise entre 2 et 3 milliards d'euros. S'appuyant sur ce constat, l'Assemblée Nationale (mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la Sécurité sociale sur la lutte contre la fraude sociale, juin 2011) a donc estimé que la fraude sociale représente un montant annuel de 20 milliards d'euros. Un chiffre à analyser avec précaution puisqu'il s'agit de la fourchette haute des estimations faites par différents organismes publics (outre le fait que son impact médiatique est multiplié par la proximité entre ce montant et le déficit annuel de la Sécurité sociale). Il convient en outre de souligner que cette estimation globale agglomère fraudes aux prestations et aux prélèvements. Une analyse approfondie de la lutte contre la fraude nous conduirait à mettre en exergue les distinctions sur la nature de ces fraudes et les acteurs concernés.

Comment arrive-t-on à estimer le montant des fraudes aux prestations et aux prélèvements ? S'il existe plusieurs moyens d'évaluer la fraude sociale, la méthode la plus souvent utilisée consiste à extrapoler les résultats à partir d'un échantillon d'assurés sociaux ayant fait l'objet d'un contrôle. Les Pays-Bas, l'Irlande ou encore la Grande-Bretagne procèdent ainsi. Selon cette méthode le national audit office britannique a estimé à partir d'un échantillon de 40 000 dossiers qu'environ 1,3 % des prestations sociales ferait l'objet d'une fraude. Selon une méthode statistique proche, le Government Accountability Office (GAO) américain estimait, en mars 2011, que la fraude représentait jusqu'à 9 % des programmes Medicaid et Medicare.

Appliquant cette étude par extrapolation à partir d'un échantillon d'assurés, la CNAF a ainsi estimé le taux d'allocataires auteurs de fraude à 2,15 % de l'ensemble des allocataires.

B. Une nouvelle architecture de lutte contre la fraude pour accentuer l'action des Caisses

En réponse à un système jugé désorganisé et peu efficace dans la lutte contre la fraude, une nouvelle architecture institutionnelle a été conçue. Placée sous l'autorité du ministère des Comptes publics, en charge de la Sécurité sociale, rappelons-le, la Délégation nationale de lutte contre la fraude, créée en 2008, a reçu pour mission de veiller aux actions menées par les Caisses. Cette création fait suite à la création d'un Comité de lutte



contre les fraudes en matière de Protection sociale deux ans auparavant, devenu Comité national de lutte contre la fraude. Cette délégation n'a pas vocation à se substituer aux autres intervenants mais à piloter la lutte contre la fraude.

Parallèlement, toutes les Caisses nationales de Sécurité sociale ont mis en place des services dédiés à la lutte contre la fraude. Le caractère prioritaire de la lutte contre la fraude a également été inscrit dans les COG, dont la dernière génération est plus volontariste dans le domaine.

Parallèlement d'autres outils conçus avec l'ambition d'améliorer l'efficacité de la lutte contre la fraude ont vu le jour. La carte Vitale 2 munie d'une photographie en est l'un des premiers exemples ; le Répertoire National Commun de la Protection Sociale (RNCPS), créé par la LFSS pour 2007, le plus emblématique. Ce répertoire doit être commun aux organismes chargés d'un régime obligatoire de base, aux Caisses assurant le service des congés payés et aux ASSEDIC. Il comprendra des informations partagées sur l'identification des bénéficiaires, leur rattachement administratif aux différents organismes qui leur servent des prestations ainsi que sur les droits ouverts, la nature des prestations ou avantages et l'adresse déclarée pour leur versement.

Ce répertoire sera ouvert aux organismes de la branche Recouvrement dans le cadre de l'exercice de leurs missions, particulièrement celles touchant à la lutte contre le travail illégal. Il constituera aussi un outil permettant de traiter plus facilement les échanges prévus par le Code de la Sécurité sociale avec les administrations fiscales.

Il est également prévu d'ouvrir les échanges d'informations aux collectivités territoriales pour répondre à leur besoin d'informations dans le cadre de l'exercice de leurs compétences touchant à l'aide sociale.

Il utilise le numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques comme identifiant de ce nouveau répertoire commun.

Sur le plan technique, ce nouveau répertoire constitue le prolongement de l'actuel répertoire national interrégimes des bénéficiaires de l'Assurance maladie, fichier recensant l'ensemble des assurés des régimes obligatoires d'Assurance maladie et comportant le NIR.

Ces évolutions institutionnelles peinent à se mettre en œuvre. En 2010, la Cour des comptes a considéré que si les COG reflètent une prise de conscience des enjeux liés à la lutte contre la fraude, les progrès semblent encore insuffisants. Les engagements souscrits dans le cadre

3

REGARDS DES ACTEURS


des COG seraient trop peu contraignants car ils ne portent pas une attention suffisante aux effectifs affectés aux contrôles, que les indicateurs ne sont pas mobilisateurs et que le calcul de l'intéressement des agents ne tient pas compte des performances en matière de lutte contre la fraude.

Le récent rapport de l'Assemblée Nationale n'a pas manqué de souligner de son côté que le répertoire commun peine à sortir des limbes malgré la volonté affichée du Gouvernement, le décret d'application n'a été adopté que trois ans après l'adoption de la loi. L'interconnexion des fichiers était pourtant présentée comme un moyen efficace de lutte contre la fraude.

La définition d'une nouvelle architecture de lutte contre la fraude a été complétée par la construction d'un nouveau dispositif de sanctions, et notamment de sanctions financières rendues possibles depuis la loi de 2004 dans la branche Maladie. Les pénalités financières ont été progressivement étendues aux branches Vieillesse et Famille par la LFSS pour 2006, tandis que les LFSS 2009 et 2010 ont adapté ces dispositifs pour ces trois branches.

Les Pouvoirs publics considèrent que désormais les organismes de Sécurité sociale disposent d'une gamme de sanctions graduées, administratives et financières, qui doivent leur permettre de sanctionner les fraudes constatées.

En 2010, les fraudes aux prestations et aux prélèvements détectées représentent un montant de 458 millions d'euros (380 millions en 2009). Les fraudes détectées sont en augmentation constante, fruit d'une politique constante et d'une prise de conscience des organismes et des agents de la Sécurité sociale. Pour autant, ce résultat ne constitue, pour reprendre les propos de Dominique Libault, ancien directeur de la Sécurité sociale, que la partie émergée de l'iceberg.



Les réformes modernes du système de retraite en Lituanie : l'impact de la crise et du vieillissement de la population

Audrius Bitinas

Professeur à l'Université Mykolas Romeris, Vilnius (Lituanie)

Le but de cet article est de définir la construction du système moderne de retraite de Lituanie du XXI^e siècle, influencée par la dernière crise économique et les défis sociaux (le vieillissement, l'augmentation des dépenses sociales) et d'analyser les réformes du système de retraite. Les problèmes du système de retraite de Lituanie sont similaires aux autres pays de l'Union européenne. Le développement des garanties d'Assurance retraite en Lituanie est un problème actuel, sachant que la tâche principale du système de retraite est de créer pour chaque membre une source stable et adéquate du revenu de retraite et de mettre en œuvre l'idée de justice sociale sans réduire les garanties de la Protection sociale de l'État.

267

Introduction

Le but de l'assurance sociale en Lituanie est de réduire la pauvreté et de protéger les personnes contre la pauvreté due à la survenance de risques sociaux, de promouvoir l'inclusion sociale et l'équité entre les différents groupes sociaux. Les moyens disponibles ne sont pas suffisants pour répondre aux nouveaux défis. Cela est particulièrement évident en ce qui concerne l'objectif principal – élargir la couverture sociale à tous, surtout au-delà de l'économie formelle et pour la population vivant dans une pauvreté¹. Dans le même temps les réformes de la Sécurité sociale en Lituanie doivent correspondre aux objectifs internationaux – promouvoir le développement économique, la cohésion sociale et la démocratie.

1. International Labour Office (2011), « Social security and the rule of law: General survey concerning social security instruments in light of the 2008 Declaration on social justice for a fair globalization » (LC.100/III/1B), Geneva.

Le concept traditionnel de l'État-providence a changé en raison de l'augmentation des coûts de la Sécurité sociale et le ralentissement de l'économie, donc les États ont essayé de trouver de nouvelles formes d'organisation et de gestion des systèmes de Sécurité sociale. Aujourd'hui, nous pourrions souligner les défis communs pour les systèmes européens de Sécurité sociale : les demandes de choix personnel en plus et l'amélioration de la qualité dans les services et les avantages ; les incidences de la mondialisation (augmentation des flux des personnes, des biens, des services et des capitaux à travers les frontières nationales) ; le vieillissement démographique ; les conséquences fiscales et sociales de la crise économique actuelle².

L'analyse des réformes de retraite récentes ont rendu les systèmes de retraite plus vulnérables aux chocs économiques et ont déplacé les risques financiers et économiques pour les individus. Mais il faut souligner que la plupart des débats sur la réforme de retraite ont été implicitement analysés ces dernières décennies par le besoin de la stabilisation financière, non pas par la stabilisation sociale. La stabilisation sociale implique que le niveau des pensions n'est pas autorisé à descendre en dessous du repère minimal – par exemple l'article 65 (1) de la Convention n° 102 de l'OIT exige que le niveau d'une pension soit à moins 40 % du total des gains du bénéficiaire après 30 années de service³.

Les réformes d'Assurance retraite et la gouvernance efficace du système devraient être mises en place après l'analyse des meilleures pratiques des autres pays, l'identification des phénomènes sociaux, économiques et culturels et après la révision des changements nécessaires dans le système de retraite pour prévenir les futurs chocs financiers.

I. La construction du système moderne de retraite

Jusqu'à la récession économique, la Lituanie a réformé en général le système de retraite en 1995 et en 2003. Le modèle de système de retraite de la Lituanie est basé sur des principes classiques bismarckiens. Le budget de l'assurance sociale était excédentaire de 2002 à 2008.

2. International Social Security Association (2010), « Dynamic social security for Europe: choice and responsibility, developments and trends », Geneva, p. 93.

3. International Labour Office (2011), « Social security for social justice and a fair globalization », Geneva, pp. 62-63 ; 113-117.

3 REGARDS DES ACTEURS

Les dépenses de pension en Lituanie en 2007 n'étaient que de 6,8 % du PIB et c'était presque deux fois plus bas que la moyenne de l'UE-27 (11,8 % du PIB en 2007) : cela est dû au fait que les pensions dans le cycle de la croissance économique ont augmenté à un rythme plus lent que la croissance du PIB. Le taux de remplacement de retraite (travailleur masculin à 65 ans après 40 ans de carrière) dans le premier pilier va diminuer de 48 à 35 % en 2048⁴.

Les dépenses de pension en Lituanie vont augmenter : le changement (2007-2060) des dépenses liées à l'âge sera de 4,6 % du PIB (dans l'UE-27 il sera de 2,4 % du PIB sur la période 2007-2060). Mais en dépit des prévisions négatives montrant une augmentation des dépenses de pensions en Lituanie, il y a certains facteurs qui pourraient atténuer l'augmentation des dépenses : le renforcement de l'admissibilité à une pension publique (par l'âge de la retraite et/ou un accès réduit au début de la retraite, l'introduction des alternatives à la retraite anticipée), le taux d'emploi plus élevé et la générosité des pensions réduites par rapport aux salaires⁵.

Selon les projections de l'Eurostat et du ministère de la Protection sociale et du Travail de la Lituanie, la population de la Lituanie va diminuer jusqu'à 2,5 millions en 2060, la population âgée (65 ans et plus) va doubler de 16 à 32,7 %. La Lituanie a un des taux les plus élevés négatifs de la migration dans l'UE-27 (- 4,6 %) et les émigrants sont majoritaires de 20 à 34 ans⁶. Mais en Lituanie le niveau d'emploi des travailleurs âgés (55-64 ans) reste relativement élevé (c'était plus élevé, 51,6 %, que dans l'UE-27, 46 %, en 2009)⁷.

Les réformes du système de retraite devraient être faites en conformité avec les principes de solidarité sociale et de la confiance légitime. L'article 52 de la Constitution de la République de Lituanie prévoit que l'État garantisse aux citoyens le droit à la retraite de la vieillesse et les pensions d'invalidité ainsi que de l'aide sociale en cas de chômage, de maladie, de veuvage, la perte du soutien de famille, et dans d'autres cas prévus par les lois. La Cour constitutionnelle de la République de Lituanie

4. European Commission (2010), « Joint report on pensions: Progress and key challenges in the delivery of adequate and sustainable pensions in Europe (country profiles) », EPC Secretariat, SPC Secretariat, Brussels, p. 88.

5. European Commission (2009), « The 2009 Ageing report: Economic and budgetary projections for the EU-27 member states (2008-2060) », Luxembourg.

6. European Commission (2010), « Joint report on pensions: Progress and key challenges in the delivery of adequate and sustainable pensions in Europe (country profiles) », EPC Secretariat, SPC Secretariat, Brussels, p. 87.

7. European Commission (2009), « The 2009 Ageing report: Economic and budgetary projections for the EU-27 member states (2008-2060) », Luxembourg.

dans l'arrêt du 26 septembre 2007 a noté, que le principe de la solidarité implique également que les personnes qui paient des cotisations d'assurance sociale, dans les conditions prévues dans la loi aient le droit de recevoir les pensions d'assurance sociale et/ou d'autres paiements.

La Cour constitutionnelle de la République de Lituanie dans la décision du 25 novembre 2002 a noté qu'une personne qui contribue aux cotisations d'assurance sociale a le droit à un paiement monétaire d'un montant respectable. La pension est sa propriété. Selon l'article 23 de la Constitution, ce droit doit être protégé et sauvegardé. Mais dans les conditions de la crise économique, il est possible de réduire les pensions. Après la crise économique (lorsque le budget de la Caisse nationale d'assurance sociale de l'État (dans le texte – la Caisse d'assurance sociale) sera équilibré), les pensions doivent être restituées et la partie réduite de la pension doit être compensée (décision de la Cour constitutionnelle du 20 avril 2010).

La dernière récession économique a fortement impacté les réformes lituaniennes. Par conséquent, les réformes ont commencé assez tard et le Gouvernement a dû couper les prestations de pension. En 2010 des réformes complexes du système de retraite ont été mises en place et des politiques principales dans ce domaine ont été conçues et adoptées.

A. L'assurance sociale obligatoire *pay-as-you-go* régime (premier pilier)

En Lituanie, existent les pensions de la vieillesse, d'incapacité de travail (invalidité), de veuves/veufs et les pensions d'orphelins (depuis 2004), un régime de retraite anticipée (5 ans jusqu'à l'âge de la retraite). L'âge légal de la retraite est de 62,5 ans pour les hommes (depuis 2003) et de 60 ans pour les femmes (depuis 2006) jusqu'en 2012. De 2012 à 2026 l'âge de la retraite sera progressivement augmenté jusqu'à 65 ans pour les hommes et les femmes.

Les cotisations d'assurance sociale pour les pensions sont de 23,3 % du salaire brut – les cotisations de l'employeur – et 3 % du salaire brut – les cotisations des employés –. En Lituanie, il n'y a pas de règles d'indexation automatique et les prestations de retraite versées par les régimes légaux ne sont pas taxables.

Une personne peut continuer à travailler et à percevoir à la fois son salaire et sa pension (à l'exception des mesures temporaires pendant la crise de 2010 à 2012).



La pension d'assistance sociale fournit un revenu minimum aux personnes non admissibles aux pensions d'assurance sociale (vieillesse, invalidité et survivants).

B. La réforme des retraites en 2003 et le régime de retraite financé par capitalisation (deuxième pilier)

En 2000, le Gouvernement de la République de Lituanie a adopté le Concept de la réforme du système de retraite. Ce Concept indique le but principal – changer le système de retraite de telle manière que les personnes à l'âge de la retraite pourraient obtenir un revenu de pension plus élevé, le système de retraite devrait devenir plus viable et pourrait couvrir l'ensemble de la population et l'effet de la redistribution dans le système doit être diminué. Le Concept prévoit également que le premier niveau (pilier) du système de pensions de la Lituanie devrait garantir la retraite de la Sécurité sociale d'État (vieillesse, invalidité, veuves/veufs et orphelins). Le deuxième niveau (pilier) est financé par les fonds de pension privés. Le troisième niveau (pilier) est un système de retraite complémentaire volontaire (les fonds de pension ou les fonds d'Assurance vie).

En juillet 2003, le Parlement a adopté la loi sur les Pensions par capitalisation. Cette loi prévoit que depuis le 1^{er} janvier 2004, la partie des cotisations sera transférée aux fonds de pension privés (si la personne décide de participer). Les raisons d'introduire un système de retraite par capitalisation ont été : la détérioration de la situation démographique, la durabilité du système de retraite et l'excédent dans le budget de la Sécurité sociale.

La réforme du système de retraite par capitalisation signifie que les obligations financières de l'État pour les futurs retraités seront réduites, mais une partie de la retraite par capitalisation doit garantir une retraite totale plus élevée (selon les résultats dans les marchés financiers), et doit encourager l'épargne sans augmenter le niveau des cotisations.

Le niveau des cotisations au système par capitalisation a été fixé par 2,5 % pour la première année et a été augmenté chaque année de 1 % à 5,5 % au maximum. Il n'y avait pas de restrictions de participation par l'âge (en dessous de l'âge légal de la retraite).

Les participants du système de retraite peuvent recevoir des prestations accumulées à l'âge de la retraite établie dans la loi sur les Pensions de la Sécurité sociale. Le volume de la somme accumulée dépend de la

3

REGARDS DES ACTEURS

période d'annuité, les cotisations transférées, les résultats des investissements et le niveau des coûts d'administration des fonds de pension. Chaque année, le fond de pension doit informer les participants sur le niveau de la somme accumulée.

La loi sur les Pensions par capitalisation indique que le manque de finances dans le budget de la Sécurité sociale (parce que les contributions sont versées aux fonds privés) peut être compensé par les ressources reçues après la privatisation de la propriété de l'État, du budget de l'État et d'autres sources de financement.

Environ 85 % des personnes couvertes par l'assurance sociale ont accumulé ce type de pension en 2010. Environ 30 % des participants sont inactifs (7 % de plus par rapport à 2009). 29 fonds de pension sont actuellement en Lituanie. Ils sont gérés par les sociétés de gestion.

La crise économique est fortement influencée par le système de retraite par capitalisation. La partie des cotisations d'assurance sociale transférée aux fonds de pension a été temporairement réduite de 5,5 à 2 % en 2009-2011.

C. Les régimes privés de retraite par capitalisation (troisième pilier)

L'accumulation volontaire peut être dans les fonds privés ou dans les sociétés d'Assurance vie.

En 2006, le Parlement a adopté la loi sur les Retraites professionnelles. L'objectif de cette loi est d'encourager les employeurs à offrir des garanties sociales supplémentaires pour les employés. Cette loi transpose la directive n° 2003/41EC du Parlement européen et du Conseil sur les activités et la surveillance des institutions de retraite professionnelle. Mais aujourd'hui, il n'y a pas de fonds de pension professionnel en Lituanie.

II. Les mesures pendant la crise économique

La crise économique de l'année 2008 a été un choc financier supplémentaire pour le système de retraite parmi les problèmes continus depuis ces dernières décennies : le vieillissement de la société, l'augmentation des coûts du système de retraite, les résultats instables du système de retraite par capitalisation et le ralentissement des marchés financiers.

3 REGARDS DES ACTEURS

De la récession économique de 2008, les problèmes du financement du système de retraite s'aggravaient dans les pays européens. La Lettonie et la Lituanie ont été fortement affectées par la crise économique. En Lituanie le PIB a reculé de 2,9 % (en 2008) à moins de 14,7 % (en 2009) et la croissance économique n'est revenue qu'en 2011 ; le taux de chômage est élevé de 5,8 % en 2008 à 17,8 % en 2010 ; le taux d'emploi (15-64 ans) a diminué de 64,3 % à 57,8 %. Selon les données d'Eurostat, la croissance de la dette du secteur public est passée de 15,6 % du PIB (2008) à 38,2 en 2010.

L'OIT a noté que les répercussions auront des conséquences pour les cotisants et influenceront probablement les personnes qui prennent leur retraite après la crise. Il faut noter que les fonds de pension dans de nombreux pays ont subi des pertes énormes pendant la crise mondiale.

L'OCDE a souligné que les fonds de retraite privés des pays de l'OCDE ont perdu 23 % de leur valeur en 2008. Les fortes garanties des pensions minimales peuvent fonctionner ici comme « stabilisateurs automatiques » du niveau de vie des retraités, mais il faut changer les structures administratives existantes⁸.

Le 28 octobre 2009, un accord national a été signé entre le Gouvernement de la République de Lituanie et les partenaires sociaux : les syndicats les plus importants, les entreprises, les employeurs et les organisations des retraités. En vertu de cet accord, le Gouvernement s'engage à appliquer des mesures de consolidation financière, y compris une réduction temporaire de toutes les pensions (jusqu'en 2012), mais les bénéficiaires des pensions les plus faibles seraient protégés :

- en 2010-2011, l'ensemble des pensions au-dessus du seuil de 650 LTL (1 € = 3,45 LTL) temporairement, a été réduit en moyenne de 5 % (l'exception est pour les handicapés qui ont perdu 75-100 % de la capacité de travail – pas de réduction) ;
- la réduction supplémentaire pour les retraités qui travaillent (réduction maximale – 70 % ; en moyenne – 17 %). Pas de réduction supplémentaire pour les handicapés qui travaillent.

Le Concept de la réforme de l'assurance sociale et du régime de retraite (approuvé par le Gouvernement le 15 juin 2010) a montré qu'il y a plusieurs problèmes dans l'Assurance retraite :

- le régime actuel des prestations permet la duplication des avantages ;

8. International Labour Office (2010), « World social security report 2010/2011: Providing coverage in times of crisis and beyond », Geneva, pp. 106-118.

3

REGARDS DES ACTEURS

- les prestations de retraite ont augmenté presque de 60 % au cours des sept dernières années (de 2003 à 2009) ;
- la pension de base a une grande signification pour le montant de la pension, tandis que l'impact des contributions versées par une personne ne se reflète pas suffisamment. Le système est peu attractif ;
- les avantages ne sont pas liés à l'espérance de vie ;
- le régime n'a pas des incitations à différer le versement d'une pension ;
- les prestations d'incapacité de travail et des besoins spéciaux sont insuffisamment transparents et contrôlés ;
- le régime d'assurance sociale est financièrement vulnérable, le fond de réserve n'est pas établi ;
- l'indexation des prestations de retraite n'est pas liée aux indicateurs économiques et démographiques et a un fort impact politique.

La crise économique a indiqué de nouveaux besoins pour les futures réformes dont l'objectif principal doit être la viabilité financière à long terme, la nécessité d'élargir le rôle de l'UE dans le domaine de la politique sociale et de trouver l'équilibre dans le système d'assurance sociale.

III. Les nouvelles réformes en 2011

La réforme du système de retraite doit se focaliser non seulement sur les mesures traditionnelles simples (réduire les prestations et augmenter les cotisations), mais il faut lancer un nouveau système de Sécurité sociale et implémenter les changements dans le droit du travail en même temps. Il faut mettre l'accent particulier sur les moyens spécifiques : augmenter l'emploi, trouver les formes plus flexibles d'emploi et des politiques sociales actives, examiner l'ensemble des prestations de Sécurité sociale (réduire ou éliminer certains avantages), évaluer la possibilité d'introduire des contributions sur les pensions (les pensions sont imposables dans de nombreux pays européens, mais les pensions ne sont pas taxables en Lituanie).

Le 15 juin 2010, le Concept de la réforme de l'assurance sociale d'État et régime de retraite a été approuvé. L'objectif de la réforme est d'établir des éléments essentiels de la réforme de l'assurance sociale d'État et régime de retraite. La nouvelle réglementation peut assurer la viabilité financière à long terme et le système peut garantir des prestations adéquates. Les principes suivants ont été indiqués :

3

REGARDS
 DES ACTEURS

- la séparation des pensions d'assurance sociale et d'autres prestations d'assurance sociale, la « purification » du régime. La séparation de la pension de base et la partie supplémentaire de la pension (liée au salaire) peut conduire à une relation plus forte et plus évidente entre les cotisations et les prestations. La fonction de protection contre la pauvreté doit être réalisée dans le régime de pension de base (ou nationale) financé par les impôts généraux ;
- l'établissement d'une relation claire et plus forte entre les cotisations et les prestations pour encourager les personnes à participer au régime d'assurance sociale ;
- mettre en place une procédure claire de l'indexation des prestations basées sur des critères objectifs ;
- accroître l'efficacité du régime d'accumulation de retraite, une meilleure réglementation et gestion du système ;
- l'expansion progressive du financement par les impôts généraux ;
- l'établissement d'une relation entre la Caisse d'assurance sociale et le budget de l'État en équilibrant les flux financiers, la coordination d'emprunt et le financement de l'accumulation de pension ;
- l'amélioration de l'administration de la Caisse d'assurance sociale.

Dans ce Concept des propositions ont été fixées pour la première étape de la réforme de l'Assurance retraite : augmenter l'âge de la retraite pour les femmes et pour les hommes jusqu'à 65 ans en 2027 ; éliminer des pensions privilégiées ; réviser les conditions pour l'octroi des annuités des sportifs et d'artistes.

A. Un accord politique à long terme

Le Concept de la nouvelle réforme de retraite en Lituanie a déjà été largement introduit dans la société. Le Parlement lituanien a atteint un large consensus politique et le 24 mai 2011 a adopté des Directives de la réforme de retraite et de la Sécurité sociale. La réforme va durer quelques décennies. La période transitoire débutera depuis 2012 et durera jusqu'en 2026. La deuxième étape débutera en 2027.

Le 8 juin 2011, le Gouvernement a adopté le plan des mesures d'application des Directives du Parlement et un calendrier pour la préparation des projets de lois.

L'objectif principal de la réforme est de s'assurer que les personnes recevront des pensions adéquates, que le fond d'assurance sociale sera stable et non déficitaire et que le système de retraite pourra s'adapter plus

3

REGARDS DES ACTEURS

facilement aux changements économiques et démographiques. Plusieurs principes ont été indiqués dans les Directives :

- plus de transparence dans le système de retraite. Les participants du système de retraite devraient recevoir toutes les informations sur les droits à la pension et sur les droits obtenus. La transparence peut être obtenue en introduisant une meilleure gestion. Tout d'abord, le Conseil indépendant des partenaires sociaux doit réviser le système de retraite et pourrait aider à consolider la gestion et la transparence du système de retraite ;
- séparation de l'assurance sociale et l'assistance sociale : cela signifie qu'il faut rechercher la meilleure corrélation entre les cotisations et les prestations et de rendre le marché du travail plus flexible : augmenter progressivement l'âge de la retraite et mettre en place l'âge de la retraite flexible (par l'introduction du système de *bonus-malus*), les montants de pensions doivent être liés à la situation démographique et économique et le Gouvernement doit encourager l'emploi des personnes âgées ;
- établir les règles d'indexation plus transparentes, la relation claire entre le fonds d'assurance sociale et le budget de l'État. L'indexation des prestations de retraite devrait être liée aux indicateurs économiques et démographiques (et non pas à l'impact politique). D'autres changements sont liés à la formule du calcul : payer la pension de base du budget de l'État, introduire le système de comptes virtuels ou le système des unités (« points »). Toutes les réformes doivent être faites sans élever le niveau des cotisations d'assurance sociale ;
- l'intégration des pensions de l'État privilégié au système d'assurance sociale et aux fonds professionnels et refuser des avantages à l'avenir ;
- une meilleure réglementation et une plus grande efficacité dans le deuxième pilier des régimes privés de retraite par capitalisation. En premier lieu, l'accumulation dans le deuxième pilier doit être progressivement rétablie et l'accumulation de pension volontaire doit être encouragée. En même temps, des mesures pour une meilleure gestion doivent être établies : l'introduction du système d'investissement du cycle de vie ; analyser la possibilité d'introduire des fonds de pension de l'État ; supprimer progressivement les frais administratifs sur le montant des contributions transférées ; mieux réglementer le processus des annuités ;
- une meilleure gestion de la Caisse d'assurance sociale et l'équilibre du fond de l'assurance sociale. Lorsque le budget sera équilibré, le fonds de réserve de retraite doit commencer à fonctionner. Le budget d'État



doit être le garant lorsque le fond public d'assurance sociale est en déficit et qu'il ne dispose pas de réserves suffisantes. Les autres mesures : une meilleure administration et le contrôle des prestations d'invalidité ; la Caisse d'assurance sociale doit payer toutes les prestations d'assurance sociale et autres prestations (les allocations chômage, etc.).

B. Prolongation de l'âge de la retraite

La prolongation de l'âge de la retraite est un processus courant dans de nombreux pays européens en raison de la vulnérabilité du système de retraite, le vieillissement et l'augmentation de l'espérance de vie plus longue. Certains pays ont introduit déjà l'âge de la retraite fixe ou flexible (en Allemagne, l'âge de la retraite est de 65 ans et sera de 67 ans en 2035, mais il est possible de réclamer une pension complète après 45 années de cotisations ; en Suède et en Finlande, l'âge de la retraite est de 65 ans seulement pour la pension de l'État national et l'âge flexible pour la retraite liée au salaire).

Le 9 juin 2011, le Parlement de Lituanie a approuvé que l'âge de la retraite soit progressivement relevé à partir de 2012. L'âge de la retraite sera de 65 ans en 2026 : 4 mois par an pour les femmes et 2 mois par an pour les hommes à partir de 2012.

Cette décision a été adoptée eu égard à une durée de vie plus longue après l'âge de la retraite. Selon les données du Département des statistiques de Lituanie, en 2009, l'espérance de vie moyenne après 65 ans en Lituanie était de 13,38 ans pour les hommes et 18,25 ans pour les femmes. Par rapport à 2008, l'espérance de vie va légèrement augmenter dans le futur : 19 ans de plus pour les hommes et 22,6 ans pour les femmes en 2050.

C. L'accumulation de la pension de retraite dans le deuxième et troisième pilier

Pour stimuler l'activité des fonds privés de retraite il faut adopter des lois concernant une meilleure gestion et une confiance. Dans ce domaine des organisations internationales ont élaboré des politiques et des recommandations.

Le 28 juin 2011, le Gouvernement a approuvé des modifications au régime de retraite financé par capitalisation de deuxième pilier et a soumis

3

REGARDS DES ACTEURS

ses propositions au Parlement. L'objectif est de créer des opportunités pour les retraités actuels et futurs pour mieux décider comment ils souhaitent accumuler leurs pensions à l'avenir. Selon le nouveau projet de loi, à partir de 2013 la contribution de la personne à la pension de retraite se compose de trois parties : la contribution transférée de budget de l'assurance sociale, la contribution volontaire versée par une personne et la contribution de l'État financée du budget de l'État.

En ce qui concerne la première partie de la contribution, il est proposé que le niveau de la contribution soit de 2 % du salaire (les conditions actuelles) et que cette contribution soit transférée de la Caisse de l'assurance sociale aux fonds privés. Le niveau (2 %) ne changera pas jusqu'en 2020. À partir de 2020, la première partie de la contribution sera augmentée de 2 % à 3,5 %. En ce qui concerne la deuxième partie de la contribution, à partir de 2013, une personne pourra verser volontairement 1 % du salaire aux fonds privés. Dans ce cas, une subvention additionnelle de 1 % sera versée par l'État (du budget de l'État) aux fonds privés. À partir de 2013, le niveau de la deuxième partie de la contribution va augmenter de 2 % et la subvention de l'État va augmenter de 2 % également.

Pendant la période de transition (du 1^{er} janvier 2012 au 1^{er} septembre 2012), les personnes pourront continuer à accumuler leur pension dans la Caisse d'assurance sociale.

Les autres changements sont liés à l'amélioration de la réglementation des fonds de pension. Le gouvernement a approuvé la proposition d'abroger la restriction de changer les fonds de retraite privés (en fait il est possible de changer les fonds de retraite pour la première fois seulement après trois ans). Il est proposé qu'une personne puisse changer le fond de pension privé ou compagnie d'Assurance vie si au moins un paiement a été effectué.

Il est également proposé de réduire les déductions des contributions destinées à l'administration des fonds de retraite privés. Il est donc suggéré que les déductions de l'actif du fonds d'investissement d'un type le moins risqué doivent être au maximum de 0,7 % en 2016, et en 2017 au maximum de 0,5 %. Les déductions maximales des actifs du fonds d'investissement d'un type le plus risqué doivent être de 1 % jusqu'en 2016. En 2016, elles doivent être de 0,9 %, à partir de 2017 – 0,8 %. Il est également proposé que la déduction maximale de la contribution ne soit pas supérieure à 2 % en 2012 et suivie par une réduction de 0,5 % chaque année jusqu'à 0 %.



D. La réforme institutionnelle de la Caisse nationale d'assurance sociale

L'objectif de cette réforme est d'améliorer l'efficacité et la qualité de service à la clientèle. Après l'optimisation de la structure de la Caisse d'assurance sociale, le montant total des postes de travail sera réduit de 11,4 %. Les divisions territoriales de la Caisse d'assurance sociale ne seront pas fermées, seul le statut juridique et les subordinations vont changer (actuellement, la Caisse d'assurance sociale a 47 unités territoriales. En 2012 elles seront seulement 10).

Cette réforme pourrait permettre de mieux mettre en œuvre des services électroniques et transmission de l'information. Aujourd'hui les personnes peuvent utiliser presque tous les services par voie électronique : le système électronique des assureurs (EDAS), le système électronique des personnes assurées (EGAS), le système électronique de maladie et tous les services sont accessibles malgré le lieu de résidence.

Conclusions

L'analyse conduit aux conclusions suivantes :

- la situation actuelle montre qu'il faut rechercher des dénominateurs communs dans l'UE. C'est particulièrement lié aux systèmes de retraite, qui sont très sensibles, couvrant toute la population et les réformes sont principalement prévues à long terme ;
- il est nécessaire d'identifier les phénomènes économiques nationaux, sociaux et culturels pour trouver un consensus entre les partenaires sociaux, plutôt que simplement « importer » l'un ou l'autre modèle de pension ;
- il est clair que les Gouvernements ne mettent pas en œuvre les réformes des retraites dans le cycle de croissance économique et ne recevront jamais le soutien total de la société. Toutefois, la politique-clé est de reconstruire la confiance dans les régimes publics et les régimes privés de retraite par capitalisation. Les participants du système de retraite privé et public doivent être constamment et clairement informés sur les droits obtenus à la pension ;
- il faut maintenir le rôle de l'État dans le système de retraite et élargir la couverture de l'assurance sociale. L'État doit garantir des pensions minimum et le niveau des pensions adéquates dans le premier pilier (un niveau suffisant de la vie) ;

3

REGARDS DES ACTEURS

- le concept de la Sécurité sociale doit couvrir les régimes publics de la sécurité d'État (financé par l'État), les pensions du deuxième pilier et de tous les régimes privés de retraite par capitalisation ou professionnelle. Le calcul du taux de remplacement de la pension devrait comprendre non seulement les pensions publiques, mais les retraites privées (deuxième et troisième piliers) ;
- les défis pour le système de pension lituanien sont le vieillissement de la population (taux de fécondité particulièrement faible), le taux d'emploi de la population active faible, le niveau faible des prestations de retraite et la pauvreté des personnes âgées ;
- le système de retraite lituanien doit répondre directement aux changements dans la structure de la société et doit être très étroitement lié à la flexibilité des relations de travail (l'introduction du temps partiel ou une demi-journée de travail, l'apprentissage tout au long de la vie), création de meilleures conditions de travail et changer l'approche des employeurs envers les travailleurs les plus âgés ;
- il est nécessaire d'intensifier la réforme des retraites en Lituanie en raison de l'évolution démographique négative. Les principaux objectifs sont : encourager l'emploi des travailleurs âgés, les femmes et les jeunes travailleurs ; réviser l'ensemble des prestations du système de l'assurance sociale ; équilibrer le budget de la Caisse de l'assurance sociale ; introduire le fond de réserve de retraite ; diminuer les coûts administratifs ; introduire des règles d'indexation des prestations ; réformer le système de la Sécurité sociale du chômage et réduire (ou supprimer) le système de la retraite anticipée ; introduire des mécanismes d'ajustement automatique pour maintenir l'équilibre entre les recettes et les dépenses ;
- introduire une meilleure gestion des fonds de pension privés (amélioration de la gestion, diminuer les coûts administratifs), encourager la participation au troisième pilier (les pensions volontaires) et des régimes de retraite professionnelle.

Bibliographie

Bitinas A., Guogis A. (2010), « The Lithuanian social policy model: On the direction of development and guarantees of the model » [Le modèle de politique sociale lituanien : la direction du développement et des garanties du modèle]. *Central European political science review*, n° 36-37.

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. (Réussir santé / social).

Comprendre les politiques d'Action sociale / Valérie Löchen. – Paris : Dunod, 2010. – 458 p.

Dynamiques territoriales de l'Action sociale et médico-sociale / Alexis Baron. – Grenoble : PUG, 2010. – 287 p.

Inégalités socio-sanitaires en France : De la région au canton / FNORS, Alain Trugeon, Nadège Thomas, François Michelot, Bernadette Lémery. – Issy-les-Moulineaux : Masson, 2010.

L'Aide sociale aujourd'hui / Jean-Pierre Hardy, Jean-Marc Lhuillier, Amédée Thévenet. – 17^e éd. actualisée. – Paris : ESF éd., 2010. – 479 p. – 24 cm. (Actions sociales / Société, Référence).

Les politiques sociales : droit du travail, politiques de l'emploi et de la cohésion sociale / Laurent Cytermann, Thomas Wanecq, Marie-Thérèse Join-Lambert, préface. – Paris : PUF, 2010. – 371 p. (Major).

Les politiques sociales en France / Patrick Valtriani. – 2^e édition. – Paris : Hachette, 2011. – 159 p. (Les fondamentaux Sciences Politiques, 115).

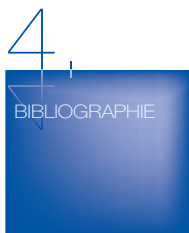
Ségrégation urbaine et intégration sociale / Jean-Paul Fitoussi, Éloi Laurent, Joël Maurice. – Paris : La Documentation Française, 2006. – 327 p.

Séminaire de recherche « santé et territoire » / Michel Duraffourg, sous la direction. – Strasbourg : ENA, 2008. – 70 p.

Vademecum des collectivités locales et territoriales / Bernard Dreyfus. – 8^e éd. – Paris : SEFI, 2009. – 220 p.

Manuel pratique de recherche-action en gérontologie-gériatrie

Problèmes politiques et sociaux n° 979-980, décembre. « La gouvernance de la Sécurité sociale – Une institution en quête de régulation » / Nathalie Robotel, Christine Fabre, Gilles Nezosi (ancien élève EN3S – 46^e promotion) – La Documentation Française, 2011. – 189 p.



Notes de lecture proposées par le comité de rédaction et l'EN3S

« **Comprendre la santé des aînés** » / Ouvrage réalisé sous la direction de Bruno Fantino, médecin, spécialiste en santé publique, professeur à l'Université d'Angers et titulaire de la

chaire « Santé des Aînés dans la société » que parraine l'EN3S, Dunod, 2011. – 495 p.

Cet ouvrage se veut un manuel pratique dont la lecture incite à un changement de regard et d'analyse de cette question particulièrement importante de notre société, à savoir l'état de santé des personnes âgées, la façon dont nous l'appréhendons et la façon dont nous y faisons face collectivement.

Sous la direction de Bruno Fantino, médecin spécialiste en santé publique et titulaire de la chaire « Santé des aînés dans la société », directeur des centres d'examen de santé de l'Assurance maladie du Rhône, 13 auteurs – médecins, gestionnaires, universitaires – apportent des éclairages complémentaires pour en appréhender les différentes dimensions.

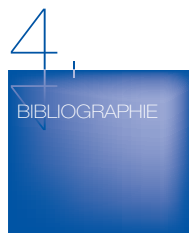
D'abord, il s'agit de bien identifier les dynamiques à l'œuvre et en particulier quatre transitions qui doivent être décryptées :

- la transition démographique, ses caractéristiques historiques liées aux évolutions des niveaux de natalité et de mortalité, et ses prolongements actuels exprimés dans le terme générique de vieillissement des populations avec un effet « grand âge », une première inédite des sociétés humaines ;
- la transition épidémiologique avec la cartographie des pathologies « nouvelles » qui affectent plus de monde et plus longtemps ;
- la transition du système de santé qui doit faire face aux évolutions et aux défis proposés, en considérant les questions de bonne santé, de prévention, puis de prise en charge des soins (accès et parcours, financement, niveau de prise en charge, etc.) différemment, notamment lorsqu'on porte le focus sur la santé des aînés ;
- la transition du travail qui met en exergue les défis spécifiques du vieillissement au travail, en particulier pour le salariat.

En second lieu, les auteurs ont l'ambition de démontrer l'apport de la recherche-action mais également ses caractéristiques méthodologiques (presque un mode d'emploi du « prêt à lancer » !) et sa portée (en termes de leviers de changement des pratiques professionnelles, ou de questions éthiques qu'elle peut soulever) qui s'appuient sur le dialogue et les interactions permanentes entre les chercheurs et les groupes étudiés.

Enfin, les auteurs présentent cinq cas de recherche-action qui permettent de concrétiser la démarche proposée et de se rendre compte de son apport.

Ces cas « marquent » le lecteur par leur diversité et le caractère probant de leurs conclusions qui incitent à « agir » différemment : le rôle de la vitamine D dans la prévention des chutes des personnes âgées, la mise en place d'outils prédictifs



fiables du risque de chute et la détermination des stratégies de prévention correspondantes, la révision des outils de mesure du déclin des performances cognitives, l'épineuse question de la iatrogénie médicamenteuse et du développement des actions préventives des médecins.

Au final, un ouvrage vivant, concret, qui permet de se forger une grille de lecture complète sur le sujet.

Pierre RAMON-BALDIÉ

Directeur de la Recherche et Développement à l'EN3S

Deux leçons de conduite de politique publique

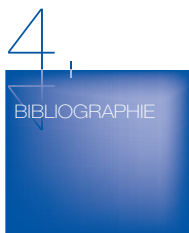
La lecture de rapports d'audits, de contrôle, de certification est une nécessité pour les professionnels de la Protection sociale (et pour bien d'autres). On y apprend beaucoup de choses, mais c'est parfois un peu austère. Il y a malgré tout des exceptions lumineuses. L'année 2011 nous a révélé coup sur coup deux documents exceptionnels ¹.

Le premier n'est malheureusement pas (encore ?) rendu public. Il s'agit d'un rapport, d'une cinquantaine de 50 pages bien construites, sur la mise en œuvre de la nouvelle norme des déclarations annuelles des données sociales et les conditions de mise en œuvre d'une déclaration sociale nominative, réalisé par l'IGAS et l'IGF à la demande du ministre des Comptes et du Budget et remis à son commanditaire en mars 2011.

Au-delà de l'aspect technique du sujet, particulièrement intéressant puisque s'y dessine l'avenir de notre système déclaratif, les deux inspecteurs (Yann-Gaël Amghar pour les affaires sociales et Yann Boaretto pour les Finances) nous livrent une véritable réflexion philosophique sur la notion de simplification administrative. « Simplifier et alléger les obligations déclaratives des entreprises constitue un projet complexe » nous disent-ils. Ils ajoutent que bien souvent le caractère superficiel de la chose a été préféré à une analyse de fond. Simplifier ne se limite pas à une diminution des formulaires administratifs, mais, au contraire, exige une révision totale des demandes faites aux entreprises, car ce qui coûte cher, ce n'est pas tant le formulaire que la production de la donnée elle-même. Ils en déduisent pour le sujet qui les concerne une démarche progressive, méthodique et structurée. Mais, cela ne semble qu'être le prétexte à une illustration de la conduite d'une politique publique réussie et à l'esquisse d'un « portrait du réformateur administratif » ².

1. Ce choix est totalement arbitraire et l'auteur s'en excuse par avance. Il n'a à son crédit qu'une lecture assidue de tout ce qui concerne son secteur.

2. Étrangement, ce rapport nous fait penser à un petit ouvrage de Francis Walder, ancien diplomate, qui met en scène le traité de Saint-Germain, pour illustrer le « portrait du négociateur » (Folio – 2003, Saint-Germain ou la négociation).



Le second rapport est au contraire très largement diffusé³. Les médias s'en sont fait l'écho et on le trouve sur internet. Il s'agit du rapport du comité d'évaluation des dépenses fiscales et des niches sociales créé en avril 2010 et dont la mission est d'évaluer l'ensemble des dépenses fiscales et niches sociales. Le sujet est d'une très grande actualité et les observations

faites sur le fond sont très utiles à lire (et à comparer avec les remarques de la Cour des comptes ou de tel ou tel « think tank » politique). Mais, en tant qu'acteur public, ce qui nous intéresse surtout dans ce rapport, c'est la leçon de conduite d'une politique qui y est illustrée, par la rigueur dans la définition de la méthode d'analyse utilisée, par l'exhaustivité de l'étude et enfin par les conclusions tirées. Les enseignements sont d'ailleurs sans appel, les critères de réussite sont toujours les mêmes : bonne définition des objectifs, ciblage adéquat, mode de fonctionnement adapté des dispositifs imaginés, articulation correcte des niches fiscales et sociales avec les politiques auxquelles elles se rattachent, évaluation périodique. Bref, deux rapports à lire autant pour le sujet technique que pour la leçon de conduite de politique publique qui nous est donnée.

Vincent Ravoux

Économie politique de la Protection sociale / Mireille Elbaum, Professeur au CNAM, titulaire de la Chaire politique et économie de la Protection sociale, Paris : PUF, 2011. – 529 p.

Mireille Elbaum vient de publier la 2^e édition de son manuel : « Économie politique de la Protection sociale ». Cet ouvrage est élaboré à partir des cours qu'elle dispense au CNAM. C'est un ouvrage précieux car très pédagogique, d'une lecture aisée, à partir des dernières données connues malgré le caractère ardu de la matière.

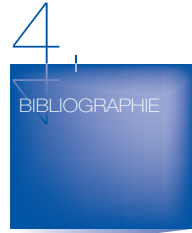
Cela permet de faire le point sur une approche très importante pour comprendre notre Protection sociale et la replacer intelligemment dans le contexte économique de notre société, permettant ainsi de comprendre les logiques des politiques arrêtées par les Pouvoirs publics, ou encore en débat.

Elle met l'accent sur les évolutions de la société (démographie, vieillissement, solidarité, redistribution, etc.) et les grandes tendances qui façonnent la Protection sociale.

Les données sur lesquelles elle s'appuie sont toutes parfaitement actualisées et les références bibliographiques sont particulièrement riches.

Claude BIGOT

3. Rapport du Comité d'évaluation des dépenses fiscales et des niches sociales – Président : Henri Guillaume, inspecteur général des finances honoraires – rapporteur : Mickaël Ohier – ministère du Budget, juin 2011, 356 p.



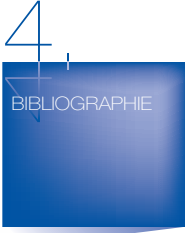
La machine à trier. Comment la France divise sa jeunesse / Pierre Cahuc, Stéphane Carcillo, Olivier Galland, André Zylberberg, Paris : Eyrolles, 2011. – 143 p. – 12 €.

Quatre bons connaisseurs des situations et des politiques ayant trait à la jeunesse insistent sur un point crucial : le problème n'est pas d'abord intergénérationnel mais intragénérationnel. Les jeunes ne connaissent ni déclassement systématique, ni paupérisation généralisée, ni déclin des valeurs. Mais il y a deux jeunessees. Le fossé va grandissant entre des *insiders* précocement sélectionnés et des *outsiders* écartés par la dictature des diplômes. Si les aspirations sont semblables, les non diplômés apparaissent à la fois moins permissifs sur le plan moral et moins civiques sur le plan social. Les enquêtes montrent des jeunes déclassés humiliés (on les dit « stigmatisés ») mais aussi résignés. Leur mise à l'écart, à partir d'un « tri sélectif » dès le primaire qui se poursuit tout au long d'un enseignement à pédagogie verticale et magistrale, est un danger. Ce système scolaire, qui aggrave ce qu'il prétend combattre, ne manque pas de moyens, selon les auteurs (qui vont se faire des copains...). Sans misérabilisme jeuniste ni gérontophobie démagogique, ils présentent une France des statuts, aux élus âgés et cumulards, et au marché du travail dual. Toujours précis et informé (malgré une petite confusion entre l'allocation logement sociale et l'ensemble des aides au logement), le texte avance des propositions stratégiques : révision de la forme et des contenus de l'enseignement (plutôt que de la taille des classes) ; soutien à l'apprentissage ; ouverture du RSA aux moins de 25 ans avec contreparties plus affirmées ; établissement d'un contrat unique de travail ; suppression envisageable des notes et des classements. Une idée forte est, en réformant notamment l'inique et inefficace formation professionnelle, d'investir massivement dans des programmes précoces puis dans un accompagnement puissant pour les plus en difficulté (avec un encadrant pour 30 jeunes). Certes tout ceci a un coût, mais ces investissements sont plus efficaces, par exemple, que la baisse de la TVA dans la restauration (là encore les auteurs se font des copains). La vivacité experte du propos rappelle un rapport pour l'Académie des sciences morales et politiques publié en 2007, à la veille d'une présidentielle, sous le titre « La France prépare mal l'avenir de sa jeunesse » et préfacé par deux amis des jeunes, Raymond Barre et Pierre Messmer. Ce petit livre appuyé sur de la donnée robuste et fraîche, est conçu pour animer le nouveau débat présidentiel sur la jeunesse. Et il a toutes les qualités nécessaires.

Julien DAMON

La vie privée en péril. Des citoyens sous contrôle / Alex Türk, Paris : Odile Jacob, 2011. – 269 p.

Fichage, flicage, traçage. Les frayeurs attachées aux technologies numériques ne sont pas neuves. Alex Türk, sénateur et enseignant de droit public, préside la CNIL (qu'il a réussi à ne pas faire avaler par le nouveau Défenseur des droits).



Avec ses dossiers, des anecdotes et des images (dont une excursion virtuelle à Roissy en 2020), il livre sa vision soucieuse d'un avenir proche qui sera davantage dématérialisé, miniaturisé, internationalisé, le tout dans un cadre façonné par la pression des sociétés spécialisées et le droit américain.

Pour le juriste, il s'agit toujours d'un équilibre subtil à faire respecter entre sécurité et liberté. Entre les craintes de Ben Laden et de Big Brother, selon les mots de l'auteur, les esprits et législations oscillent. La question est maintenant celle de la véritable capacité à maîtriser des applications toujours plus intrusives, des montagnes de données, une véritable « invasion des puces ». Vidéosurveillance, biométrie, géolocalisation, déjà présentes, sont appelées à largement s'étendre, sur des régimes juridiques mouvants.

Partisan de la préservation de l'intimité, contre sa commercialisation, Türk détaille ses convictions, ses tiraillements et ses effarements (à l'égard, notamment, de Facebook et de Google). Protecteur de l'intégrité, des données et des libertés individuelles, il décrit les pouvoirs de contrôle et de sanction de son institution. Moins intéressant sur les chamalleries administratives, il est pédagogue sur les thèmes du consentement (avec les faveurs anglo-saxonnes pour le *opt out* et européennes pour le *opt in*), de la distinction entre effet et objet. Il est saisissant quand il décrit les « déchets infoactifs » des grandes « fermes numériques » (les grands centres de serveurs sécurisés) et, plus largement, la progression des technologies dans l'imprégnation de nos vies quotidiennes. Défendant un « droit à ce que l'on me fiche la paix ! », son constat est inquiétant. Mais d'abord captivant. Une lecture qui invite à utiliser Internet et son mobile autrement.

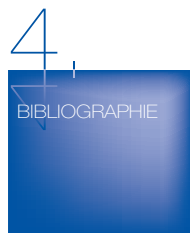
Julien DAMON

L'Amérique qui tombe. Comment les politiques ont trahi le rêve américain et abandonné la classe moyenne / Arianna Huffington, Paris : Fayard, 2011. – 369 p.

Abandon des classes moyennes américaines et incurie de l'*Establishment* sont décrits dans un essai polémique, que l'on dirait populiste de ce côté de l'Atlantique.

L'éditorialiste Arianna Huffington est une femme de pouvoir, Directrice du site influent The Huffington Post, passée du conservatisme au progressisme. Elle prend maintenant la défense des classes moyennes. Celles-ci auraient été abandonnées par les responsables politiques. Le thème est loin d'être neuf. Il ressurgit à l'occasion de toutes les campagnes électorales.

Appuyant son analyse sur des récits de familles déclassées, des extraits de télé réalité, et une multitude d'études et de coupures de presse, l'auteur peint les victimes de la crise immobilière. Elle relate la multiplication des saisies, les centaines de milliards de perte de valeur immobilière, et – avec des accents misérabilistes – la situation actuelle d'un pays où, nous dit-elle, 2 % des enfants seraient sans-abri.



Huffington souligne l'enrichissement des très riches et la stagnation (voire la régression) des revenus des autres. Elle met en parallèle, d'une part, les sommes gigantesques injectées dans le sauvetage du système bancaire et dans le secteur militaire, et, d'autre part, celles économisées dans le cadre du désengagement des services sociaux. Son idée force tient dans la « trahison » et l'« arnaque » dont serait victime la classe moyenne. Tout serait lié à la cupidité de l'élite, à la « fusion » entre Washington et Wall Street. Sa dénonciation du système politique pourri par les lobbies se double d'un tableau, souvent exagéré, d'une Amérique « délabrée », aux infrastructures obsolètes et aux réseaux archaïques. En un mot, les États-Unis deviendraient actuellement un pays du tiers-monde, avec, d'un côté, les très riches, et, de l'autre côté, tous les autres. Le titre de l'édition originale était même « l'Amérique du tiers-monde ». Obama, lui aussi (et malgré la mise en place d'une « task force » spécialisée à la Maison Blanche), aurait trahi la classe moyenne, avec un plan de relance insuffisant. D'où la nécessité de changer radicalement. Et l'auteur n'est pas avare de propositions : financement public des campagnes politiques, rémunération des enseignants au mérite, création massive d'emplois dans les Services publics, démantèlement des grandes banques (en commençant par un appel aux épargnants à retirer leur argent et à le déposer dans des établissements coopératifs), soutien au bénévolat et au microcrédit. Un vrai programme, qui laisse imaginer que Arianna Huffington, championne autoproclamée des « Américains ordinaires », pourrait, un jour, briguer des fonctions d'importance...

Julien DAMON

Le chemin de l'espérance / Stéphane Hessel et Edgar Morin, Éditions Fayard, 2011.

C'est un « petit » livre par le volume (60 pages) mais « grand » par le contenu – et qui véhicule un optimisme argumenté – que je voudrais vous présenter.

« Le chemin de l'espérance » écrit par deux nonagénaires (184 ans à tous les deux), à savoir Stéphane Hessel et Edgar Morin, dénonce, en 14 chapitres, « *le cours pervers d'une politique aveugle* » et énonce « *une voie politique de salut public* » annonçant « *une nouvelle espérance* ».

L'intérêt du contenu de cet ouvrage est renforcé par le rôle déterminant qu'ont joué et que joue ces deux auteurs sur la pensée et l'engagement des citoyens tant au niveau national qu'international. Stéphane Hessel qui est corédacteur de la déclaration universelle des droits de l'homme de 1948 est aussi l'auteur du livre à succès « Indignez-vous ! »⁴ (3 millions d'exemplaires vendus à ce jour dont 2 millions en France) qui a certainement influencé les nombreux mouvements « d'indignés » qui se sont développés (et qui continuent à se créer) dans le monde,

4. Indigène éditions, octobre 2010, 32 pages, 3 €.



ces mouvements interrogeant nos « modèles » de cohésion sociale⁵. Quant à Edgar Morin, « l'homme qui a plus de 70 références » (ouvrages et films) à son actif et qui est généralement considéré comme l'un des « pères » de la complexité – concept qui intègre la transdisciplinarité, a publié en 2011 « la Voie – Pour l'avenir de l'humanité »⁶ (vendu à ce jour à plus de 70 000

exemplaires), ouvrage qui tente d'élaborer une pensée politique afin d'organiser et d'orienter les indignations. Cette analyse est en partie reprise d'une manière synthétique et en l'appliquant plus spécifiquement à la France dans « Le chemin de l'espérance ». Les deux auteurs commencent par rappeler les « principes universels » exprimés par les 11^e et 12^e couplets (méconnus) de la Marseillaise et que l'on retrouve dans le programme du Conseil national de la Résistance ainsi que dans la déclaration universelle des droits de l'homme de 1948. Puis après avoir décrit ce qu'il a de meilleur et de pire dans la mondialisation ils montrent que les couples ; croissance et décroissance, mondialisation et démondialisation ne s'opposent pas et effectuent un plaidoyer pour une « politique de civilisation » en prenant ce qu'il y a de meilleur dans chacune d'elle ce qui permettrait de « refouler définitivement l'idée d'un choc ou d'une guerre des civilisations » (p. 15).

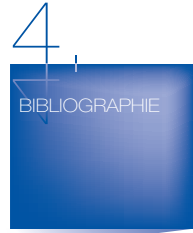
Ils appellent à une révision de « la finalité du bien-être » qui « s'est dégradée en se concentrant exclusivement sur le confort matériel » et qui a conduit à des « consommations effrénées de drogues, anxiolytiques, antidépresseurs, somnifères des personnes aisées » (p. 20). N'est-ce pas une piste de recherche possible pour la Sécurité sociale dans le cadre d'une politique du médicament ? De même ne faudrait-il pas réfléchir à ce constat « les progrès heureux de l'individualisme ont entraîné la régression malheureuse des solidarités » (p. 20). Pour eux « il y a dans notre société carence d'empathie, de sympathie et de compassion »... « carence de compréhension au sein d'une même entreprise, d'une même famille. Quand la mission se réduit à la profession, il y a carence d'amour dans les soins médicaux et hospitaliers, dans l'enseignement, alors que comme le disait Platon, "pour enseigner il faut de l'éros"... » (p. 20).

Pour inverser cette tendance nos deux auteurs préconisent une « revitalisation des solidarités » (p. 29) et pour cela ils privilégient la politique du « bien-vivre » à celle « du bien-être » (p. 26). Ils insistent sur le rôle de l'État en tant qu'« investisseur social » comme par exemple dans le domaine de la « salubrité urbaine », les dépenses « seraient compensées en quelques années par la diminution du coût des maladies socio-psycho-somatiques provoquées par le stress, les pollutions et les intoxications » (p. 40).

Enfin nos auteurs insistent sur la réforme urgente de l'enseignement et de la recherche. Ils déplorent « une pression suradaptative qui pousse à conformer

5. Lire à ce sujet : l'intervention du Président de la Conférence des OING du Conseil de l'Europe, Jean-Marie Heydt, au Forum pour le futur de la démocratie, 13-14 octobre 2011, Limassol, Chypre, lors de la séance de travail : « favoriser le dialogue civique et la solidarité sociale pour le bien-être de tous », http://www.coe.int/T/NGO/Articles/CONF_PRES_SPEECH_2011_07_fr.asp.

6. Éditions Fayard, janvier 2011, 307 pages, 19 €.



l'enseignement et la recherche aux demandes économiques, techniques, administratives du moment... à réduire l'enseignement général et à marginaliser la culture humaniste. Or, toujours dans la vie comme dans l'histoire, la suradaptation à des conditions données a été non pas signe de vitalité, mais annonce de sénescence et de mort par perte de substance inventive et créatrice » (pp. 49-50). Ils proposent pour lutter contre « la compartimentation entre les différentes sciences et disciplines » que l'« on reconnaisse la nécessité de la transdisciplinarité, que ce soit pour l'étude de la santé, de la vieillesse... » (p. 51).

En résumé, il est important « de fournir à chaque élève les moyens d'affronter les problèmes fondamentaux... » (p. 46) et ainsi être armé pour participer à « la régénération » qui ouvre « le chemin de l'espérance », vaste programme pour la formation de nos élites !

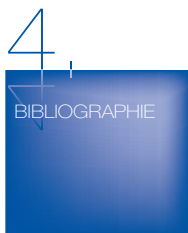
Antonin PERROCHEAU

Co-responsable du master II Gestion des Organismes de Protection et d'Assurances Sociales (GOPAS) – IEMN – IAE de l'Université de Nantes

Le défi universel de la Protection sociale – Sécu : objectif monde /

Martin Hirsch, Paris : Stock, 2011. – 159 p. – 12 €.

Sous un titre qui sonne comme un clin d'œil à Tintin, Martin Hirsch s'attache à produire une analyse rigoureuse et des propositions vigoureuses afin de réaliser ce que bien des gens considèrent comme une douce utopie : un socle de Protection sociale pour l'ensemble de personnes vivant sur la planète. Tel Tintin donc, on retrouve l'ex-Haut Commissaire au Bénin, à Sao Paulo, à Genève, à Pékin, à Pretoria, à Delhi ou encore, pour finir, à Roubaix. L'aventure est cependant toujours la même : observer les différences et convergences des modèles de Protection sociale, prendre en compte les avancées et surmonter les fossés. Membre du groupe consultatif mondial sur le « socle de Protection sociale » – une initiative très officielle des agences onusiennes – Hirsch rappelle d'abord que 75 % des êtres humains n'ont pas accès à une Protection sociale « digne de ce nom ». Dans ce contexte, qui est aussi celui d'une mondialisation critiquée et d'une crise chaotique, la thèse hirschiennne est forte. Plutôt que de s'acharmer à faire baisser les coûts du travail dans les pays riches, il faut les faire augmenter dans les pays pauvres afin de financer la couverture sociale de la population. L'ambition est de refaire de la Protection sociale un atout compétitif. Plutôt que d'incarner son socle de manière restrictive (un plancher minimal) ou extensive (avec un panier irréaliste de services), Hirsch souligne « d'immenses différences, d'étranges ressemblances », par exemple entre les allocations familiales à la française et les mécanismes de transferts monétaires conditionnels mis en œuvre dans nombre de pays en développement. L'auteur fait siennes les analyses, au demeurant peu contestées, selon lesquelles les investissements dans le social (et, en l'occurrence, dans la



prévention sanitaire et l'Assurance maladie) sont rentables. Il relève que sans corruption, la question du financement n'en serait pas vraiment une dans bien des pays. Pour le reste, il est possible d'innover et pourquoi pas en imposant de nouvelles normes sociales internationales. Le socle pourrait ne représenter dans chacun des pays « que » 5 % de son PIB. Tout ce

propos, avec quelques répétitions, est avancé pour une discussion sérieuse, au plus haut niveau, lors du sommet du G20, sous présidence française, en novembre prochain. Dans la suite des objectifs du millénaire pour le développement (qui courent pour 2000-2015), Hirsch invite, en particulier, à se fixer un objectif de 75 % de la population mondiale convenablement couverte d'ici 2030. Irréaliste, comme le disent les sceptiques ? Au regard de l'histoire de la Protection sociale des pays riches tout comme du plaidoyer étayé de Hirsch, le possible semble tenable.

Julien DAMON

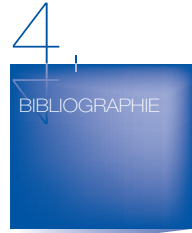
Le revenu de solidarité active : le dispositif et ses enjeux / Aurélie Kerguelen (élève de la 50^e promotion de l'EN3S), Éditions universitaires européennes, mai 2011. – 308 p.

L'ouvrage « *Le revenu de solidarité active : le dispositif et ses enjeux* » publié en mai 2011 constitue le fruit d'une réflexion menée en juin 2009 dans le cadre d'un mémoire de Master II Recherche « *Droit du travail et de la Protection sociale* », à l'Université Montesquieu Bordeaux IV. Ayant été finalisé juste avant l'entrée en vigueur de la mesure, il se propose de revenir sur la thématique de lutte contre la pauvreté, de s'attarder sur le contenu du dispositif lui-même, avant d'en étudier la portée. Comment le revenu de solidarité active rénove-t-il notre droit social ? Quelles sont les inquiétudes à avoir ? À quel avenir semble-t-il voué ?

Un double constat est à l'origine du revenu de solidarité active : d'une part, notre Protection sociale se montre fragilisée, notamment par son incapacité à protéger efficacement certaines populations, et d'autre part, le travail devient désintégré, comme en témoigne l'apparition du travailleur pauvre et le développement grandissant de la précarité.

L'objectif est alors triple : réduire la pauvreté active, inciter ses bénéficiaires à retrouver un emploi, et simplifier les dispositifs existants. Mieux conjuguer emploi et solidarité, faire des revenus du travail le socle des ressources, tel est le sens de la réforme.

Plusieurs niveaux d'analyse sont envisagés par l'ouvrage. Tout d'abord, le revenu de solidarité active modifie les frontières de la Protection sociale. Ensuite, il est susceptible d'être porteur de nombreux effets pervers, tels que la création de nouvelles stigmatisations, ou encore la démultiplication de situation de précarité.



S'y ajoute une rénovation inquiétante de notre modèle social. De plus, la généralisation *a minima* du dispositif suscite des doutes sur les résultats qui peuvent en être attendus, et ce d'autant plus dans un contexte de crise économique et de chômage grandissant.

En définitive, l'ouvrage insiste sur le fait que la mesure ne sera vertueuse que si elle s'inscrit dans un ensemble de politiques sociales engagées vers l'emploi de qualité, et levant tous les obstacles à la reprise d'un travail.

Pierre RAMON-BALDIÉ

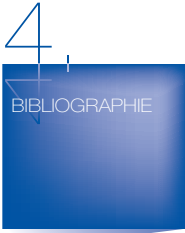
Droit de la Sécurité sociale / Xavier Prétot, Dalloz, coll. « mémentos », 13^e éd., 2011.

Le sens de la fidélité n'est pas une vaine expression pour M. Xavier Prétot. En témoigne l'avant-propos de la nouvelle édition de ce mémento lequel est dorénavant rédigé sous sa seule plume. Il y exprime tout d'abord sa gratitude envers M. Jean-Jacques Dupeyroux, l'auteur initial, pour l'avoir associé depuis une vingtaine d'années aux rééditions successives de ce livre. S'inscrivant dans le prolongement de l'œuvre déjà accomplie, il formule également le souhait que « *Puissent subsister les qualités que son premier auteur avait imprimées à cet ouvrage, qualités qui, d'une édition à l'autre, en ont fait le succès.* » Spécialiste reconnu du droit de la Sécurité sociale, M. Xavier Prétot a pleinement relevé le défi, apparaissant en la circonstance comme un digne héritier de celui qui fut longtemps considéré comme le « Pape » de la discipline.

Sans doute ne faut-il pas perdre de vue que ce livre constitue beaucoup plus qu'un mémento. M. Xavier Prétot en avait d'ailleurs déjà refondu toute une partie à la faveur de la 12^e édition qui s'était alors trouvée augmentée d'une cinquantaine de pages. Aujourd'hui, le corps de l'ouvrage est constitué de deux volets majeurs : l'un se rapporte à l'organisation administrative ; l'autre traite de la couverture des différents risques sociaux. De surcroît, ce livre consacre un troisième volet plus modeste aux autres formes de Protection sociale (aide sociale, indemnisation du chômage, protection complémentaire).

Il est significatif, enfin, que M. Xavier Prétot marque sa fidélité à l'EN3S au dos de la couverture de cet ouvrage. Titulaire de diplômes et titres parmi les plus prestigieux (doctorat, agrégation en droit...), il s'émancipe ainsi d'une présentation universitaire plus traditionnelle pour évoquer sa qualité d'ancien élève de l'École. Jamais démentie au fil des ans, l'attachement de M. Xavier Prétot à l'univers de la Sécurité sociale trouve donc une nouvelle fois une occasion de s'exprimer à la faveur de ce mémento. Une raison de plus pour recommander ce très utile ouvrage à toutes celles et tous ceux qui souhaitent découvrir le droit de la Sécurité sociale ou faire le point sur leurs connaissances.

Gilles HUTEAU



Droit de la Sécurité sociale / Jean-Jacques Dupeyroux, Michel Borgetto, Robert Lafore, coll. « Précis », Dalloz, 17^e éd., 2011.

Avec une régularité triennale qui mérite d'être saluée, MM. les professeurs Borgetto et Lafore viennent de sortir une nouvelle édition du fameux précis Dalloz, encore appelé de nos jours le « Dupeyroux » par des générations d'anciens candidats aux concours d'entrée de l'EN3S tant cet ouvrage, longtemps publié sous la seule signature de M. le professeur Dupeyroux, constitue une référence bibliographique incontournable en droit de la Sécurité sociale.

Offrant la même présentation graphique que celle publiée en 2008, elle-même ayant été largement remaniée pour en rendre la lecture plus agréable, cette 17^e édition incorpore les divers changements intervenus dans le système de Sécurité sociale depuis ces dernières années : la réforme des retraites, l'adaptation du mode de gouvernance et de financement, le réaménagement des règles de coordination des systèmes nationaux de Sécurité sociale au sein de l'Union européenne, etc. Toujours soucieux d'enrichir leur travail d'actualisation, MM. les professeurs Borgetto et Lafore ne se limitent pas à retracer les évolutions récentes du cadre juridique de la Sécurité sociale, mais s'attachent également à en faire ressortir les enjeux et la portée à l'aune du contexte économique et social. Plutôt que de surcharger de trop nombreux ajouts les développements des thèmes donnant lieu à des actualisations conséquentes, les deux co-auteurs ont préféré refondre partiellement les textes concernés, ce qui en préserve la clarté et la concision.

Sans doute faut-il souligner une fois encore, à l'occasion de cette nouvelle édition, l'originalité de ce manuel, selon laquelle toute la première partie est consacrée à la théorie générale du droit de la Sécurité sociale. Cette approche liminaire de la matière s'avère fort précieuse pour toutes celles et tous ceux qui souhaitent appréhender les fondements du droit de la Sécurité sociale, ou même, les éléments de contexte (économique, politique, démographique, sanitaire) qui en déterminent les évolutions contemporaines, avant d'approfondir l'étude des règles juridiques par grands domaines : organisation administrative et financière, Assurance maladie, Assurance accident du travail, etc. À la suite de M. le professeur Dupeyroux, MM. Borgetto et Lafore apportent désormais leurs contributions pour souligner les valeurs, en particulier celle de la solidarité, qui fondent les institutions et législations de Sécurité sociale. Quelques 250 pages se rapportent à cette grande introduction générale sur un nombre de 1257 au total... Ni ennuyeuses, ni trop abstraites, elles se révèlent d'une aide fort précieuse à la compréhension des problématiques actuelles de la Sécurité sociale.

Comme ses précédentes moutures, ce gros livre, s'il concerne principalement le droit de la Sécurité sociale, porte au-delà sur les autres formes de Protection sociale dont les frontières sont parfois floues avec celles de la Sécurité sociale. Il traite ainsi dans une dernière partie, non seulement de l'Aide et de l'Action sociales, un domaine d'excellence de MM. les professeurs Borgetto et Lafore,

4

BIBLIOGRAPHIE

profit cet article qui aborde également l'Agenda 2010 et les lois Hartz qui, selon l'auteur, « marquent une évolution importante dans la redéfinition des principes, sinon dans la reconfiguration de l'État Providence à laquelle on assiste en Allemagne depuis le milieu de la décennie ».

Alain CHAILLAND

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 :



- ▶ Vivre en milieu rural - n° 164
- ▶ Politiques de la jeunesse en Europe - n° 165/166
- ▶ Le management du social - n° 167
- ▶ Le Japon : de nouveaux choix sociaux ? - n° 168
- ▶ L'accompagnement social vers l'emploi - n° 169

Pour recevoir votre exemplaire, il suffit d'en faire la demande par mail à ysabelle.michelet@cnaf.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.



Thèmes des six dernières années :

- N° 30 ► Les politiques familiales en France et en Suède - juillet 2006
- N° 31 ► Les niveaux du système 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 maladies professionnelles - 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
- N° 39 ► La gestion du risque - janvier - 2011
- N° 40 ► L'informatique au service de la Sécurité sociale - juillet 2011
- N° 41 ► Quels territoires pour la Protection sociale ? - janvier 2012

Prochain Numéro :

- N° 42 ► « **La dette sociale** » - sortie prévue en juillet 2012

Pour commander :

Veillez retourner ce document après avoir coché les cases correspondantes (Prix unitaire : 11 €)

*Pour consulter les sommaires depuis 1998 et commander sur internet
> rendez-vous sur www.en3s.fr*

NOM-PRÉNOM (en majuscule) :

Fonction :

Adresse :

Tél. : Fax. :

Courriel :

Date :

Signature :

COMPOGRAVURE
IMPRESSION, BROCHAGE



42540 ST-JUST-LA-PENDUE
FÉVRIER 2012
DÉPÔT LÉGAL 2012
N° 201201.0078

IMPRIMÉ EN FRANCE

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