
NOUVEAU MONDE,
NOUVELLE PROTECTION SOCIALE !

2017
2022

Cette édition vous est proposée par

le Club de Réflexion sur l'Avenir de la Protection Sociale

Nouveau monde,
nouvelle Protection sociale !

PRÉFACE

Le huitième Président de la V^e République vient d'être élu. Confortablement ! Place aux élections législatives !

Chaque période électorale et particulièrement celle présidentielle devient rapidement en France une zone de turbulences. Tout semble permis, en totale impunité, dans un consensus amnésique qui permet de facto contre-vérité et démagogie, fausse solution et absence de responsabilité, programme inapplicable et silence coupable. Au-delà, la période électorale présidentielle est d'abord une formidable arène où le tir au pigeon, le chamboule-tout toujours plus violents que ceux de notre enfance, remplacent ce qui devrait être d'abord l'occasion d'un inventaire, d'une réflexion, bref le temps d'une clarification, nécessaire indispensable à l'exposé d'une vision... Et rien d'autre !

Est-ce pour cette raison et aussi paradoxal que cela puisse être, que la Protection sociale n'a jamais été au cœur d'une campagne présidentielle ? Sauf au cours de celle que nous venons de vivre. Une première ! La primaire de la droite et du centre, en mettant à l'ordre du jour des propositions concernant les relations entre la Sécurité sociale et les mutuelles complémentaires, la primaire de la belle alliance populaire en portant le concept de revenu universel au cœur du débat, le candidat et futur président en voulant étatiser l'Assurance chômage ont, à cet égard, marqué une rupture avec l'histoire de cette élection.

Car porter au débat public la Protection sociale dans son acception protéiforme semble à l'évidence, dans un pays sur endetté, contraindre le corps électoral à désormais opter pour des choix sociétaux pouvant aller jusqu'à remettre en cause l'héritage du Conseil National de la Résistance, au-delà des inévitables considérations technocratiques... Les françaises et les français ne peuvent plus occulter la difficulté qu'il y a désormais à maintenir en l'état les formidables amortisseurs sociaux mis en place depuis soixante-dix ans et dans le même temps des finances publiques permettant d'innover et d'investir... L'action politique a-t-elle un sens sans action pédagogique ?

N'est-il pas satisfaisant qu'un sondage de l'IFOP à la demande du CRAPS début décembre 2016 révèle qu'une écrasante majorité des Français, 93% reconnaissent que les orientations soutenues par les candidats concernant la Protection sociale seront déterminantes dans leur choix.

C'est dans ce contexte que le Club de Réflexion sur l'Avenir de la Protection Sociale - CRAPS - depuis sa création, en abordant le spectre de la Protection sociale dans sa globalité, déploie sa mission de sensibilisation aux différentes problématiques, d'interpellation des Politiques, de propositions pour répondre aux nombreux défis auxquels notre pays est confronté. Et c'est toujours en vertu de cette mission qu'il se réjouit aujourd'hui de l'émergence de ce thème sur la scène publique !

En effet, les enjeux sont d'importance.

L'Assurance maladie obligatoire dont le champ d'intervention a été l'objet de confrontations au sein de la primaire de la droite et du centre, tous régimes confondus, représente à elle-seule, pour l'exercice 2015, 198 milliards de dépenses et 191 milliards de recettes affectées, ce qui génère tout naturellement un déficit de 7 milliards représentant 3,66 % des dites recettes. Rien que cela !

L'Assurance chômage avec un déficit cumulé de plus de 30 milliards doit se refonder. La révolution numérique, l'allongement du temps de travail, l'émergence des nouvelles formes de travail dont celui des indépendants rebat les cartes d'une façon inédite. Et l'étatisation annoncée sonnera-t-elle le glas du paritarisme... Et quel devenir pour le dialogue social ?

L'offre de soins à travers les déserts médicaux, les problèmes récurrents de l'hôpital, etc... d'une part, les nouvelles pratiques générées par les nouvelles technologies d'autre part peuvent créer des inégalités contraires à nos idéaux républicains.

Enfin, si notre conception bismarckienne de la Protection sociale a jusqu'à présent résisté aux besoins de financement toujours plus pressants, en sera-t-il toujours le cas ? L'augmentation annoncée des taux de CSG serait-elle prémonitoire ?

Dans cette période à l'évidence de refondation, le CRAPS, en sa qualité de think tank reconnu d'intérêt général, participe par nature au débat public portant sur la Protection sociale. Tout au long de la période électorale, le CRAPS a donc émis des propositions concrètes, convaincu que notre Protection sociale est le socle de notre pacte social lui-même garant de notre démocratie !

Ces propositions, vous les trouverez tout au long de ces pages. Puissent-elles être source de prise de conscience, de réflexion... et de débats démocratiques !

Jean-Claude Mallet
Président du CRAPS



SOMMAIRE

EMPLOI CHÔMAGE FORMATION INDEMNISATION ACCOMPAGNEMENT	11 à 52	TÉLÉMÉDECINE	131 à 153
EUROPE	55 à 78	BIG DATA NOUVELLES TECHNOLOGIES	155 à 173
SANTÉ ASSURANCE MALADIE	81 à 93	LUTTE CONTRE LE TABAGISME	175 à 194
FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE	95 à 115	ADDICTION À L'ALCOOL	197 à 205
HÔPITAL	117 à 129	DIALOGUE SOCIAL	207 à 226
		GLOSSAIRE	228 à 232

Chômage - Formation - Accompagnement - Indemnisation

UNE BOMBE À MÈCHE LONGUE

Souvent évoqués comme la priorité des priorités de l'action gouvernementale de ces quarante dernières années, la politique de l'emploi et son corollaire la lutte contre le chômage ont donné lieu à quelques commentaires de la part des hommes politiques qui traduisent à la fois une détermination farouche et une vision acérée de notre société et de son évolution ! De Georges Pompidou : « si un jour, on atteint les 500 000 chômeurs, ce sera la révolution » (1967), à Jacques Chirac : « les signes de redressement se multiplient » (2004), en passant par François Mitterrand : « avec le chômage on a tout essayé » (1989), il n'existe aucun homme politique qui n'ait fait un jour une déclaration dont l'évocation aujourd'hui ne prête à rire... Et chacun sait depuis Musset « que lorsqu'on vient d'en rire, on devrait en pleurer ». Politique de l'emploi, lutte contre le chômage supposent à tout le moins une vision pour anticiper les mutations économiques, une détermination pour innover et une conviction dans les vertus de l'économie plus qu'en l'administratif... Ceci expliquerait-il cela ?

CHAPITRE I : D'UNE LENTE DÉGRADATION À UNE SITUATION PRÉOCCUPANTE

A. Un état des lieux inquiétant

Préoccupation première des français : le chômage. Trois semaines après les attentats du 13 novembre, un sondage - IPSOS, SOPRA STERIA, France Inter, Chaînes parlementaires - publié le soir du premier tour des élections régionales, le 6 décembre 2015 - révèle que le facteur national déterminant dans le vote des français est pour 44 % d'entre eux le chômage, la menace terroriste 32 %, l'insécurité et la délinquance 30 % et l'immigration 29 %. Ainsi, le chômage est clairement identifié comme le premier traumatisme collectif français après deux vagues d'attentats - qui n'allaient pas être hélas les dernières - sans précédent sur le territoire national...

Il est vrai que pour être préoccupant, le mal français que certains osent qualifier de « cancer sociétal », est tout à la fois brutal et pérenne, lancinant et aigu, intergénérationnel et inédit à tel point qu'il pourrait, en comparaison particulièrement de nos voisins rhénans et plus généralement ceux d'Europe du Nord, être assimilé à une exception française bien peu flatteuse. Les flash-back sont saisissants : en 2014, « le chômage se retrouve à peu près à son niveau record de 1993¹ ! » et « en quatorze ans, entre 2001 et 2015, la France n'a pas créé d'emploi et ne s'est pas mise en posture d'en créer dans le secteur privé - en réalité, ce nombre est légèrement monté jusqu'en 2008, pour redescendre ensuite, à cause de la crise - alors que dans le même temps, la population française est passée de 61 à 66 millions d'habitants² ».

Et les dix dernières années ont été particulièrement dévastatrices. Rien que durant le quinquennat de Nicolas Sarkozy, malgré sa réforme du Service Public de l'Emploi, qu'il qualifiait lui-même d'emblématique, malgré la création de Pôle emploi, cet établissement public qui devait nous porter vers le plein emploi dès 2012 selon le secrétaire d'Etat à l'Emploi de l'époque, le chômage a cru de 750 000 demandeurs d'emploi. Quant à l'actuel quinquennat, en dépit de « l'alignement des planètes », la courbe, loin de « s'inverser », s'est furieusement raidie... pour les quatre premières années, c'est 650 000 nouveaux chômeurs qui sont venus gonfler le dramatique cortège des privés d'emploi...

¹ Philippe Plassard. Le Nouvel Economiste. 30 mai 2014

² François Lenglet. Le Point. 11 janvier 2016

Croissance en berne et chômage en forte croissance. Force est de constater que d'une part « la croissance de notre pays n'a pas brutalement chuté depuis un an, ou cinq, ou dix... Elle s'affaisse depuis un demi-siècle : 5 % dans les années 1960, 4 % dans les années 1970, 3 % dans les années 1980, 2 % dans les années 1990 et... 1 % depuis 2000 !... Et le chômage en France a toujours été supérieur à 8 % depuis 25 ans !... 20 % des jeunes actifs est sans emploi depuis 1980³ ». L'effort financier, inadapté et peu ciblé, pour lutter contre le chômage a par ailleurs toujours été important et en permanente augmentation pour atteindre, voire dépasser quelques 100 milliards d'euros répartis à travers le coût de son traitement social, de la formation, des allègements de charges en direction des entreprises, et le budget de fonctionnement du Service Public de l'Emploi, toujours atomisé en de multiples entités. Notre pays est en guerre, mais il consacre plus de ressources à la formation qu'à sa défense et globalement plus du triple à sa ou ses politiques de l'emploi qu'à la sécurité territoriale de son pays... Et le chômage ne cesse cependant de prospérer !

Au-delà de la querelle de chiffres à laquelle se livre sans vergogne et très régulièrement la classe politique, au-delà des méthodes de comptabilisation de la DARES/Pôle emploi ou du BIT/INSEE, au-delà des sempiternels débats sur la légitimité de la classification catégorielle des demandeurs d'emploi, fin août 2016, la France comptait toutes catégories confondues 6 611 300 demandeurs d'emploi, rien que pour la catégorie A, 3 556 800 hors outre-mer.

Apparition d'un chômage de longue durée et des « nouveaux pauvres ».

Les « Trente piteuses » ont depuis le premier choc pétrolier succédé aux « Trente glorieuses » et avec elles, le chômage, connu pour être jusqu'alors un avatar personnel passager et ne touchant qu'une partie résiduelle de la population, est devenu un phénomène de masse qui frappe dans la durée, touchant toutes les classes d'âge et toutes les classes sociales, particulièrement les jeunes, y compris les diplômés et les seniors, de plus en plus jeunes, générant ainsi l'apparition d'une nouvelle catégorie de citoyens : les nouveaux pauvres. Pire ! Bénéficiaire d'un emploi n'est plus gage de pouvoir échapper à cette nouvelle catégorie sociale. En effet, la France compte désormais 5 millions de français vivant sous le seuil de pauvreté, et près de 7 millions de personnes sont touchées par la précarité... Quel français n'a pas dans son voisinage proche, familial ou relationnel, un demandeur d'emploi qui se désespère ?

La situation des demandeurs d'emploi indemnisés par l'Assurance chômage traduit ce phénomène de paupérisation rampante : un demandeur d'emploi sur deux est indemnisé, 50 % des bénéficiaires perçoivent moins de 968 euros/mois (pour une indemnisation moyenne de 1058 euros), et 1,4 million travaille chaque mois pour des contrats de courte durée. Plus inquiétant encore, 32 % des demandeurs d'emploi indemnisés ont déjà perçu un an d'allocation et 25 % d'entre eux ont des droits inférieurs à un an⁴ !

B. L'abandon des fondamentaux

Quand les français pensent emploi... Les politiques pensent « courbe ».

Paradoxalement, chacun est persuadé qu'il y a du travail en France, mais qu'il y a une incapacité de nos politiques à le transformer en emploi. Lorsque le citoyen cherche un emploi, le gouvernant pense courbe. Alors que la durée moyenne de recherche d'emploi atteint désormais une année, le politique commente mois après mois des chiffres incomplets puisque l'outre-mer en est exclu. Lorsque le politique réfléchit à la formation des demandeurs d'emploi, il pense catégorie de chômeurs, et le chômeur ne comprend pas comment il a pu en arriver là...

Car la question est posée désormais tant en termes de bilan que d'espérance, directement ou pas, consciemment ou pas. Comment un pays, cinquième puissance industrielle mondiale, créateur et promoteur d'un système de Protection sociale unique au monde, au rayonnement intellectuel reconnu dont le taux de natalité reste surtout en termes de comparaison, l'un des meilleurs européens, dont en termes budgétaire la priorité est donnée à l'éducation depuis plusieurs générations en arrive à douter de lui-même, tétanisé qu'il est de ne pas avoir ni anticipé ni géré les mutations socio-économiques passées, et n'en tirant aucune leçon, n'a pas encore mis en place les outils de gestion sociale des futures « Trente numériques ». Après avoir cru au veau d'or d'une société de services et de loisirs, abandonnant progressivement son industrie, l'effroi de l'ubérisation vient percuter sa peur de la mondialisation pourtant source d'opportunités.

³ Bernard Attali. «Si nous voulions». Flammarion/Café Voltaire. 2014.

⁴ Rapport d'activité Unédic. 2015.

Un système scolaire qui exclut : la panne de la démocratisation de l'enseignement. Car des pans entiers de la société sont au point mort, en premier lieu le système éducatif qui exclut désormais plus qu'il n'intègre. Fini l'égalité des chances par l'éducation et la formation. Exit la méritocratie et l'ascenseur social. 120 000 jeunes sont encore en 2015 sortis du système scolaire et viendront rapidement rejoindre les NEET - les jeunes ni en emploi ni en études ni en formation. Là encore, rien de bien nouveau ! Dès 1996, un rapport sur l'illettrisme expliquait que « 15 à 20% d'élèves de chaque génération ne maîtrisent pas la lecture à l'entrée au collège » et Althusser dénonçait le renouvellement des classes bourgeoises par l'école dès les années 70. Le candidat à la magistrature suprême, en 1995, Jacques Chirac, a fait du thème de « la fracture sociale », le concept central de sa campagne.

À l'autre bout du cursus, l'enseignement supérieur n'est guère plus efficace. Au fil des parutions des enquêtes PISA la France ne cesse de dégringoler dans le classement des nations les plus performantes au regard de leur système éducatif. « L'apprentissage du travail collaboratif » est inexistant, ce qui s'avère dramatique au regard de l'importance des nouvelles technologies dans la « sphère travail ». Trente ans après la création des zones d'éducation prioritaire, l'échec est patent : la géographie sociale constitue bel et bien une discrimination négative. En d'autres termes, l'éducation ne prépare en rien notre jeunesse au passage d'un monde vertical à un monde horizontal ! Elle entérine le cloisonnement social et culturel avec les meilleures intentions du monde.

Or la relation entre performance du système éducatif et le taux de croissance est désormais établie. Ainsi, si la France se hisse au rang de l'Allemagne dans ce classement, se serait 11,5 milliards d'euros (bruts) en gains de PIB annuels sur la période 2015-2050, 0,12 point annuel d'ici 2050 et 0,37 entre 2050 et 2075 et si la France obtenait les résultats des coréens du sud qui se placent en tête, cela serait 0,28 point de croissance annuelle supplémentaire d'ici 0,37 et 0,83 entre 2050 et 2075⁵...

Les politiques aux abois : velléité et incapacité, toujours la même politique.

Quarante ans de chômage continu, de croissance décroissante, de contentement d'un accompagnement social plus financier qu'opérationnel, d'un Service Public de l'Emploi autocentré qui s'entête à croire que la thérapie est administrative et

non économique, que le centralisme est aujourd'hui toujours plus efficace qu'une stratégie économique territoriale conçue et voulue par le Territoire.

Quarante ans d'approches macroéconomiques, quarante ans d'entêtement pour des solutions « keynésiennes » par les répétiteurs labellisés de la pensée officielle, par les boutiquiers balzacien de la bureaucratie française et autres pères Coriot de cabinet : baisser les charges des entreprises, flexibiliser et simplifier le code du travail, réduire la fiscalité pesant sur les ménages... et les entreprises, le tout étant financé par d'arlésiennes contractions des dépenses publiques... et par un endettement public qui tutoie désormais 100 % du PIB.

À chaque échéance électorale, à chaque poussée de fièvre sociale, à chaque montée de mercure dans le thermomètre, on répond par un déplacement du curseur de la même politique... Plus d'aides, plus d'allègements de charges, plus d'emplois aidés : le plus, symptôme du vide de la pensée.

C. À l'effet collatéral considérable : le déchirement du tissu social

Emploi à vie et petits boulots. Dès lors, après quarante ans de certitudes et de velléités de la part de la classe politique, le monde du travail s'est non seulement scindé entre actifs et privés d'emploi, mais plus encore, en fonction du statut conféré au regard de la pérennité de l'emploi. Ainsi, titulaire d'un emploi à vie, titulaire d'un CDI, d'un CDD de relative longue durée ou d'un petit boulot, le regard sur la vie ne peut être le même. On parle de nantis pour la première catégorie, celle des fonctionnaires qui représente 20 % de l'emploi total en France (27% tout emploi public confondu), de privilégiés pour la seconde soit 80 % de l'emploi privé enfin de victimes de la crise puisqu'à ce jour plus de 80 % des contrats signés le sont pour une durée limitée.

Une logique destructrice : logement, santé, suicide ! Plus encore, avec le chômage de longue durée, les liens sociaux du demandeur d'emploi se diluent lentement et insensiblement. L'obtention d'un logement s'éloigne au fur et à mesure que le temps de chômage s'allonge, et faute de moyens, l'abandon du logement devient une nécessité. Alors maladies chroniques et suicides apparaissent.

⁵ France Stratégie, Juin 2016.

Les jeunes, diplômés ou pas, se voient dans l'obligation de rester vivre dans leur famille d'origine, en totale dépendance, mouvement en contradiction avec celui des années 70. Un sans-abri sur dix est un diplômé. Pour les cadres qui, entre 40 et 50 ans, se retrouvent privés d'emploi, la cellule familiale se distend, voire implose. Ainsi, malgré les 41 milliards injectés annuellement dans le logement, la précarité est telle que 12 à 14 millions de français souffrent du mal logement...

Mais la logique destructrice du chômage ne s'arrête malheureusement pas là. Entre accroissement des troubles dépressifs et suicidaires, entre risque de séparation et risque de l'hypertension, le chômage serait responsable du décès de 10 000 à 14 000 personnes en France⁶, soit autant que le tabagisme et plus de deux fois plus que les décès par accidents de la route. Ainsi « pour une augmentation de 10 % du taux de chômage, le taux de suicide tous sexes confondus augmente significativement de 1,5 %... Et l'on sait que le taux de chômage a augmenté en France de 47 % depuis 2008 !!!

La fatalité du déclinisme. La France est inquiète. Pire, elle doute ! Elle doute de sa classe politique, de ses pouvoirs publics, elle doute d'elle-même. Les français sont minés par cette longue maladie aux effets collatéraux multiples, et les docteurs à son chevet, chargés d'administrer une médication réparatrice ne savent plus quoi penser. « Car le pire n'est pas dans les chiffres. Le pire est dans les esprits. Nos concitoyens sont atteints d'une pathologie grave : la défiance⁷ ». Pour la première fois depuis la seconde guerre mondiale, la peur du déclasserment social l'emporte sur l'espoir de l'ascension sociale entraînant une perte d'estime de soi caractérisant une génération reconnue sacrifiée. Et le commentaire audiovisuel mensuel des chiffres du chômage par les gouvernants et la sphère médiatique compatissante, devenu rite républicain stérile, s'apparente à une morne séquence collective d'autoflagellation.

⁶ « L'impact du chômage sur les personnes et leur entourage : mieux prévenir et accompagner ». Rapport du CESE. Juin 2016.

⁷ Bernard Attali. « Si nous voulions ». Flammarion/Café Voltaire. 2014.

CHAPITRE II : LE CHÔMAGE, UN PHÉNOMÈNE INTERMINABLEMENT PASSAGER

A. Trente ans de destruction non créatrice

Depuis la fin du 19ème siècle jusque dans les années 80, le salariat a été dans les pays occidentaux le modèle dominant au sein du monde du travail. Or, depuis plus de trente ans, depuis les « Trente piteuses », ce modèle est remis en cause par un chômage de masse sur lequel buttent les politiques publiques.

Le salariat n'est plus ce qu'il était. Le salariat apparaît aujourd'hui comme une modalité de l'emploi de plus en plus précaire au sein de la « nouvelle révolution industrielle », celle des « Trente numériques », qui bouleverse aujourd'hui l'économie mondiale... et ceci malgré la création du statut d'auto-entrepreneurs. Si le CDI demeure la norme, 80 % des contrats de travail désormais signés, le sont sous statut CDD ; quant au passage du CDD en CDI, c'est devenu le graal du salarié. Mais cette précarité va bien au-delà du statut du contrat de travail. Si les femmes représentent désormais 47 % de l'emploi total, cette hausse quantitative cache une triste réalité. Parmi celles qui travaillent, 30 % sont à temps partiel en 2012 contre 16 % en 1975. Or, près d'une femme à temps partiel sur trois souhaiterait travailler plus...

L'État : gestionnaire calamiteux, visionnaire myope. L'Etat et les collectivités territoriales montrent rarement l'exemple en ce domaine. Dans un pays dans lequel règne la passion de l'égalité, le marché du travail est devenu depuis trente ans un puits d'inégalités à défaut d'être une corne d'abondance.

Première grande mutation, la destruction vertigineuse des emplois industriels. Elle atteste d'une absence de stratégie ambitieuse - la récente « affaire Alstom », est à cet égard très révélatrice - de la part de l'État : à vouloir tout administrer, contrôler et manager, l'État a renoncé à impulser et accompagner une politique industrielle dans un monde ultra-concurrentiel dans ce domaine (Chine, sous-continent indien, Corée du Sud, Japon, Vietnam). En effet, la désindustrialisation s'est amorcée en France dans les années 1960, et s'est amplifiée dans les années 1980. La part de l'industrie

dans la valeur ajoutée est alors passée de 25 % en 1960 à 10 % aujourd'hui. Cette baisse est à rapprocher de la croissance continue des services marchands, qui passe de 35 % au début des années 1950 à plus de 50 % aujourd'hui. Le buzz autour du « made in France » est le symptôme de cette déshérence qui tourne à l'obsession faute de solutions réalistes et innovantes au-delà des pôles de compétitivité et des clusters.

Parallèlement, l'emploi public, tout particulièrement celui des collectivités territoriales, a connu un boom spectaculaire : il représente depuis le milieu des années 1980 environ 20 % de la valeur ajoutée totale (et des emplois - 5,6 millions), contre 12 % au début des années 1950 et a généré divers facteurs freinant durablement la croissance : l'explosion de la dette publique, de 64,2 % du PIB fin 2008 à 96,9 % fin 2015, la hausse spectaculaire des prélèvements de 34 % du PIB au cours des quinze années précédant le premier choc pétrolier à 44,7 % en 2015, le déséquilibre dramatique du commerce extérieur ; l'année 2015 s'étant illustrée par un déficit commercial de 45,7 milliards d'euros !

B. Aux conséquences inédites

La reconfiguration des secteurs d'activité et de la géographie de la production mondiale. Dès lors, très logiquement, durant cette période des « Trente piteuses » plus de 8,8 millions d'emplois ont été créés dans le tertiaire, 2,5 millions d'emplois dans l'industrie détruits et de 1,4 million dans l'agriculture. En 1975, la « sphère productive » représentait plus de la moitié des emplois dans 10 régions sur les 22 de métropole, 49 départements sur 96, 208 des 348 zones d'emploi. Vers la fin de la première décennie des années 2000, elle n'était, déjà, plus majoritaire dans aucune région ni aucun département, et elle ne le restait que dans seulement 10 zones d'emploi... Et l'Asie est devenue l'usine du monde ! La suppression du Plan a facilité aux marchés d'imposer leur dictature !!!

L'avènement de la nouvelle économie : le clavier roi ou l'économie numérique.

Selon une étude du cabinet McKinsey, l'économie numérique représenterait désormais 5,5 % du PIB français, et 25 % de la croissance nationale, le « numérique » ayant contribué à hauteur de 113 milliards d'euros au PIB national. Ce secteur emploie aujourd'hui près de 4 % des salariés du secteur marchand non agricole et représente 2 % des établissements. Mais l'inéluctable « troisième révolution » serait, selon le cabinet Roland Berger⁸, plus destructrice d'emplois que créatrice. 3 millions

de postes pourraient être détruits en France d'ici 2025 et 42 % des métiers seraient concernés ; le secteur des services ne sera pas épargné, pas plus que les métiers dits intellectuels. À cet égard le système d'intelligence artificielle Watson d'IBM est très révélateur. Ce même cabinet estime le gain lié à l'automatisation à 40 % des coûts dans les sociétés de service et 20 % dans l'industrie et le secteur primaire !

⁸ « Les classes moyennes face à la transformation digitale ». Roland Berger. Octobre 2014.

CHAPITRE III : LES DÉRISOIRES ET INADAPTÉES THÉRAPIES : L'OMNIPRÉSENT ET INTROUVABLE SERVICE PUBLIC DE L'EMPLOI

A. Faire compliqué quand on peut faire simple

La complexité du meccano. Progressivement bâti dans les années d'après-guerre et au cours des « Trente glorieuses », à une époque où l'expression « Ressources humaines » n'est pas encore employée, le Service Public de l'Emploi est avant tout une construction institutionnelle composite, conglomérat d'organismes le plus souvent autocentrés, aux compétences floues car générales, réunissant une multiplicité d'acteurs se télescopant les uns les autres et pianotant sur un empilement de dispositifs rivalisant entre eux de complexité pour atteindre des objectifs tellement généraux qu'ils en perdent toute valeur pédagogique et tout effet d'entraînement ! On peine à discerner l'efficacité, on cherche vainement le résultat !

Agrégeant au fil du temps les services déconcentrés de l'Etat, les collectivités territoriales et les partenaires sociaux, le Service Public de l'Emploi prétend pouvoir réguler seul le marché du travail de bout en bout : incitation à l'embauche, formation, indemnisation et accompagnement du demandeur d'emploi à travers une multitude d'acteurs (DIRECCTE, AFPA, Pôle emploi, APEC, PLIE, Missions Locales, CAP emploi, AGEFIPH...)

Piloté au plan national par la DGEFP, Direction du ministère du travail et au niveau régional et départemental par les préfets via les DIRECCTE, il relève inévitablement d'une conception administrative de l'emploi, avec un corollaire : normaliser et uniformiser le réel en croyant l'appivoiser, sinon le domestiquer. Ce qui explique en partie le culte des chiffres et des indicateurs, et leur foisonnement intempestif. Ceci est d'autant plus vrai que la dernière réforme du Service Public de l'Emploi de 2009, a créé son nouveau navire amiral, Pôle emploi, sous statut établissement public administratif !

Un opérateur unique, Janus bifrons. Pendant la campagne des élections présidentielles de 2007, le candidat Nicolas Sarkozy avait affiché entre autres dans son programme la « fusion ANPE-Unédic », vieux serpent de mer dont on parlait depuis longtemps dans les milieux autorisés. En vérité, ce projet s'inscrivait dans un programme plus vaste de liquidation du paritarisme, coupable aux yeux du candidat d'être une relique encombrante du passé, et qui méritait d'être télescopé

sans ménagement par une approche disruptive. En définitive, ce fut un traitement administratif qui fut appliqué, un peu à la façon des médecins du théâtre de Molière, c'est-à-dire sans discernement aucun. On fit donc voter par le Parlement la création d'un établissement public administratif, Pôle emploi, présenté comme la panacée universelle puisqu'étant un opérateur unique. Néanmoins, le législateur prit le soin de maintenir en vie les missions locales, les maisons de l'emploi et les PLIE, autant de structures à la main des élus locaux sur le champ de l'emploi. Pour consoler les partenaires sociaux, la loi laissa la vie sauve à l'APEC, les installa au sein du conseil d'administration du nouvel opérateur, et créa les instances paritaires régionales auprès des directeurs régionaux de Pôle emploi, chargées de veiller à la bonne application des conventions d'Assurance chômage dans les régions. Enfin, l'Etat prit soin de faire financer le budget de fonctionnement du nouveau-né par l'Unédic à hauteur de deux tiers, soit 3,2 milliards d'euros en 2015. Avec deux donneurs d'ordre et deux financeurs, Pôle emploi subit en permanence les tensions de la tectonique des plaques.

La dilution des responsabilités. Il n'est pas étonnant dès lors que le Service Public de l'Emploi semble courir après le train des réalités économiques et sociales qui s'enchevêtrent dans le cadre de débats souvent conflictuels entre les gouvernements, les organisations patronales et les organisations syndicales. En France, le dialogue social est avant tout une intention.

Rien de moins que 80 dispositifs d'aide portés par lui sont actuellement dénombrés ! 8 000 organismes de formation vers lesquels seulement 10 % de demandeurs d'emploi sont orientés, une balkanisation structurelle persistante malgré la réforme de 2009, le Service Public de l'Emploi est un puzzle à pièces autonomes !

Les préfets le gèrent davantage à travers la réalisation d'objectifs administratifs comme l'atteinte d'un nombre de contrats aidés, véritable bombe sociale à retardement, fixé « ailleurs » qu'en cherchant les synergies entre stratégie et mutation économiques, formation ciblée et accompagnement efficient.

Ainsi, le Service Public de l'Emploi persiste à confondre de par sa propre nature consommation et action. Toujours plus de contrats aidés, de formation, d'aide à l'embauche, comme l'a montré le dernier plan « urgence contre le chômage » du 18 janvier 2016, tournant résolument le dos au monde économique... Je fais consommer davantage donc je maîtrise de mieux en mieux la situation !

C'est désormais un budget annuel de plus de 80 milliards d'euros dont il est question, géré soit directement par l'Etat ou les partenaires sociaux, et quelquefois cogéré par ces deux protagonistes, réparti entre indemnisation 34 milliards, formation 35 milliards, auxquels s'ajoutent les aides à l'embauche, les coûts de fonctionnement des multiples structures et une partie des 40 milliards de l'allègement de charges qui devaient participer à la baisse du chômage.

Et le chômage continue de croître !

Et lorsque la Cour des comptes dans le cadre naturel de sa mission constate avec une froide férocité dans son rapport de juillet 2015 : « Pôle emploi à l'épreuve du chômage de masse » : « des coûts croissants, une mission d'intermédiaire entre offre et demande d'emploi qui n'est plus prioritaire... », la vie continue !!! En réalité, à l'image de la sphère administrative, le Service Public de l'Emploi est un monde sans sanction !

Échec patent et occasions manquées. Deux exemples significatifs permettent d'illustrer le propos :

En premier lieu, l'Assurance chômage. Gérée par les partenaires sociaux, à qui il a été confié la gestion de l'indemnisation des demandeurs d'emploi, créé à une époque - 1958 - où rien n'en faisait obligation, elle est devenue avec la massification du chômage un formidable amortisseur de crise. Financée par les cotisations patronales et salariales (et aujourd'hui, en désespoir de cause, par les emprunts contractés sur les marchés financiers), lesquelles ne peuvent être augmentées à l'infini au fil des besoins, délivrant une indemnisation à tout le moins confortable, tant en durée qu'en montant, et perçue comme une des meilleures au monde, illustrant pour certains la «préférence française pour le chômage⁹», l'Assurance chômage enregistre désormais un déficit annuel de 4 milliards d'euros, 30 milliards cumulés ! Moins de cotisants, plus d'indemnités versées pour le régime général et des régimes spéciaux comme celui

⁹ Denis Olivennes. 1994.

des intermittents du spectacle vivant qui assurent à ceux-ci, non seulement un revenu de substitution, que d'aucuns qualifient de rente, mais un véritable statut... pour 256 000 bénéficiaires¹⁰ et 1 milliard de déficit à lui-seul !!! Voilà pour l'échec. Quant à l'occasion manquée, elle s'incarne dans le très récent fiasco des négociations - juin 2016 - en vue du renouvellement de la convention de l'Assurance chômage. Conscients d'un déficit structurel abyssal mettant en péril le système lui-même, obnubilés par la dégressivité des allocations, les organisations représentatives ont préféré botter en touche que, de concessions en concessions, parvenir à un accord. En d'autres termes fuir leur responsabilité par des postures hors sol et transmettre «la patate chaude» au gouvernement, lequel en période électorale a opté dans l'heure pour le statut quo !!!

Ensuite la régionalisation effective du Service Public de l'Emploi. Après les difficultés organisationnelles lors de sa création dues à une impréparation notoire, sujet néanmoins présent dans le débat public depuis plus de vingt ans, après avoir abandonné les principes fondateurs (métier unique, iso budget, iso effectif) induisant des synergies efficaces entre indemnisation et accompagnement légitimant la réforme, après des sondages traduisant une forte méfiance des français dans la capacité de Pôle emploi à leur procurer un travail¹¹, l'échec de Pôle emploi est patent. Avec le vote de la loi NOTRe, l'irruption des Conseils régionaux dans le paysage de l'emploi va probablement changer la donne : les Présidents de région ont une légitimité démocratique indéniable : ils sont au fait des réalités économiques de leur territoire agissant sur les bassins d'emploi. Comme l'ont demandé le Sénat et l'Association des Régions de France lors du débat parlementaire préalable, afin de pouvoir réaliser une prestation de bout en bout, afin de trouver pertinence et cohérence au niveau régional, il eut été judicieux après avoir décentralisé stratégie économique et prescription de formation, l'accompagnement des demandeurs d'emploi aux Régions¹². Ce à quoi le gouvernement, après moultes hésitations et déclarations contradictoires, s'est définitivement refusé.

Occasion manquée certes, mais pas pour tout le monde ! Xavier Bertrand est le premier d'entre des Présidents de région à avoir saisi le sujet à bras le corps en

¹⁰ Rapport Gille-Combexelle-Archambault sur l'intermittence. 2014.

¹¹ Sondage Sud-Ouest Dimanche. Février 2014. À la question « Auriez-vous confiance dans Pôle emploi pour vous procurer du travail ? » 10% des sondés répondent « oui », 77% « non » et 13% ne savent pas. 27-1-15 : sondage classant Pôle emploi dernier des Services Publics aux yeux des français pour la qualité de ses services.

¹² Cf. tribune. Les Echos. Si on essayait les Régions. 12-12-14.

créant le dispositif expérimental Proch'emploi... « je n'attendrai pas une énième réforme de Pôle emploi ! », c'est dire ! Et le Conseil régional de «Nouvelle Aquitaine» sur le site idoine met à disposition plus d'offres d'emploi que le site Pôle emploi à périmètre géographique identique !

B. En attendant la croissance, le traitement social : pain, méthode Coué et télé-réalité !

L'imagination en panne. Le chômage de masse structurel que subit la France depuis plus de trente ans semble tétaniser les pouvoirs publics et empêcher toute forme d'audace. Depuis la création de l'Assurance chômage en 1958, il n'y a jamais eu de corrélation formelle entre le versement d'un revenu de remplacement et le retour à l'emploi. En 2001-2002, les représentants du MEDEF et de la CFDT au sein de l'Unédic ont certes institué le Plan d'Aide au Retour à l'Emploi (PARE) en mettant notamment en exergue le principe de droits et de devoirs pour le demandeur d'emploi. En instaurant cette philosophie contractuelle, le PARE a mis fin à la dégressivité des allocations chômage laquelle revient en force dans le débat politique actuel comme remède éprouvé pour mettre un terme au déficit de l'Assurance chômage.

En parallèle du rôle de l'Assurance chômage (voir chapitre dédié), les politiques de l'emploi depuis les années 80 se sont grosso modo résumées à la mise en œuvre par l'Etat des contrats aidés, dont le principe repose sur le financement d'emplois à durée déterminée par l'impôt, en priorité dans le secteur public¹³. Entre 2005 et 2011, 2,2 millions de conventions initiales de contrats aidés ont été signées dont les trois quarts dans le secteur non marchand. Depuis cette date, c'est en moyenne pas moins de 400 000 contrats aidés par an qui ont été financés. En résumé, l'argent public alimente le secteur public : la logique de socialisation des dépenses est poussée à l'extrême.

Vous avez-dit culture, mon cher cousin ? Dans le même temps, le gouvernement actuel mise sur un hypothétique retour de la « croissance » - le précédent Président voulait aller la chercher avec les dents !!! - pour réduire mécaniquement le taux de chômage, alors que les deux aspects du problème doivent être traités simultanément : taux de chômage et taux d'emploi. Ce qui implique une politique de promotion de l'emploi qui sorte de l'ornière idéologique de la réduction du temps de travail. Car

pour qu'il y ait une augmentation du travail, encore faut-il qu'il y ait a minima une culture du travail. Comme l'explique très bien André Comte-Sponville, le travail n'est pas une valeur en soi. C'est d'abord une question de comportement. Les anglosaxons l'ont parfaitement compris avec les démarches de nudge (économie comportementale) initiées depuis plusieurs années. Le rôle des pouvoirs publics est bien de réunir les conditions pour que le travail salarié et non salarié se développe en collant de près aux innovations technologiques et sociales, ce qui nécessite une proximité, une perméabilité entre l'enseignement supérieur, la formation continue et les acteurs économiques.

La guerre des chiffres : illusion comique ou illusion tragique. La publication mensuelle urbi et orbi des chiffres du chômage et de leur commentaire est devenu au fil des ans un rite républicain. Mais que commente-t-on ? L'habitude a été prise au fil des ans de concentrer regards et commentaires sur la seule « catégorie A », celle qui comptabilise les demandeurs d'emploi à plein temps, sans aucune activité. Comme si, les seuls ressortissants de la « catégorie A » étaient les seuls vrais chômeurs, alors qu'aujourd'hui la moitié d'entre eux ont une activité salariée réduite (catégorie B).

Or, la « catégorie A » est sujette à suspensions dans la mesure où, à l'intérieur de la nomenclature regroupant les différentes catégories, un principe de vases communicants s'opère naturellement, très logiquement, suivant en cela l'évolution « statutaire » du demandeur d'emploi puisque le même demandeur d'emploi de la « catégorie A » rejoint la « catégorie D » dès lors qu'il est, par exemple, admis en formation. À cela s'ajoute l'éternelle contestation syndicale qui accuse en permanence l'opérateur public de procéder à des radiations de la liste en « mode processus industriel ». Chiffres suspectés certes, mais chiffres également propices à toutes les contorsions imposées par le discours politique. La manipulation des chiffres conduit à la désinformation... Ainsi, l'exécutif actuel compare sciemment l'incomparable - des catégories différentes - pour mettre en exergue l'efficacité de son action... «Le chômage a augmenté d'un million sous le précédent quinquennat»¹⁴ affirme-t-il péremptoirement, ne s'attribuant que 600 000 demandeurs d'emploi supplémentaires ! En tout état de cause, les pouvoirs publics oublient un principe fondamental de notre République qui est par essence « une et indivisible ». Car quels que soient les chiffres, quelles que soient les catégories, nos compatriotes outre marins sont

¹³ DARES. Février 2014. Les contrats aidés de 2005 à 2011.

¹⁴ Le 17 mai 2016, invité d'Europe1.

systématiquement oubliés ! Rien que 280 000 demandeurs d'emploi indemnisés sont mensuellement oubliés...

Ne serait-il pas plus sage, l'économie répondant à des cycles longs que les chiffres concoctés par Pôle emploi/Dares correspondent d'une part à l'ensemble du territoire, c'est-à-dire Dom compris et soit diffusés une fois par trimestre. La pression du court-termisme serait un instant relâchée et la République traiterait ses enfants sur le même pied d'égalité !

CHAPITRE IV : LA CONFUSION ENTRE URGENCES ET PRIORITÉS, ENTRE STRATÉGIE ET COURT-TERMISME

A. Centralisme et territoire : un débat ouvert depuis 1789

Paris d'abord, Paris ensuite... Depuis François 1^{er} « Paris n'est pas une ville, c'est un pays » ! Longtemps imputé aux révolutionnaires que furent les jacobins, le centralisme absolu date en réalité de la monarchie¹⁵ qui pour asseoir à la fois son pouvoir et la cohésion du royaume n'avait pas d'autres choix. L'Empereur à travers sa vision créatrice d'un état fort et d'un pouvoir personnel n'a fait que renforcer ce phénomène. Quant à la République qui a mis plus d'un siècle à s'imposer contre les monarchistes, les conservateurs, les anarchistes et autres opposants de tous bords, elle s'est inscrite résolument dans cette perspective pour mettre en œuvre un modèle à la fois démocratique et social original.

Depuis lors tout part d'en haut vers « la France d'en bas ». Tout est décidé à Paris, tout doit être relayé par une administration stratifiée qui n'est pas conçue et n'a pas pouvoir à adapter en termes locaux ce que d'autres en d'autres lieux ont décidé. Jean-François Gravier en 1947 avec son ouvrage « Paris et le désert français » dénoncera avec force ce qu'il appelle la « macrocéphalie parisienne ». Paris dévore la France, Paris absorbe goulument la Province.

Qu'à cela ne tienne, les partenaires sociaux, lors du débat parlementaire préalable à la loi NOTRe, ont tenu « à réaffirmer leur attachement au principe d'une politique de l'emploi définie et pilotée au niveau national dont Pôle emploi en tant qu'opérateur national est un des principaux acteurs. Une régionalisation du Service Public de l'Emploi n'offrirait, selon nous, aucune garantie d'équité en matière d'offres de services proposés sur les territoires ». L'Allemagne et ses Länder seraient-ils une fabrique d'iniquité ?

De compliqué, le monde est devenu complexe. Comment dès lors appliquer un même remède national à des pathologies différentes ? Comment le même vaccin pourrait-il combattre différents virus ?

¹⁵ Tocqueville. L'Ancien Régime et la révolution.

Pour une autre vision, pour une autre opérationnalité : les Territoires ! Avec le projet d'ATD quart monde : « territoires, zéro chômage longue durée », c'est une toute nouvelle approche de lutte contre le chômage, particulièrement de longue durée qui voit le jour. Fondé sur le volontariat des bénéficiaires de l'accompagnement, sur la connaissance de la population par les Territoires et sur l'idée que le travail ne manque pas contrairement à l'emploi, reposant sur trois principes : les chômeurs de longue durée sont capables et désirent travailler, tous les travaux nécessaires aux collectivités ne sont pas effectués et les aides perçues par cette population sont plus élevées que le coût de leur travail, ce projet à l'initiative d'une ONG et non de la puissance publique paralysée depuis plus de trente ans, voté à l'unanimité par les deux chambres, semble répondre aux « réalités vraies » de terrain !

B. La dictature du court termisme

Attendre c'est « user sans créer¹⁶ » et attendre la croissance comme d'autres attendent Godot, c'est remettre sa destinée dans des mains extérieures, c'est conséquemment dénaturer le Service Public de l'Emploi en lui assignant des tâches dont chacun sait qu'elles ne seront que des pis-allers...

Feu le Plan. De tous temps, l'intervention de l'Etat a été en France un facteur structurant pour la société. De Colbert à la planification à la française définie par Jean Monnet au lendemain de la Libération, le développement économique a toujours été pensé par le « Politique ». Cette « préparation rationnelle de la croissance économique et du développement des activités collectives¹⁷ » a eu pour conséquence notamment l'élaboration de grands projets, autant de réussites économiques spectaculaires : Ariane, Airbus, le TGV, le nucléaire civil... La chute du mur de Berlin a précipité le déclin de la planification à la française, elle-même commencée paradoxalement avec l'arrivée de la gauche au pouvoir en France. C'est l'Europe et sa technocratie à travers les fonds structurels et sa politique de déréglementation qui vont utiliser l'espace désormais libre... « La délégation de souveraineté pensée par Valéry Giscard d'Estaing, et mise en place par François Mitterrand, qui conduiront peu à peu 80 % de nos lois à être des transpositions de directives européennes rendra

vaine la planification. La France maîtrise de moins en moins sa politique et ne peut donc logiquement plus la planifier¹⁸ ». Et « supprimer le Plan au nom d'un libéralisme impulsif serait priver le pouvoir d'une de ses armes contre la dictature de l'instant¹⁹ » ...

La religion du panel. L'instant est désormais roi, les décisions sont désormais prises en fonction des mouvements d'opinion décelés quasi-quotidiennement à partir de 1 000 français interrogés et quelquefois moins. Et puisque la politique économique a besoin de temps pour se définir, se déployer et montrer ses effets, tant ses succès que ses échecs, la conception de l'action politique a radicalement changé de nature. Son champ, pris entre une Europe gloutonne et trop souvent illisible et un hexagone ayant laissé sa propre réflexion à des cabinets agissant, monopolisant les chaînes d'information en continu, s'est rétréci. Contraint de se recentrer sur le possible, c'est-à-dire ce qui subsiste de l'action politique, par défaut il règne très naturellement sur l'Administratif... C'est le conjoncturel en lieu et place du structurel ! C'est hélas désormais le mal endémique qui ronge l'action politique. Les chiffres du chômage « plongent » un mois, les médias s'en font immédiatement caisse de résonance, alors le gouvernement décide dans la minute d'une nouvelle augmentation du nombre de contrats aidés ! « L'inversion de la courbe » n'est pas au rendez-vous, alors un plan urgence est annoncé à la hâte, financé par des économies introuvables, pour former les demandeurs d'emploi sans préciser vers quel secteur, sans se soucier si le système d'apprentissage est apte à « absorber » si brutalement cette vague. Les négociations entre partenaires sociaux pour élaborer une nouvelle convention d'Assurance chômage échouent, ce qui était prévisible. Ce faisant, le gouvernement décide dans l'heure de laisser en l'état la réglementation sachant qu'en un an, ce sera une augmentation du déficit de plus de 4 milliards d'euros supplémentaires... Quand bien même dans le cadre de son programme d'économies de 50 milliards d'euros sur 2015-2017, le gouvernement escompte 2 milliards d'euros d'économies de la part de l'Unédic à l'horizon 2017... après les élections présidentielles !!!

L'ubérisation de l'économie. La France voit poindre la fin du salariat pour tous, et l'avènement d'un nouveau prolétariat libéral... affranchi fiscalement et socialement, « flexibilisé » à souhait : l'entrepreneur pur et parfait. En quelque sorte, le triomphe digital de la génération « Point Break ». Ce serait la fin de la verticalité, des relations formelles, des hiérarchies factices et illégitimes, des privilèges à vie de formations initiales confidentielles, et des déterminismes sociaux. En somme, la fin de la domination

¹⁶ Jean Monnet. Rapport général sur le premier Plan. Novembre 1946 - Janvier 1947.

¹⁷ « Pour une analyse sociologique de la planification française. Michel Crozier. 1965.

¹⁸ Stratégie, Interventionnisme, Planification : Mais où va la France ? Alexandre Mandil. Glorieuse France.

¹⁹ Pierre Massé. Directeur Général du Plan.

des « rentiers ». L'ère numérique restituerait enfin le monde aux « talentueux », aux irrévérencieux, aux esprits libres... et à ceux qui ont faim. La majorité des métiers connus disparaîtront d'ici vingt ans et laisseront place à de nouvelles compétences... qui restent à inventer. L'accès à l'éducation, globale, accessible, universelle, elle-même serait à brève échéance bouleversé : c'est l'avènement des MOOC.

Mais ce « grand soir » libéral n'est préparé que par quelques opérateurs globaux et hypercapitalisés. Quant aux perspectives et finalités, elles restent bien vagues en termes d'emploi. Google, avec 550 milliards de dollars de capitalisation et 1 milliard d'utilisateurs, rassemble 10 000 collaborateurs... seulement. Le premier effet de la Révolution numérique - du moins en France - ne semble donc pas tant porter sur les modalités de l'emploi que sur sa quantité disponible, c'est-à-dire sa capacité à fracasser la muraille du chômage de masse...

CHAPITRE I : RÉPONDRE ENFIN À LA NOUVELLE DONNE

Lorsque François Mitterrand en 1993 déclare «contre le chômage on a tout essayé», il a contrairement à ce que tous les commentateurs ont dit, raison. Oui, on a tout essayé... au sein des politiques classiques, néokeynésiennes. Après les « Trente glorieuses », tout au long des « Trente piteuses », et plus encore au début des « Trente numériques », à chaque poussée de fièvre, à chaque montée du chômage les mêmes instruments tirés de la même boîte à outils sont utilisés à l'aveugle : plus de contrats aidés, nouvelle baisse des charges, plus de formation, alors que le taux de reclassement en sortie de stage stagne depuis des années à 50 %... En réalité, on s'obstine à soigner le mal avec les vieilles recettes de grand-mère alors qu'un nouveau monde frappe à la porte ! À nouvelle donne, nouvelle conception, nouvelles mises en œuvre !

Casser la préférence pour le chômage. « Nous avons assumé la crise, depuis le milieu des années soixante-dix, grâce à un consensus social fondé sur le partage des revenus à travers les transferts sociaux plutôt qu'à travers le travail... en même temps, ils (étaient) relativement indolores en permettant de financer une Protection sociale étendue qui lui servait d'amortisseur... Si étrange que cela puisse sembler... les exclus de l'emploi, parce qu'ils bénéficient des prestations de l'État providence, peuvent participer, eux aussi, au consensus qui fabrique le chômage ». Ainsi analysait la situation Denis Olivennes... en 1994 ! Ainsi, point de fatalité, rien que de la facilité voire de la lâcheté, rien que de la morphine en lieu et place d'un traitement de choc ! 20 ans plus tard : « Notre objectif est de ramener le nombre de chômeurs en dessous de 3 millions en... 2017²⁰ ». Rien que du contentement, point d'ambition et encore moins d'effort... En réalité, la préférence des français pour le chômage résulte de la convergence du phénomène décrit par Denis Olivennes, et de la non culture française du travail (cf. paragraphe plus haut). La réduction du temps de travail hebdomadaire n'est que la déclinaison de la posture française devant le travail. Le récent refus de la justice administrative de lier l'obtention du RSA à la fourniture de quelques heures de travail d'intérêt général - formidable occasion manquée - s'inscrit dans le prolongement de cette posture, au-delà des arguments juridiques, et ferme l'éternel et lancinant débat, jamais tranché sur les minima sociaux et leur éventuel frein au retour à l'emploi... Ce qui rend encore plus novateur le

²⁰ François Rebsamen, Ministre du Travail. 2015.

pari d'ATD Quart monde !²¹.

Alors « que faire ? ». Cette préférence pour le chômage de masse facilitant l'action ou plus exactement l'inertie des gouvernants, au point de leur retirer tout sens des responsabilités, et satisfaisant le privé d'emploi dans une période d'argent à bas prix, constitue un piège appelé à se refermer inévitablement sur ceux-là même qui depuis tant d'années s'en satisfont, dès lors que le loyer de l'argent redeviendra plus élevé. Économiquement, souvent avancée comme une panacée, la baisse des charges pour les entreprises trouve vraisemblablement sa limite dans l'effet d'aubaine qu'elle génère de facto surtout si elle n'est pas accompagnée de mesures idoines ! Le premier bilan du CICE²² semble aujourd'hui, dans le contexte actuel, en effet mitigé. Quant à la baisse du SMIC ou à la création du SMIC jeune, deuxième axe majeur des politiques néo libérales, les français n'en veulent pas et l'ont montré brutalement à plusieurs reprises. Dans le même temps, l'Allemagne a créé son propre SMIC qui n'a en rien cassé sa croissance. Alors, que faire ? La croissance étant absente malgré l'alignement des planètes (pétrole, parité monétaire, coût de l'argent), le traitement de choc risqué, la priorité est donc de redonner un sens au Service Public de l'Emploi - du moins dans le cadre qui est le nôtre, celui de la Protection sociale dont il est ici question - dont l'échec est désormais patent et reconnu unanimement.

La nouvelle géographie de référence : Régions et Territoires. Chacun s'accorde à dire que l'Etat, acteur et aménageur, a joué pleinement son rôle de la Libération jusqu'à la fin des années 70. Au début des années 80, les lois Defferre ont eu l'ambition de sortir enfin de ce modèle jacobin et volontariste, en proposant une approche bottom-up afin de restaurer les libertés locales, c'est-à-dire de donner aux élus locaux des marges de manœuvres, sur le plan économique notamment. En l'espace d'une trentaine d'années, les Conseils régionaux et les métropoles ont fini par s'imposer sur le champ de l'action économique. Par des succès incontestables. Ces résultats ont été entérinés par les lois MPTAM et la Loi NOTRe. Une nouvelle armature territoriale se dessine donc intimement liée à la micro-économie, les questions d'emploi doivent être logiquement traitées en priorité par les métropoles et les régions. Mais comme toujours, le processus de décentralisation pour autant louable et réclamé par les uns et les autres porte en filigrane d'insupportables relents de centralisation. Certes la loi NOTRe renforce substantiellement la compétence des régions, particulièrement en matière économique puisqu'elles deviennent la collectivité territoriale responsable sur son territoire du développement économique.

Dans ce cadre, la région se voit attribuer une compétence exclusive pour définir des « régimes d'aides et pour décider de l'octroi des aides aux entreprises dans la région ». Mais le lien entre stratégie économique et Service Public de l'Emploi a été soigneusement écarté ! Car ce qui est octroyé l'est sans préjudice des missions confiées à l'État et c'est du bout des lèvres que la région bénéficie d'une possible délégation auprès des missions locales, PLIE, maisons de l'emploi et Cap emploi. En d'autres termes, la région définit la stratégie économique, met en œuvre des actions de formation professionnelle continue et d'apprentissage, y compris dans le cadre de l'insertion des jeunes en difficulté et les formations en alternance mais elle est exclue de l'accompagnement des demandeurs d'emploi, une des raisons d'être de Pôle emploi..

L'urgence est donc de créer le bout en bout indispensable pour une cohérence naturelle entre stratégie, formation et accompagnement..

L'espace numérique : la fin des structures traditionnelles ? Les politiques de l'emploi sont avant tout un agrégat de mesures spécifiques de lutte contre le chômage et d'adaptation du marché du travail qui portent leur propre limite : l'incapacité à évaluer de manière fiable les effets directs obtenus. Les déterminants macro-économiques et les facteurs institutionnels qui sous-tendent la conception de ces mesures contraignent largement la « manœuvrabilité » et l'adaptation aux spécificités territoriales de ces politiques.

De même que leurs réelles profondeur et intégration économiques.

Il s'agit depuis les années 80 d'un « patchwork » d'interventions souvent éparses et ponctuelles : mesures de réglementation du marché du travail (salaire minimum, conditions de licenciement, temps de travail), interventions sur le coût du travail, mesures fiscales et sociales de soutien à l'activité ou à la création d'entreprise, indemnisation, dispositifs de préretraite, formation, intermédiation et aide à la recherche d'emploi, contrats aidés, etc. Et le coût seul de l'indemnisation chômage et de la formation est de 50 milliards d'euros annuels, ce qui, eu égard à la situation socio-économique, est à la fois trop pour le premier et trop peu pour le second.

Conçues par l'Etat ou par ses partenaires dans une logique centralisatrice, ces politiques sont conduites par ses agents organiques ou opérateurs délégués de façons homogènes et peu différenciées selon les territoires.

²¹ Cf. Paragraphe : « Pour une autre vision, pour une autre opérationnalité : les Territoires » p.22.

²² Mais où sont passés les milliards du CICE ? www.libération.fr 29 septembre 2016.

Le levier le plus lisible, du moins intellectuellement, est sans conteste la qualification, et plus largement la formation, éclatée entre l'Etat, les régions (qui gèrent les Centres de Formation des Apprentis), et l'Education nationale dont le contenu est de plus en plus jugé hors-sol, eu égard aux besoins des économies territoriales et numérique.

L'ère digitale remet en effet en cause profondément et structurellement les politiques, leurs modes de conception, leurs mises en œuvre, leurs coûts... et la réalité de leur efficacité finale. Conduite à limiter son « action » à la gestion de la temporalité électorale, c'est-à-dire l'instant présent, l'administration à la française démontre chaque jour davantage l'urgence de la redéfinition en profondeur de chaînes de valeur. D'autant que si l'Etat ne saura se maintenir durablement sans réelle compréhension et prise en compte de l'économie numérique et de ses leviers, la réciprocité n'est pas démontrée.

Ce défi « embarque » au premier chef les régions, et leur vocation à devenir les creusets privilégiés d'interventions de proximité, sur des champs et besoins identifiés, avec des acteurs réellement connus (PME, consulaires, EPCI, clusters, etc).

Les individus deviendront donc acteurs et entrepreneurs de leur parcours professionnel sous peine de le subir, voire d'y être asservis par la normalisation technologique des services, de biens... et des compétences d'un homme « augmenté ». D'autant que la pensée transhumaniste développée par l'écosystème de Google paraît devoir faire primer l'opportunisme technologique sur les normes sociales ou éthiques.

En d'autres termes, plus que le maintien de cadres institutionnels sectoriels et ou de précaires réglementations, l'économie numérique repose d'abord la question du juste équilibre à promouvoir à la fois entre les opérateurs de l'économie numérique et entre les effets socio-économiques induits.

Il devient donc indispensable de renverser le raisonnement en considérant qu'une politique pour l'insertion et l'emploi des jeunes doit être fondée sur l'orientation précoce vers les nouveaux métiers technologiques et donc les prérequis cognitifs et de qualification associés. Ce qui suppose en termes de politiques publiques le développement des bonnes interactions entre acteurs institutionnels et économiques.

Plus largement, et au-delà de la problématique de « l'emploi des jeunes », les nouveaux cadres institutionnels ne sauraient devenir producteurs de contraintes

supplémentaires et spécifiques à l'économie numérique sans scier la branche sur lesquels ils reposent, en raison de la propagation exponentielle de celle-ci à l'ensemble du tissu socio-économique.

Si Jean Tirole relève que la numérisation accélérée de l'économie « accroît la vitesse de transformation des emplois (...) rendant (...) moins attractifs les très rigides CDI », cette dernière n'aboutirait pas pour autant à la fin de l'emploi. Pour Tirole aussi, le risque reposerait davantage sur une modification de sa qualité et du développement des inégalités : « Existera-t-il suffisamment d'emplois rémunérés par des salaires que la société considérera comme décents ? ».

Il s'agit de toute évidence, « non de vitrifier » d'illusoires protections normatives, mais de créer simultanément à la fois d'une part les conditions des nouvelles dynamiques... territoriales, d'une part par la démonopolisation de l'innovation (tendance observable dans l'économie digitale avec les Gafa, Airbnb, Uber voire même... Blablacar) et la définition d'une plate-forme de droits fondamentaux rénovés, intégrant les droits « usagers » et d'autre part de concevoir et conduire une politique « big data » orientée vers l'évaluation de l'efficience du continuum économie-emploi-formation, très au-delà des « révolutions numériques de la gomme et du crayon ».

D'où l'enjeu majeur pour la politique du développement de nouveaux réseaux institutionnels territoriaux, horizontaux, « capteurs » de besoins et d'expériences afin de réadapter en profondeur les constructions verticales, centralisées et prescriptives des cadres institutionnels et administrations actuels.

Place à l'économie : mettre fin à la création d'emplois fictifs. Alors que le nouveau monde se met en place devant des gouvernants médusés, les recettes du début des « Grandes piteuses » semblent n'être qu'une de leur rare réponse. En 1975, seuls 4,4 % des jeunes de moins de 25 ans étaient au chômage. En décembre 2015, ils étaient 25,9 % soit plus de 720 000, c'est pourquoi depuis 1977 et Raymond Barre avec des mesures d'aide pour l'emploi des jeunes, les TUC (1984), les CES (1990), les CIE (1995), les emplois-jeunes et CEC (1997), les CJE (2002), les CI-RMA (2005), les CUI (2010), les emplois d'avenir, les contrats de génération et les emplois starter (2012)... devaient permettre d'assainir la situation. « Entre 2012 et 2014, le nombre de jeunes en contrat aidé a plus que doublé, représentant ainsi 4% de l'ensemble de l'emploi des jeunes, contre 2 % en 2012²³ ».

²³ Cour des comptes. 2016. «Le contrat de génération le constat d'un échec. »

Ainsi, la baisse de l'entrée en apprentissage, bien que reconnue comme étant une voie efficace dans l'obtention d'un emploi, a été compensée par l'entrée dans les contrats aidés... Pourtant dès janvier 2013, la Cour publiait ses recommandations à travers son rapport : « Marché du travail : face à un chômage élevé, mieux cibler les politiques » : « Utilisés en France, alors qu'ils ont quasiment disparu dans les autres pays, les contrats aidés, particulièrement ceux du secteur non marchand, n'ont pas permis par ailleurs d'obtenir des résultats satisfaisants en termes d'insertion durable dans l'emploi. Ces résultats médiocres tiennent à un ciblage défaillant, des durées de contrat trop courtes et un accompagnement insuffisant des bénéficiaires. » En d'autres termes, les contrats aidés ne seraient qu'« une activité parking »... pour près de 4 milliards d'euros !

Une enquête de la Dares de 2014 démontre que « les contrats aidés du secteur marchand sont bien plus efficaces que ceux du non marchand, en termes d'insertion professionnelle. Alors que 37% des employeurs non marchands (associations, collectivités territoriales, Éducation nationale, hôpitaux...) pensent maintenir leur salarié dans l'établissement après la fin de l'aide financière publique, ce taux monte à 84 % pour les employeurs du privé ».

Bref, rapport qualité prix, rapport formation insertion, arrêtons les frais !

CHAPITRE II : LA FORMATION MÈRE DE TOUTES RÉFORMES

La formation professionnelle issue de la loi Delors de 1971, s'il elle a eu le mérite de créer quasiment « ex nihilo » un marché de la formation d'environ 6 milliards d'euros, a aussi contribué à l'illisibilité d'une offre parfois insuffisamment corrélée aux enjeux de développement économiques territoriaux et de filières (numérique et économie collaborative, industrie 4.0, énergie, transports, économie sociale et solidaire, etc.).

En d'autres termes, le système de formation, s'il participe sans conteste à l'emploi, contribue en revanche insuffisamment à la qualification en profondeur des territoires, car il alimente encore trop des strates d'emplois précaires, peu rémunérés, et souvent peu qualifiés. Au demeurant, seul, un demandeur d'emploi sur 10 est formé et 50% des demandeurs d'emploi formés retrouvent un emploi !

La France forme peu, forme à côté, et forme cher !

Plus que jamais un « plan Marshall » de la formation s'avère indispensable pour redynamiser territoires et emploi. La réponse se trouve probablement, au-delà de la formule, dans une politique fiscale réellement ambitieuse, permettant tant aux entreprises qu'aux ménages de s'engager avec détermination et responsabilité dans des choix de formation, tout en bénéficiant de dispositifs fiscalement favorables. Ce qui suppose la mise en œuvre de mécanismes de déductibilité de l'IS (entreprises) ou de l'IRPP (ménages), voire même de « chèque fiscal » en cas d'imposition in fine négative.

À ces conditions, le budget de la formation professionnelle pourrait être doublé afin d'atteindre 70 milliards d'euros pour enfin commencer à combler le retard accumulé dans ce domaine par rapport aux leaders européens tels l'Allemagne ou la Grande-Bretagne, pour enfin former ceux qui en ont besoin prioritairement...

La réforme de la formation professionnelle, deux préalables : qualité et lisibilité.

L'enquête « Programme for the International Assessment of Adult Competencies (PIAAC) » de l'OCDE relative aux compétences des adultes s'est penchée sur la qualité du système de formation dans 16 pays membres de l'organisation. Cette approche a été reprise par la banque Natixis qui s'est intéressée au lien entre qualité du système de formation, écarts de croissance et chômage structurel. Comme l'écrit Patrick Artus dans une synthèse publiée sur le sujet en janvier 2015 : nous nous intéressons à la qualité du système de formation professionnelle, de requalification, pour voir si les dépenses actives du marché du travail sont utilisées efficacement, pour

voir s'il y a un lien entre qualité du système de formation et les gains de productivité, donc la croissance de long terme. Un indicateur synthétique de la qualité du système de formation a été construit pour le comparer à 3 éléments :

- Taille des dépenses actives du marché du travail.
- Croissance de la productivité du travail.
- Taux de chômage moyen.

Il ressort de cette étude que la France fait partie des pays dont le système de formation professionnelle est de mauvaise qualité, alors que les dépenses actives du marché du travail sont élevées. Fait qui révèle, selon l'auteur, qu'il y a probablement un problème grave d'organisation du système de formation. Le problème est effectivement saisissant quand on sait que le budget de la formation professionnelle est équivalent à celui du ministère de la défense, soumis depuis 20 ans à des restrictions budgétaires drastiques. En d'autres termes, dans quelle mesure le dispositif de formation réglementaire et les 32 milliards de financement associés contribuent-ils réellement à l'innovation, à la compétitivité des entreprises françaises et au développement économique territorial (TPE - PME) ?

La France n'a jamais compté autant d'organismes produisant de la formation : 80 000 ! Mécano du Service Public de l'Emploi, émiettement des acteurs de la formation générant absence de mesure de la performance, de ciblage et de sanctions...

L'Allemagne en compte 10 fois moins pour un investissement dans ce secteur triple de celui de la France...

Formation et régions : quelques pistes. Le contenu des formations offertes est l'une des explications de cet écart spectaculaire : les organismes allemands dispensent des contenus à forte valeur qualifiante, en réponse tant aux financeurs de proximité (Länder) qu'aux acteurs économiques territoriaux, en particulier le fameux « Mittelstand », l'ensemble étant bien plus fortement intégré qu'en France. L'Hexagone a ainsi tendance à jouer « Quick win », du moins pour les quelques milliards dont disposent réellement la puissance publique (État, Pôle emploi, voire Conseils régionaux) en matière de formation : hôtellerie-restauration, bâtiment, commerce de proximité, aide à la personne. Autant de métiers caractérisés par de faibles niveaux de rémunération, qualification, capitalisation et transférabilité des compétences... et par une surexposition au risque de chômage conjoncturel, voire structurel. D'où l'enjeu désormais d'investir massivement sur les formations à forte valeur

qualifiante et à effet de levier significatif pour le développement des territoires, et en particulier des TPE - PME. Ce qui suppose la connaissance des économies locales, des enjeux de marchés, et la maîtrise des proximités institutionnelles... «à l'allemande» ! Il serait donc judicieux de faire des Chambres de Commerce et d'Industrie les Certificateurs (agrément) des organismes de formation, mais aussi les organisateurs du «contenant» formation (homologation, examens, normalisation), de renforcer le rôle des CFAI²⁴, dans le cadre d'une maîtrise d'ouvrage «Région» de la formation et concomitamment, libéraliser les référentiels formation permettant à la Région de développer leurs propres dispositifs de délivrance de diplômes, certifications et qualifications, en lien avec le ministère de l'Éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche.

²⁴ Centre de Formation des Apprentis de l'Industrie.

CHAPITRE III : POUR UNE VRAIE RÉFORME STRUCTURELLE DE L'INDEMNISATION ET DE L'ACCOMPAGNEMENT

A. L'Assurance chômage

Vache sacrée ou Vache à lait : ni l'un ni l'autre svp ! Il ne s'agit plus à l'évidence de la recherche d'un énième ajustement pour une réforme cosmétique, mais d'une indispensable refondation. Faute de quoi, ce qui a été le formidable amortisseur social des « Trente piteuses » sombrera corps et âmes. L'iceberg se rapproche, l'orchestre est prêt à jouer... Il est encore temps de donner l'ultime coup de barre. Au prix d'une lucidité déchirante, mais salvatrice ! Cette lucidité déchirante a pris forme dans les propos le 8 octobre 2014 du Premier ministre, devant la représentation nationale, faisant part de sa conviction qu'il n'y avait pas de tabou pour résoudre le déficit de l'Assurance chômage... En d'autres termes, qu'aucune solution ne devait être écartée. Aucune solution ! L'assurance venait de perdre son statut de vache sacrée ! Hélas depuis cette date, les partenaires sociaux qui auraient pu prendre la balle au bond, clivés entre syndicalisme d'accompagnement et syndicalisme d'opposition, refusant toute approche comptable qui permettrait d'élaborer de nouveaux axes d'indemnisation n'ont pas donné suite ! Non seulement les négociations de la convention de 2016 ont échoué, mais la vie continue comme si de rien n'était. On pense à Philippe Séguin et son Munich social !

En réalité geler une telle situation, surtout en période électorale, permet tout à chacun de se poser en grands frères. Les partenaires sociaux d'être les garants de la préservation de droits avantageux pour les privés d'emploi, le gouvernement de conforter un profil social... Au diable l'avarice !

Plus grave encore est que le régime d'Assurance chômage est une vache à lait qui finance ce qu'il ne devrait pas. Et chacun à sa manière en profite...

D'abord par le patronat ! Très tôt, dès les années 80, sensibilisés au chômage des seniors, les partenaires sociaux ont conçu des systèmes d'indemnisation spécifiques s'appliquant au plus de 50 ans afin qu'ils puissent passer naturellement du « statut de chômeur » à celui de « retraité ». Et pendant deux décennies, la dispense de recherche d'emploi a facilité cette transition en douceur qui permettait au patronat de renouveler à peu de frais les cadres de l'Entreprise. Licencié les plus âgés sécurisés par ce système et embaucher à leur place des plus jeunes, plus dynamiques,

mieux formés et assurément moins rémunérés... C'est ainsi qu'une couverture sociale, légitimement conçue pour les salariés les plus âgés, cumulant nombre d'handicaps au regard des exigences du marché du travail, a permis au patronat de restructurer à bas prix sa pyramide des âges. Dans le même esprit, la multiplication des embauches en CDD, à ce jour à hauteur de 75 % des embauches et son corollaire, le renouvellement rapide des contrats courts, c'est-à-dire la flexibilité « sauvage » de l'emploi détériorent les finances de l'Unédic : les cotisations sociales prélevées sur un CDD ne couvrent pas les montants versés au titre de l'indemnisation une fois que le salarié précaire se retrouve au chômage...

Après le patronat, les pouvoirs publics faisant financer certaines de ses politiques par l'Assurance chômage. À titre d'exemple la politique culturelle sanctuarisée à travers le concept d'exception... culturelle. Il en est ainsi du régime des intermittents du spectacle, régime particulier qui répond certes à l'intermittence de l'activité dans le spectacle vivant, mais dérogeant au régime général de l'Assurance chômage et à la fois constitutif et conséquence de l'exception culturelle française. Jusqu'en 2003, il était possible de travailler 3 mois par an et d'être indemnisé le reste du temps et pendant plusieurs années ! Ce n'était plus une assurance, mais un statut !

Ce régime particulier conçu pour 100 000 personnes affichant un déficit d'un milliard d'euros est financé par les seuls salariés et employeurs du secteur privé. Professions libérales et indépendantes, fonctionnaires ou parlementaires ne cotisent en rien au système qui leur permet pourtant de bénéficier de spectacles vivants !

Enfin par le Service Public de l'Emploi lui-même ! La création de Pôle emploi en 2009 représente un désengagement financier de l'Etat. En effet, aux 100% de financement de l'ex-ANPE par l'État, celui-ci ne subvient désormais qu'à un peu plus de 28% du budget de fonctionnement du nouvel opérateur laissant l'Unédic le soin de financer ce même budget à hauteur de 63%, étant entendu que cette contribution est au moins égale à 10% des contributions encaissées annuellement au titre de l'Assurance chômage ! Ainsi, pour l'exercice 2015, l'Assurance chômage a financé à hauteur de 3,2 milliards d'euros le budget de fonctionnement de Pôle emploi... et accusé un déficit de 4 milliards d'euros !

Résorber impérativement le déficit. Le régime Unédic cumule deux faiblesses. D'un point de vue financier, son déficit déjà ancien le rend vulnérable structurellement puisque plus il y a de demandeurs d'emploi indemnisés, moins il y a de cotisations d'Assurance chômage recouvrées ; socialement parlant, seul un demandeur d'emploi sur deux est indemnisé. Ce régime n'est plus viable en l'état : déficit exorbitant, financement dévoyé, réglementation complexe ! Afin de pérenniser notre capacité collective à verser un revenu de remplacement à tout salarié involontairement privé d'emploi, la première mesure consiste à réorienter le 1 % prélevé sur la masse salariale des fonctionnaires titulaires des 3 fonctions publiques, ainsi que les parlementaires et le personnel administratif des deux assemblées vers l'Assurance chômage. Ce ne serait que la contrepartie du pillage « institutionnel »²⁵ et permettrait d'indemniser ceux qui osent, les créateurs d'entreprise si leur aventure venait de cesser dans le laps de temps du take-off. En d'autres termes, de distinguer au sein du statut de mandataire social l'établi de celui en devenir.

Une réglementation simplifiée : un régime général et rien d'autre. Incapables depuis des années d'élaborer des règles d'indemnisation simples et claires, les partenaires sociaux de l'Unédic s'enferment dans des discussions byzantines qui n'intéressent plus personne. Le fond du débat est le suivant : faut-il passer d'un régime d'assurance à un régime d'assistance, avec son corollaire : une indemnisation à montant forfaitaire ? La question mérite d'être posée, car le régime Unédic n'indemnise qu'un demandeur d'emploi sur deux ; quant à ceux qui le sont, ils sont fréquemment confrontés au remboursement de trop-perçus quand ils travaillent en activité réduite, c'est-à-dire 1,4 million de personnes. Ce régime d'indemnisation s'autoalimente en tâches administratives (au détriment de l'accompagnement) sans valeur ajoutée, et suscite de nombreuses incompréhensions chez les demandeurs d'emploi. Par ailleurs, au fil du temps, les annexes au régime général ont proliféré, sous prétexte de mieux répondre à la réalité, créant ainsi des sous-segments au sein des personnes indemnisées et nourrissant le sentiment général d'un régime à plusieurs vitesses, potentiellement créateur d'inégalités : mieux vaut être électricien de plateau qu'électricien « classique ». En définitive, la complexité de ce système catégoriel a fait du régime Unédic une hydre financière et administrative qui ne suscite plus d'adhésion inconditionnelle au sein de la classe politique comme du corps social. Un nouveau système de revenu de remplacement est à imaginer, qui sera en capacité d'indemniser tout salarié ayant perdu involontairement son emploi

et inévitablement fondé sur une véritable recherche d'emploi certes active mais surtout efficiente. Un régime, une durée de cotisation, un taux, une indemnisation et une seule durée !

La suppression de l'Unédic. Réduite depuis 2009 à un théâtre spécialisé dans le psychodrame institutionnel, l'Unédic n'a plus qu'une légitimité de façade. Dépossédée de sa mission de recouvrement au bénéfice de l'ACOSS, la « banque de la Sécurité Sociale », alors même que les URSSAF avaient un taux de recouvrement inférieur à celui des Assédic, l'Unédic, après être passée sous les fourches caudines de la technocratie étatique, exerce malgré elle, le rôle de principal financeur de Pôle emploi, ce qui contribue à creuser son déficit dans un contexte de non création d'emplois marchands. Ayant systématiquement recours depuis 1993 aux marchés financiers pour lequel l'État lui a donné sa caution, ses montages financiers indispensables au paiement des allocations sont en réalité imaginés, conçus et mis en œuvre par Bercy. Les administrateurs issus de l'Assurance chômage siégeant au Conseil d'administration de Pôle emploi sont les mêmes que ceux siégeant à celui de l'Unédic. Bien que finançant à hauteur de 2/3 le budget de fonctionnement, Pôle emploi devenu le bras armé en politique de l'emploi de l'État, les partenaires sociaux sont certes consultés mais les décisions sont prises « ailleurs », c'est-à-dire entre le cabinet du ministre du travail et le directeur général... Et peu importe ce que pense l'Unédic et ses administrateurs. Monaco ne pèse guère plus à l'ONU. Il ne leur reste que la négociation de la convention de l'Assurance chômage tous les trois ans... Et pour la première fois, en juin, ils ont été dans l'incapacité de surmonter leur désaccord... Pour négocier entre eux, pour élaborer des règles qui de toute façon ont besoin de l'agrément de l'État, ont-ils besoin d'une structure de 100 personnes alors qu'on peut supposer et surtout espérer que Pôle emploi dispose des mêmes bases de données que l'Unédic. Il est à cet égard vertigineux que malgré un déficit de 4 milliards annuels, aucune décision pour contenir, entre chaque convention, la dérive financière n'a été prise... illustrant ainsi la dictature du traitement social du chômage. Arrivé à ce niveau de gouffre, il est désormais indispensable d'inventer des éléments automatiques de régulation, sorte de règle d'or financière de l'Assurance chômage. En résumé, paritarisme, oui bien sûr, évidemment, mais sans technostructure... Et comme il faut néanmoins que la dette soit gérée quotidiennement, autant laisser à l'ACOSS, où sont historiquement représentés les partenaires sociaux, la gestion financière du bout en bout. Déficit galopant... Sans par ailleurs oublier les doublons, audit, expert comptables, commissaires aux comptes, communication, service financier par essences inutiles et coûteux... Élémentaire mon cher Watson !

²⁵ Cf. Paragraphe « Ni vache sacrée, ni vache à lait : ni l'un ni l'autre svp ! », p.42.

B. L'accompagnement

Empêtré dès le départ par ses ambitions déconnectées des réalités de terrain, Pôle emploi peine à démontrer sa plus-value au regard de la situation précédente. Reconnaissons néanmoins que la segmentation des demandeurs d'emploi et l'abandon du suivi mensuel personnalisé ont marqué une étape importante et opportune au sein de la courte histoire de l'opérateur public donnant du sens à un accompagnement versus ANPE dont la personnalisation n'était jusqu'alors qu'affichage !

Booster l'accompagnement, c'est d'abord renforcer la relation entreprise.

Avec la création de Pôle emploi, le métier de prospecteur-placier, métier phare de l'ex-ANPE, a quasiment disparu. Phénomène comparable à la disparition de la police urbaine de proximité il y a quelques années au sein de la police nationale. L'accès et le retour à l'emploi nécessitent pourtant un intermédiaire entre une entreprise en quête de compétences et des personnes en recherche d'un emploi. Ceci implique une connaissance fine de la réalité économique des bassins d'emploi, et donc la capacité à travailler en proximité avec les entreprises sur la durée. Les entreprises comme les demandeurs d'emploi ont besoin d'être accompagnées et guidées, et ce à plus forte raison avec la floraison des job boards dont le foisonnement peut obscurcir la vision d'ensemble d'un marché du travail fortement polarisé et rigide. La mission d'intermédiation implique donc un maillage territorial suffisamment fin pour être en capacité d'identifier le plus en amont possible les besoins des entreprises (recueil et analyse des besoins, recherche de profils, prescription de formations d'ajustement ou de formations de reconversion). Ce maillage doit s'adosser aux Conseils régionaux, aux métropoles, aux pôles de compétitivité, aux clusters et grappes d'entreprises pour fonctionner dans une logique de coopération, « élément décisif de la qualité, de la productivité et de la compétitivité »²⁶.

Or, en juillet 2015, la Cour des comptes, publie un rapport - Pôle emploi à l'épreuve du chômage de masse - édifiant sur l'activité de Pôle emploi. En effet, les magistrats pointent « des résultats contrastés, une mission d'intermédiaire entre offre et demande d'emploi qui n'est plus prioritaire, les données disponibles relatives au chômage de longue durée et à la satisfaction des offres d'emploi traduisent une évolution défavorable, renoncer à tout objectif global de collecte des offres d'emploi : de ce fait, le nombre d'offres d'emploi collectées par l'opérateur est en baisse depuis

plusieurs années, la part du temps de travail consacré à l'entreprise est faible (12 % au total, avec seulement 2 % pour la prospection et les visites d'entreprises) et constitue en pratique une variable d'ajustement ».

En d'autres termes, non seulement les conditions préalables au retour à l'emploi ne sont pas réunies mais se détériorent. Alors pourquoi s'étonner si désormais les sites privés ont pris très facilement la place qui aurait dû être celle du Service Public de l'Emploi. En quelques années, « Leboncoin » est devenu le premier site privé d'annonces d'emploi en France et le deuxième site national derrière Pôle emploi. « En permettant à n'importe quelle entreprise de publier une offre d'emploi, il a rendu visible un marché de masse caché jusque-là ». À cet égard il est intéressant de constater que le site de Pôle emploi, est d'essence un agrégat de toutes les offres proposées par les uns et les autres. Peut-il en être autrement puisque désormais plus d'une offre d'emploi sur trois ne passe plus par lui. D'où les nombreux a minima doublons sur son site ! Concurrencé au sein même du Service Public de l'Emploi principalement par les Régions, conséquence inéluctable de l'enchevêtrement structurel, architectural du Service Public de l'Emploi, le site de la Région « Nouvelle Aquitaine » pour ne citer que lui propose rien de moins que 20 000 offres. À l'extérieur du Service Public de l'Emploi, les concurrents sont évidemment privés - Keljob, Jobijoba, Indeed - et les réseaux sociaux - LinkedIn, Twitter, Facebook ou encore Viadeo - sont pour le moins très actifs... et très réactifs. À tel point que le site « Leboncoin » a jumelé ses annonces d'emploi avec le système de géolocalisation. Et propose parallèlement un service spécifique à la fois pour les TPE et les PME.

Booster l'accompagnement, c'est en finir avec l'homéopathie. Si la segmentation des demandeurs d'emploi au sein de Pôle emploi est une réelle avancée quand bien même la définition de chaque segment semble trop floue, il semble néanmoins difficile avec un tel niveau de chômage, de se satisfaire des chiffres produits au regard de l'accompagnement. Pour l'accompagnement « renforcé » : un peu moins de 290 000 demandeurs d'emploi sont pris en charge... Cette dernière modalité ne rassemble qu'environ 10 % du total des demandeurs d'emploi faisant l'objet d'un suivi interne, mais mobilise 20 % des conseillers référents ; la fréquence des contacts entre conseillers et demandeurs d'emploi diminue avec la durée du chômage...

²⁶ Christophe Dejourné, Entreprises & Carrières n°1234.

Un choix désormais doit être fait. Ou Pôle emploi se restructure en profondeur en prenant en compte les observations de la Cour des comptes ou les demandeurs d'emploi doivent comme dans les pays anglo-saxons être « confiés » aux opérateurs publics de placement. À conserver ces deux modalités en parallèle, en refusant de choisir pour l'une ou pour l'autre, on cumule tous les inconvénients sans en récolter le moindre avantage...

40 ans de drôle de guerre, 40 ans de replâtrage, 40 ans de déni de réalité... Le Munich social de Philippe Seguin, prononcé en 1993 est plus actuel que jamais. Attendre « c'est user sans créer²⁷ »... L'emploi ne se crée ni par les éléments de langage concoctés dans les cabinets ministériels, ni à travers les PowerPoint des administrations centrales, mais bien dans les dynamiques de proximité, dans les économies territoriales, dans les expérimentations et les filières en développement, dans les spécialisations géographiques, comme peuvent en témoigner les pays européens dont le taux de chômage est deux fois moindre.

En l'absence d'une culture du travail et de l'entrepreneuriat, les pouvoirs publics lato sensu ont laissé la France s'enliser dans un chômage structurel qui gangrène les comptes publics et décourage toutes les formes d'activité, salariées et non-salariées. Cette situation a lentement transformé une grande partie de la population active en un réservoir d'eunuques économiques condamnés à vivre dans la dépendance de ces mêmes pouvoirs publics : situation absurde, malsaine, et qui obère les chances d'intégration sociale et économique des générations montantes. C'est bien l'avenir de notre nation qui est en jeu.

L'économie numérique sonne déjà le glas de politiques sédimentées, souvent obsolètes, toujours gabegiques ? Plus grave encore, les politiques publiques sont inaptes à rendre compte de résultats « en profondeur » et dans le temps long. Dès lors le vertige produit par les milliards engagés dans des politiques superficielles ou aveugles donne une impression d'action des Pouvoirs publics, rassure... un temps ! Personne n'est finalement dupe... ni les milliards, ni les mots ne guérissent des maux !

À ce stade de la situation, le rôle du politique consiste à construire une culture de l'activité et de l'emploi pour sortir de cette ornière fatale. Cette entreprise nécessite de briser les schémas de pensée éculés avec hardiesse, sans pitié aucune, et ce d'autant que la France possède de nombreux atouts pour faire la course en tête : industrie navale, industrie agro-alimentaire, industrie de défense, industrie pharmaceutique, BTP et génie civil, recherche fondamentale, métiers d'art et du luxe, médecine etc. La hotte est déjà bien pleine, il ne manque que des épaules fortes pour la mettre en mouvement et continuer à la remplir.

Finalement à espérer la croissance sans mettre en œuvre de quoi la capter

²⁷ Jean Monnet.

durablement, l'État a raté le coche, passant à côté de trois vecteurs majeurs de développement économique : la Formation, les Territoires et... l'Europe.

Il est désormais plus qu'urgent, vital, de rendre l'emploi à l'économie et les politiques publiques aux acteurs de « terrain », de désinhiber, de « libérer » les Territoires. De faire enfin Régions et Territoires, maîtres de leurs décisions et moyens, c'est-à-dire de leur destin, les centres de gravité des politiques de développement économique et de l'emploi.

« I want my money back » avait assené en son temps Margaret Thatcher à une Europe en cours de définition.

Tel pourrait devenir le leitmotiv des Régions, des Territoires, des Démocraties locales et des nouvelles « Proximités », au regard de l'impéritie des politiques conduites ou induites par l'État central depuis 40 ans en matière d'économie et d'emploi.

PROPOSITIONS

1. Placer le Service Public de l'Emploi sous la responsabilité des Régions - à l'exception des règles d'indemnisation des demandeurs d'emploi - afin de réaliser un continuum de responsabilités entre la définition d'une stratégie économique régionale, une définition des besoins en formation, leur prescription et l'accompagnement des demandeurs d'emploi.
2. Cette réforme systémique doit aller de pair avec un renforcement de la démocratie sociale au niveau régional. Casser le modèle vertical au profit des Territoires en réintroduisant les partenaires sociaux : Qui mieux que les Régions en connaît la problématique.
3. Au sein de la Région et sous sa responsabilité, réaliser enfin l'unicité du Service Public de l'Emploi toujours émietté entre Pôle emploi, les maisons de l'Emploi, les PLIES, les Missions locales, Cap Emploi... rendant au final illisible les résultats.
4. Refonder le système d'Assurance chômage en tenant compte de l'allongement inéluctable du temps de travail, de la tendance à la généralisation de l'activité réduite, en favorisant la création d'entreprise à travers un statut du mandataire social renoué, en supprimant tous régimes spéciaux au profit d'une plateforme unique de droits. Afin de résorber le déficit du régime, le 1% prélevé sur la Fonction publique doit être intégralement versé au titre de la solidarité des salariés sur les livres de l'Assurance chômage et cantonner celle-ci uniquement à sa mission première (ni vache sacrée, ni vache à lait !)

PROPOSITIONS

5. Réduire de façon drastique le nombre d'organismes de formation, d'attribuer aux CCI en relation avec les Régions, la labellisation du contenu, sanctionner les résultats... En faire plus pour ceux qui en ont le plus besoin par un plan Marshall à hauteur du doublement du budget actuel !

6. En termes d'accompagnement des demandeurs d'emploi : Rendre prioritaire la relation entreprise par une mise en place d'une véritable politique de l'offre en mettant la relation entreprise au coeur du dispositif d'une part et d'autres en dédiant à l'intermédiation au détriment des tâches administratives, l'essentiel des ressources du Service de l'Emploi...

7. Créer une perméabilité entre l'Éducation nationale, les Régions, les CCI... afin que les besoins économiques, notamment les 400 000 offres en permanence non pourvues puissent être satisfaites et par anticipation pourvoir aux secteurs appelés à un développement tant quantitatif que qualitatif en termes d'emploi. L'apprentissage et la filière « pro » seront dans cet esprit privilégiés au détriment des contrats aidés qui doivent à terme disparaître.

8. Réunir les partenaires sociaux et les pouvoirs publics au sein d'États généraux devant créer un nouveau droit social couvrant l'ubérisation de la société et prenant en compte la mondialisation économique générant elle-même la mondialisation de l'emploi.

9. Constatant que l'emploi est créé par les PME et PMI, il convient de simplifier, de faciliter, voire de recréer les procédures de reprise des structures et par la-même d'encourager l'entrepreneuriat à travers la création de PME. À ce titre le risque pourrait être couvert par l'Assurance chômage.



Europe

L'EMPLOI : UN DÉFI EUROPÉEN

LA DIFFUSION DE LA CRISE FINANCIÈRE À L'ÉCONOMIE RÉELLE A CONDUIT À UNE RÉCESSION MONDIALE

CHAPITRE I : L'EMPLOI, FONDEMENT D'UN DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUE RESPECTUEUX DE LA DIGNITÉ DE LA PERSONNE, DE SON BIEN-ÊTRE ET DE SON ÉPANOUISSEMENT

« Chacun a le devoir de travailler et le droit d'obtenir un emploi. Nul ne peut être lésé, dans son travail ou son emploi, en raison de ses origines, de ses opinions ou de ses croyances ». Cet extrait du préambule de la Constitution de la V^{ème} République française consacre le droit à un emploi comme un droit constitutionnel pour chacun(e).

L'emploi est l'un des principaux piliers de la cohésion sociale. Avoir un travail est le meilleur moyen d'éviter l'exclusion, mais il n'en est pas toujours une garantie. En effet, environ 8% des citoyens de l'Union européenne (UE) courent un risque de pauvreté, alors même qu'ils ont un emploi. Considérant la population de l'UE dans son ensemble, 16% des Européens (80 millions de personnes) courent actuellement un risque de pauvreté mesurée en termes de revenu.

« L'expérience nous montre que la croissance économique ne suffit pas. Nous devons faire davantage pour permettre aux personnes de s'épanouir dans un emploi décent, pour leur offrir une protection sociale et faire en sorte que les pauvres et les marginalisés soient entendus. » Ban Ki-moon, Secrétaire général des Nations Unies, Journée mondiale de la justice sociale 2014.

Cette citation revêt une importance capitale. Sans emplois productifs, il est illusoire de prétendre à des niveaux de vie décents, au développement économique, social et à l'épanouissement de l'individu. Le travail décent résume les aspirations des êtres humains au travail.

Le programme à l'horizon 2030 « Transformer notre monde : le programme de développement durable à l'horizon 2030 » est un document adopté par le sommet des Nations Unies, sur le développement durable, le 15 septembre 2015. Porteur d'une vision universelle, intégrée et transformative pour un monde meilleur, ce programme vise, notamment, à créer les conditions nécessaires à une croissance économique soutenue, qui profitera à tous et inscrira dans la durée, le partage de la prospérité et le respect du principe d'un travail décent pour tous, compte tenu des

différents niveaux de développement national et des capacités des pays.

Ainsi, lors des consultations mondiales pour le programme à l'horizon 2030, les individus ont placé le travail décent en tête de leurs préoccupations. En effet, davantage de personnes occupant un emploi décent, c'est une croissance économique plus forte et plus inclusive. Par ailleurs, « travail décent et croissance économique », tel est le 8^{ème} objectif du développement durable pour 2030. Il vise à promouvoir une croissance économique soutenue, durable et partagée ainsi que le plein emploi productif et un travail décent pour tous. Le travail décent n'est pas qu'un simple objectif, c'est un moteur du développement durable. Autrement dit un développement qui vise à la satisfaction des besoins, plus particulièrement les besoins essentiels des plus démunis à qui il convient d'accorder la plus grande importance. Par conséquent, l'emploi productif et le travail décent sont des facteurs clés pour parvenir à une mondialisation équitable et pour réduire la pauvreté.

Dans le sillage de la crise financière et économique mondiale de 2008, un sentiment d'urgence s'est développé chez les responsables politiques internationaux : il est impératif de fournir des emplois de qualité, associés à la protection sociale et au respect des droits au travail, afin de parvenir à une croissance économique soutenue, durable et partagée, et d'éradiquer la pauvreté.

CHAPITRE II : L'EMPLOI À L'ÉPREUVE DE LA CRISE FINANCIÈRE DE 2008 ET SES RÉPERCUSSIONS

Depuis 2008, l'activité mondiale s'est repliée en raison de la crise des subprimes. Née aux États-Unis, cette crise s'est propagée à l'économie mondiale avec une célérité sans précédent tout en revêtant une spécificité particulière. En effet, elle a affecté, à la fois les pays industrialisés et les pays émergents. Il s'ensuit un recul de leurs économies, un ralentissement et une dégradation des perspectives d'activités des entreprises et de leurs activités. Surtout, les entreprises ont ajusté, avec retard, leurs productions à la baisse de la demande. De plus, elles se trouvèrent confrontées à des stocks élevés et à des conditions de financement difficiles. Par conséquent, elles réduisirent fortement leurs stocks et leurs dépenses d'investissement, accélérant le rythme des licenciements.

De surcroît, les pronostics sur la croissance économique mondiale sont inquiétants. Selon les estimations, le taux de croissance devrait atteindre 3,2% en 2016, soit une baisse de 0,4 point par rapport aux prévisions pour fin 2015. Cette révision à la baisse tient au fait que certains des principaux pays émergents exportateurs de produits de base, dont l'Argentine, le Brésil et la Fédération de Russie, ont connu une récession plus grave que prévu. De plus, la croissance dans les pays en développement, à peine 4,2 % pour 2016, se situe à son niveau le plus bas depuis 2003. Même si une légère amélioration de la croissance mondiale est prévue en 2017, les décisions en matière d'investissement et d'embauche à l'échelle mondiale demeurent modestes en raison de l'incertitude liée à un environnement en constante évolution.

S'agissant de l'Europe, durant la crise, le taux d'emploi a chuté à 68,9% (troisième trimestre 2011) et le taux de chômage n'est pas descendu sous les 9,5% depuis 2010. Fait notable, il a même atteint le taux de 10,2% en février 2012. Le ralentissement de la croissance amorcé au milieu de 2011, les perspectives moins favorables pour 2012 ainsi que les écarts de plus en plus grands entre les États membres et les régions ont compliqué la convergence des politiques à agir en faveur de l'emploi et de l'inclusion sociale et contre la pauvreté.

En 2009, la France a connu la récession la plus sévère depuis la Seconde Guerre mondiale, avec une contraction du PIB de 2,6% contre 0,9% en 1993. Les entreprises non agricoles ont déstocké, ce qui a amputé la croissance de 0,3 point après une contribution nulle en 2007. En l'espace de neuf mois, le niveau des exportations et

celui des importations ont reculé respectivement de 7,3 et de 3,5 points. L'activité a nettement ralenti dans pratiquement toutes les branches. Cependant, c'est l'industrie manufacturière qui a été la plus affectée du fait d'une chute inédite de la production automobile. En effet, elle a décroché dès le deuxième trimestre 2008 et a lourdement chuté au quatrième trimestre de 7,8% soit la plus forte baisse sur un trimestre enregistrée depuis 1949. Au quatrième trimestre 2008 notamment, le secteur marchand non agricole a perdu plus de 85 000 emplois, tandis que pour l'ensemble de l'économie la baisse est de l'ordre de 65 000 emplois. Ce retournement de situation s'est traduit par une remontée du taux de chômage. Ainsi, la contraction de plus de 13% de l'emploi dans l'intérim à la fin du dernier trimestre 2008 est inégalée depuis 1982.

A. L'emploi des jeunes

Dans ce contexte préoccupant, il convient d'apporter un éclairage particulier sur la problématique de l'emploi des jeunes. Pour ceux-ci, la qualité de l'emploi n'est pas optimale. Ainsi, il y a 171 millions de jeunes chômeurs dans le monde et 156 millions de jeunes travailleurs vivant dans la pauvreté. Plus que jamais, l'emploi des jeunes reste un défi mondial et une préoccupation politique cruciale.

S'agissant des pays développés, pour lesquels on dispose d'informations, les jeunes risquent davantage de souffrir de pauvreté relative (définie ici comme vivant avec moins de 60% du revenu médian) alors qu'ils ont un emploi. À titre d'exemple, dans l'Europe des 28, la proportion de jeunes travailleurs considérés comme exposés au risque de pauvreté était de 12,7% en 2014 contre 9,6% des adultes qui travaillent. Outre les faibles salaires, les jeunes occupent souvent, faute de mieux, des emplois informels, temporaires ou à temps partiel. Ainsi, en 2014, 29% des jeunes travaillant à temps partiel et 37% des jeunes dans le cadre d'emplois temporaires, le faisaient malgré eux.

Par ailleurs, dans l'Union européenne, le tableau sur l'emploi des jeunes est particulièrement sombre :

. Plus de 4,5 millions de jeunes (moins de 25 ans) sont sans emploi, le taux de chômage des jeunes résulte des difficultés croissantes à pourvoir des postes vacants. Cette situation illustre l'existence de décalages sur le marché du travail, qui sont dus à des compétences inadéquates, à une mobilité géographique réduite ou à des conditions de salaire inappropriées.

. Le taux de chômage des jeunes représente plus du double du taux de chômage global (20% contre 9%) et masque des disparités entre les États membres : une différence de plus de 40% sépare l'Allemagne (État membre avec le taux le plus faible : 7%) des États membres affichant les taux les plus élevés : Grèce (50%) et Espagne (49%),

. Les taux d'emploi globaux des jeunes ont chuté de plus de 4 points entre 2008 et 2014 passant de 37,3% à 32,5%, soit 8 fois plus que pour les adultes,

. 11% des jeunes (18-24 ans) ont quitté prématurément l'école,

. Le triptyque éducation, formation et apprentissage tout au long de la vie est chancelant. En effet, ¼ des élèves maîtrise mal la lecture, 1 jeune sur 7 quitte prématurément l'éducation ou la formation. Ce constat peut être étayé par une triple explication. D'une part, environ 50% des jeunes atteignent un niveau de qualification moyen, surtout sans rapport avec les besoins du marché du travail. D'autre part, moins d'une personne âgée de 25 à 34 ans sur trois est titulaire d'un diplôme universitaire alors que ce taux est de 40 % aux États-Unis et de 50 % au Japon. Enfin, selon le classement de Shanghai, seules deux universités européennes sont classées parmi les 20 meilleures au monde.

Face à la perspective de pointer au chômage, de faire partie des travailleurs pauvres et/ou d'occuper des emplois précaires, les jeunes ont tendance à rechercher à l'étranger de meilleures possibilités d'éducation et d'emploi. Pour les jeunes européens, cela est vrai autant pour les migrations entre les pays membres que les émigrations hors de l'Europe des 28. Plus grave, la transition entre l'école et la vie active devenant de plus en plus difficile, un nombre croissant de jeunes ne sont ni étudiants, ni pourvus d'un emploi, ni en formation (catégorie NEET)²⁸. Cette situation recèle des risques de détérioration des compétences, de sous-emploi et de découragement.

Au total, plus de 600 millions de nouveaux emplois doivent être créés d'ici à 2030, ne serait-ce que pour rester en phase avec la croissance de la population en âge de travailler. Cela représente environ 40 millions d'emplois par an. De surcroît, il convient d'améliorer la situation de quelques 780 millions d'hommes et de femmes qui travaillent mais ne gagnent pas suffisamment de revenus pour se hisser eux et

leurs familles au-dessus du seuil de pauvreté de 2 dollars par jour.

Plus particulièrement et dans une perspective d'avenir, si l'on veut réaliser les objectifs du développement durable, il convient de corriger les déficits de travail décent et les inégalités du marché du travail, notamment pour les jeunes : ces deux facteurs étant à la fois les indicateurs et les conséquences d'inégalités plus vastes.

Confrontés à un péril commun, les pays européens doivent synchroniser leurs actions. Plus que jamais, des politiques réactives et coordonnées s'imposent, notamment les politiques de stabilisation macroéconomiques.

B. UBER, avatar du monstre de Frankenstein, ersatz ou fin du salariat ?

Un phénomène nouveau et inquiétant fait son apparition. Une vague de l'emploi indépendant déferle et les formes d'emploi à la périphérie du salariat traditionnel (en CDI ou en CDD) se sont multipliées ces dernières années : indépendants, auto-entrepreneurs, consultants, travailleurs détachés, ou en portage salarial, jobbers, qui arrondissent leurs fins de mois sur des plateformes collaboratives, multiactifs qui cumulent plusieurs activités, tel est le visage polymorphe de l'indépendant 2.0. De plus en plus nombreux à quitter les rangs des salariés, les indépendants 2.0 sont les figures d'un nouveau capitalisme et accompagnent les transformations d'un monde du travail, dont les nouveaux contours restent à définir.

Dans le transport, la banque ou le tourisme, les Uber, KissKissBankBank et autres Airbnb bousculent les géants de la «vieille» économie. En dehors des taxis, il existe dans l'hôtellerie, la restauration et même le bâtiment des applications mettant en relation un consommateur avec un artisan.

L'ubérisation change le travail : précarisation des statuts, explosion du numérique et des plateformes Internet qui font grimper en flèche le nombre d'indépendants, d'auto-entrepreneurs et de free-lances. Plus que jamais, ces non-salariés réinventent le monde du travail : « la free-lancisation » de l'économie touche tous les secteurs, à tous les niveaux et se développe sous une multitude de statuts.

En France, la forteresse du salariat se fissure. Certes, la France compte encore près de 24 millions de salariés, mais le nombre de non-salariés qui continuait à chuter depuis les années 70, a bondi de près de 26% entre 2006 et 2011, si l'on en croit les dernières statistiques disponibles compilées par l'Insee. Ainsi à la fin 2011, 2,8

²⁸ NEET+ (Acronyme anglais) pour «Not in Education, Employment, or Training».

millions de Français exerçaient une activité non salariée, soit 11,2% de l'emploi total. Un chiffre sans doute supérieur aujourd'hui, tant cette vague s'est répandue. Ce phénomène est loin d'être franco-français. Ainsi, 14% des travailleurs européens seraient des indépendants, d'après l'Organisation internationale du travail (OIT). Dans le monde anglo-saxon, ce n'est plus une vague, mais un tsunami. Outre-Manche, 40% des emplois créés depuis 2010 sont des postes d'indépendants. Aux États-Unis, 30 millions de travailleurs sont «self-employed», et leur nombre pourrait grimper à 40 millions en 2019. «Dans tous les pays développés, la forteresse du salariat traditionnel est attaquée», analyse Raymond Torres, le directeur des études de l'OIT. Certaines plateformes comme Uber ou Airbnb, ont créé des schémas d'optimisation fiscale et sociale qu'il convient de mieux encadrer. En effet, leur logique consiste à bénéficier d'une situation monopolistique en externalisant la main d'œuvre.

Toutefois, même s'ils cassent les systèmes de protection sociale gagnés de haute lutte par les syndicats, les modèles comme Uber propulsent le citoyen vers l'origine du monde du travail : artisanat, entreprise familiale. L'auto-entrepreneur en est une version contemporaine. Ces travailleurs indépendants qui cumulent les boulots vont se multiplier.

Par ailleurs, l'ubérisation se heurte et se heurtera à la judiciarisation de la société : lutte croissante entre les partisans de l'autonomie individuelle et partisans de la puissance publique ; soucieuse de réguler les mouvements de fond. Cependant, des raisons objectives motivent ce heurt, notamment en France où l'État providence se trouve face à l'épreuve du post-salariat. En effet, la montée en puissance des plateformes internet (Uber, Airbnb, Blablacar...) pourraient évaporer la « base taxable » sur laquelle reposent les impôts, mais aussi la CSG et les cotisations sociales.

Moins de salariés, moins de cotisants... et moins de prestations. Comment les pouvoirs publics peuvent-ils s'adapter à cette nouvelle donne où les indépendants veulent aussi une couverture sociale et les précaires un revenu de base?

Le postulat suivant est unanimement admis : davantage de personnes occupant un emploi décent, c'est une croissance économique plus forte et plus inclusive. Plus de croissance, c'est plus de ressources pour créer des emplois décents. À l'échelle européenne, quelles sont les politiques à élaborer ainsi que la gouvernance adéquate pour transformer ce postulat en réalité ?

Dans un contexte mondialisé et d'interdépendance, l'Europe peut et doit jouer sa partition dans le concert des Nations. Elle en tirera des retombées bénéfiques pour

sa croissance économique et le travail décent de ses ressortissants. Face aux enjeux et au défi du plein emploi, quel doit-être le rapport de l'Europe à l'autre dans ce contexte de mondialisation ?

Quelle doit-être la gouvernance européenne, pour le contrôle et l'utilisation des ressources, dans un contexte géopolitique mouvant et riche de compétitions régionales et internationales ?

Quelles sont les perspectives et alternatives, en Europe, pour parvenir à une croissance forte et durable, motrice du plein emploi ?

Quelle résilience et quelle résistance pour l'Europe suite à la crise financière de 2008 et ses ondes de choc pour résorber le chômage de masse qui s'en est suivi ?

À ces interrogations toutes aussi urgentes les unes que les autres, l'Europe se doit d'apporter des réponses ambitieuses, innovantes et volontaristes qui ne soient pas des réponses circonstancielles à des interpellations occasionnelles.

L'EUROPE : LA NÉCESSITÉ D'UNE NOUVELLE DONNE VOLONTARISTE POUR RELEVER LE DÉFI DU PLEIN EMPLOI

La Stratégie Europe 2020²⁹ est une stratégie de croissance que l'Union européenne a adoptée à l'horizon 2020. Elle prévoit que 75 % des 20 à 64 ans aient un emploi d'ici à 2020. Pour atteindre cet objectif, l'Union européenne devra compter, d'ici là, 17,6 millions d'emplois de plus qu'aujourd'hui.

Cette stratégie explore différentes pistes pour l'avènement d'une Europe du plein emploi. En effet, dans un monde en mutation, l'Union européenne doit devenir une économie intelligente, durable et inclusive. Ces 3 piliers qui se renforcent mutuellement doivent aider ses États membres à assurer des niveaux élevés d'emploi, de productivité et de cohésion sociale.

Parmi les initiatives phares, celles qui suivent peuvent être évoquées à bon escient.

CHAPITRE I : L'INDUSTRIE, UNE PUISSANCE DURABLE

L'industrie, notamment l'industrie manufacturière et les services associés, est au cœur de la croissance de l'économie de l'Union européenne : compétitivité et potentiel de création d'emplois. C'est pourquoi, à l'ère de la mondialisation, il convient de redéfinir les contours d'une politique industrielle visant à améliorer l'environnement des entreprises, notamment, les PME à même d'affronter la concurrence mondiale.

Aujourd'hui plus que jamais, l'Europe a besoin de l'industrie et l'industrie a besoin de l'Europe. En effet, le marché unique, avec 500 millions de consommateurs, 220 millions de travailleurs et 20 millions de chefs d'entreprise, est un instrument clé pour réaliser une Europe industrielle compétitive. En plus, 80% des efforts de recherche et développement du secteur privé relèvent de l'industrie. À ce titre, l'industrie est un moteur d'innovation et un pourvoyeur de solutions pour relever le défi de l'emploi. Plus particulièrement, il convient d'encourager la création, le développement et l'internationalisation des PME.

Pour aider les PME à s'internationaliser, il est essentiel de leur fournir les informations et le soutien adéquats sur les marchés hors de l'UE. En effet, seuls 25 % des PME exportent à l'heure actuelle vers des marchés situés dans l'UE et hors de ses frontières.

En outre, les PME doivent nouer des partenariats efficaces et mettre en commun leurs moyens. Ainsi, des PME peuvent s'associer pour répondre ensemble à des besoins similaires en matière de recrutement et de formation pour remédier à leurs difficultés d'attirer des personnes qualifiées et adopter des politiques de ressources humaines communes.

Plusieurs États membres de l'Union européenne se trouvent confrontés à une très forte détérioration de l'état de leurs finances publiques. Dans le même temps, il est impératif de moderniser la base industrielle de l'Europe ainsi que les infrastructures sur lesquelles elle repose. Cela nécessitera de nouveaux investissements importants impliquant l'augmentation des capitaux privés pour les investissements productifs. D'où l'impérieuse nécessité de faciliter l'accès au financement pour les entreprises, notamment les PME et l'innovation.

Autre initiative phare, l'innovation industrielle. En effet, l'innovation est l'un des principaux moteurs de la productivité, de l'efficacité accrue des ressources énergétiques, d'un meilleur rendement des matières, de l'amélioration des performances des produits et des services ainsi que de la génération de nouveaux marchés. Aussi, une nouvelle politique de l'innovation industrielle est nécessaire pour relever, avec succès les défis de la concurrence sur le marché mondial. Ceci est particulièrement vrai pour les industries axées sur les technologies.

²⁹ Ou stratégie pour une croissance intelligente, durable et inclusive.

CHAPITRE II : LE NUMÉRIQUE, UN POTENTIEL À DÉPLOYER

Les Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication (NTIC) sont au cœur de la compétitivité, de l'optimisation des ressources et de l'innovation industrielles. À cet effet, il convient d'encourager une utilisation plus innovante des NTIC tout au long des chaînes de valeur industrielles en vue de rationaliser les transactions commerciales et de stimuler la compétitivité globale grâce à des projets témoins promouvant l'intégration des entreprises, et plus particulièrement les PME dans les chaînes de valeur numériques mondiales. Les entreprises de l'Union européenne risquent d'être confrontées à une pénurie sévère et croissante de spécialistes en NTIC et d'utilisateurs NTIC confirmés. Par conséquent, des plans d'action ambitieux doivent être définis et mis en œuvre pour atteindre les objectifs de l'agenda numérique européen. À savoir :

- . Créer un marché unique du numérique pour faire tomber les obstacles qui fragmentent encore le territoire européen,
- . Rendre les entreprises européennes plus compétitives à l'échelle européenne,
- . Permettre à chacun de bénéficier des services en ligne ou qu'ils soient dans l'Union européenne, notamment les offres de services des Services Publics de l'Emploi.

La crise financière a montré qu'une nouvelle approche est nécessaire pour parvenir à un équilibre entre une maximisation des profits à court terme et la création d'une valeur ajoutée durable à plus longue échéance. Aussi, il convient de promouvoir la Responsabilité Sociétale des Entreprises. Car, une éthique et des valeurs commerciales saines peuvent contribuer à la reprise après la crise : la responsabilité sociétale des entreprises contribue aux performances de l'industrie européenne en matière de compétitivité et de développement durable. Surtout, la responsabilité sociétale des entreprises participe au positionnement des sociétés européennes en tant que leaders sur des marchés accordant une importance croissante aux questions sociales et environnementales. Pour le volet social, en interne, les entreprises peuvent assumer leur responsabilité sociale par la mise en place de structures d'accueil et garde d'enfants et des autres personnes à charge.

CHAPITRE III : UNE COORDINATION À ÉTOFFER

In fine, la mise en œuvre de la nouvelle politique industrielle exige une gouvernance européenne plus efficace : les secteurs nationaux et les industries nationales doivent être interconnectés avec les autres secteurs européens et le reste du monde. Au-delà, il est important d'identifier les intérêts européens stratégiques et d'élaborer des réponses politiques européennes coordonnées en lieu et place des politiques nationales non coordonnées.

Parallèlement, la gouvernance européenne, pour l'emploi, peut tirer profit d'une coopération approfondie entre les organismes du marché du travail et les Services Publics de l'Emploi (SPE) des États membres. La tâche des SPE doit consister, pour l'essentiel, à récolter les dernières données sur les marchés du travail, à prendre des mesures actives et préventives relatives à ces marchés et d'aide à l'employabilité dès le début, à fournir des services personnalisés, à exploiter les services en ligne et à constituer des partenariats solides.

Depuis toujours, l'Union européenne entretient des liens étroits avec l'Afrique et elle doit continuer d'investir dans l'approfondissement de ce partenariat. Cela se concrétisera dans le cadre plus large des efforts actuels visant à accroître son aide au développement, à rendre ses programmes d'aide plus efficaces.

La participation des parties prenantes aux niveaux national et régional, ainsi que des partenaires sociaux doit également être renforcée. Pour cela, l'Union européenne doit collaborer étroitement avec les protagonistes des différents secteurs : entreprises, organisations syndicales, universitaires, ONG, organisations de consommateurs, entre autres.

En raison de l'allongement de la durée de la vie active, il convient de moderniser les marchés du travail pour permettre aux personnes d'acquérir et de développer de nouvelles compétences tout au long de la vie. En plus, il convient de favoriser la mobilité professionnelle. Ainsi, il sera possible d'établir une meilleure adéquation entre l'offre et la demande d'emplois.

L'encouragement de l'esprit d'entreprise, la multiplication des services de micro financement et d'aide à la création d'entreprises, les mesures de conversion des indemnités du chômage en aides à la création d'entreprises peuvent être très utiles pour aider les personnes concernées à se mettre à leur compte et créer de

nouveaux emplois.

L'évolution démographique, les mutations du modèle familial et la nécessité de mieux concilier vie professionnelle et vie privée conduisent à la création de nouveaux services recouvrant un large éventail d'activités, services qui constituent aussi une source d'emplois. À cet égard, une attention particulière doit être portée à l'emploi dans les secteurs de la santé et des services à la personne, ou tout simplement d'aide dans la vie quotidienne à ceux qui en ont besoin.

Pour relever le défi du plein emploi, le renforcement de la cohésion économique, sociale et territoriale de l'Union européenne est primordial. Un usage efficace et efficient du budget de l'Union serait judicieux. En effet, les autorités nationales, régionales et locales doivent impérativement utiliser pleinement les ressources à disposition et en faire un usage optimal pour que l'Europe augmente et exploite son potentiel économique et augmente le nombre d'emplois et la productivité. À titre d'exemple, pour la période 2014-2020, la Commission propose de doter le FSE³⁰ d'au moins 84 milliards d'euros, qui serviront à des investissements prioritaires en faveur, notamment, de l'accès à l'emploi des demandeurs d'emploi et des personnes sans emploi, de l'insertion professionnelle durable des jeunes qui ne travaillent pas et ne suivent ni études ni formation, notamment grâce à ce que l'on appelle des «garanties pour la jeunesse» des personnes souhaitant se mettre à leur compte, de l'entrepreneuriat et de la création d'entreprises, mais aussi de l'éducation et de l'insertion sociale, ainsi que du renforcement des capacités de l'administration publique.

Aussi, il convient de nouer des «alliances de la connaissance» c'est-à-dire une meilleure synergie entre le système éducatif et le monde du travail pour résoudre le problème de l'inadéquation des compétences. Cela passe par l'instauration d'une coopération plus structurée entre les universités et les entreprises en vue de créer de nouveaux programmes de cours consacrés à l'entrepreneuriat, à la résolution de problèmes et à la créativité.

Améliorer la situation pour les jeunes est essentiel à l'édification de sociétés inclusives et durables. Diverses pistes méritent d'être explorées :

. Le cadre pour l'emploi des jeunes. Il doit promouvoir, en lien avec les partenaires sociaux et les États membres, l'entrée des jeunes sur le marché du travail grâce à des contrats d'apprentissage, des stages ou autres formes d'expérience professionnelle, notamment le système « Ton premier job EURES » qui favorise la mobilité des jeunes dans toute l'Union européenne,

. Une action concertée comprenant des services d'orientation, de conseils et des contrats d'apprentissage.

S'il est indéniable que l'interdépendance est une réalité consécutive à la mondialisation, il n'en demeure pas moins que seule la volonté politique est capable de la transformer en solidarité active. Ainsi, l'Union européenne doit accompagner la transition énergétique et la promotion de l'économie circulaire dans les pays émergents pour les aider à concilier leur nécessité de développement (notamment la création d'emplois) et le respect de l'environnement. Il s'agit de concilier l'intervention publique et la solidarité internationale. Plus encore, il s'agit de dépasser les formes classiques de partenariat pour instaurer des alliances, des synergies et des stratégies de coopération « gagnant-gagnant » et capitaliser sur les enjeux de la transition écologique en termes de croissance et d'emplois.

En effet, à l'horizon 2025, 4,3 milliards de personnes habiteront en ville (+43% par rapport à 2011) et généreront 2,2 milliards de tonnes de déchets solides (+70% par rapport à 2011). Cette prolifération des déchets concerne en tout premier lieu le continent africain (qui parvient à peine à collecter la moitié des déchets générés) et l'Asie de l'Est, mais impacte aussi les échanges internationaux (déchets électroniques...). S'agissant des pays en développement, la gestion des déchets représente un secteur d'emploi non négligeable : 15 millions de travailleurs dans le secteur informel du recyclage des déchets. Aussi, le gisement des déchets constitue une ressource financière potentielle non négligeable car le marché de la valorisation et du recyclage est estimé à plus de 30 milliards de dollars par an.

La gestion des déchets est une opportunité à développer (ou à importer en premier lieu de nouvelles technologies). Elle recèle des possibilités de développement de nouveaux marchés pour les technologies éprouvées dans les entreprises européennes.

³⁰ Le Fonds Social Européen investit dans les ressources humaines dans le but d'améliorer la situation de l'emploi et de l'éducation au sein de l'Union européenne. Pour la période 2014-2020, il concentre ses efforts sur les groupes vulnérables, notamment les jeunes.

Le plein emploi est un objectif affiché par tous les gouvernements, mais les méthodes pour y parvenir diffèrent radicalement, ainsi que la place de cet objectif dans l'ordre des priorités.

Pour sortir au moins 20 millions de personnes de la pauvreté et de l'exclusion sociale, pour porter à 75% le taux d'emploi de la population âgée de 20 à 64 ans, nombreux sont les chemins que l'Union européenne peut emprunter. Certes, le progrès naturel repose sur la bonne volonté et des compétences des États membres. Mais il n'est pas garanti et ne saurait entraîner un taux de croissance synonyme de plein d'emploi. Personne n'aime les changements rapides, sauf les bébés mouillés dit-on. Nous faisons le pari de la rupture, fruit de la nécessité dans un contexte mondialisé et interdépendant. Pour relever le défi du plein emploi, de l'inclusion sociale et de la lutte contre la pauvreté, nous formulons les propositions qui suivent.

CHAPITRE I : UNE GOUVERNANCE RENFORCÉE ET ADAPTÉE

Elle est primordiale, car comme dans toute équipe sportive, c'est toujours ensemble que les États membres de l'Union européenne gagneront ou perdront la bataille pour une croissance intelligente, durable et inclusive condition sinequanone pour l'avènement d'une société du plein emploi.

Quelle culture peut-elle durablement imprégner un corps social si un discours politique commun n'y est pas pratiqué ?

Pour l'Europe, les enjeux pour le retour du plein emploi sont multiples, complexes et impliquent nombre d'acteurs. Aucun des acteurs ne disposent ni de l'ensemble des informations, ni de l'ensemble de l'autorité nécessaires pour élaborer une stratégie efficace, efficiente et durable. Une stratégie européenne pour une croissance durable, inclusive et génératrice d'emplois, impose une refonte, ou tout au moins un renforcement de la gouvernance européenne.

Aussi, ce processus exige une coopération étroite de tous les acteurs concernés : pouvoir central, pouvoirs publics, services pour l'emploi, conseil en orientation, établissements d'enseignement et de formation, services d'aide aux jeunes, entreprises, syndicats...

Au-delà de l'amélioration de la qualité et de l'efficacité des Services Publics de

l'Emploi (SPE), s'agissant de l'emploi des jeunes, ceux-ci doivent avoir les moyens et le mandat pour collaborer, plus particulièrement, avec des acteurs locaux tels que les services sociaux et la santé.

Au total, il s'agira de rassembler les parties prenantes clés des secteurs de l'emploi et de l'éducation, dans l'optique de coordonner et d'améliorer les différentes initiatives. Ces initiatives permettront d'élaborer des programmes fructueux fondés sur l'échange et le recensement afin d'obtenir les meilleurs résultats dans l'Union européenne.

Les actions de coopération se déploieront par le biais des partenariats stratégiques et des alliances sectorielles et des alliances de la connaissance. Elles doivent aussi, viser à renforcer la coopération entre acteurs de l'éducation formelle et non formelle. Par exemple, pour adapter véritablement les programmes d'apprentissage aux besoins du marché du travail, il est fondamental de nouer des partenariats avec les partenaires sociaux au niveau de la conception, de la mise en œuvre et de la gestion des apprentissages, de même qu'avec d'autres parties prenantes pouvant être, le cas échéant, des intermédiaires telles que les chambres de commerce, d'industrie et d'artisanat et les organisations professionnelles et sectorielles.

Par ailleurs la coopération entre parties prenantes permet de rapprocher les mondes de l'éducation et du travail en adaptant les formations aux besoins du marché et en anticipant les besoins futurs en matière de compétences et de qualification.

Bien qu'ayant des structures différentes d'un pays à l'autre, tous les SPE européens contribuent à faire coïncider l'offre et la demande sur le marché du travail en fournissant des informations, ainsi que des services de placement et de soutien au niveau local, national et européen. Aussi, le réseau des Services Publics de l'Emploi, et les Services Publics de l'Emploi nationaux eux-mêmes, ont un rôle majeur à jouer dans l'avènement du plein emploi.

Il convient de renforcer le fonctionnement des SPE et de densifier le réseau des SPE européens pour améliorer leurs offres de service et leur efficacité : conseils personnalisés et appropriés sur les possibilités d'emploi, d'éducation et de formation. En outre, l'intensification de la coopération des Services Publics de l'Emploi sera doublement bénéfique. D'une part, elle permettra l'échange des bonnes pratiques. D'autre part, elle constituera une source de veille efficace pour mettre en adéquation les besoins du marché du travail, les compétences et les formations.

CHAPITRE II : VALORISER ET SOUTENIR LES INDÉPENDANTS, LES ENTREPRISES À CARACTÈRE SOCIAL ET DES JEUNES ENTREPRISES : LES DEMANDEURS D'EMPLOI DÉSIREUX DE CRÉER LEUR PROPRE ENTREPRISE, LES INDÉPENDANTS 2.0.

Le contexte actuel est singulier : plans sociaux, licenciements économiques, difficultés pour les Seniors de trouver du travail malgré leur savoir-faire. En outre, nous vivons une mutation structurelle du travail, qui est devenu plus fragmenté, dispersé, collaboratif, individualiste, à la carte. Par conséquent, une rupture avec l'idée de progression de carrière, sur laquelle repose l'entreprise classique, s'impose car le parcours des travailleurs ne sera plus linéaire. C'est pourquoi, la capacité à diversifier ses compétences et ses activités va devenir essentielle pour qui veut rester dans la course. Même si cela n'est pas facile dans une société « ultra-réglémentée », il faut apprendre à « être en lien ». Plus que jamais, notre époque impose la transversalité, l'économie collaborative, l'inventivité et l'agilité : il est impératif d'évoluer pour rester dans la course !

À cette fin, à l'ère de la révolution numérique, l'ubérisation peut apporter une autre réponse. En effet, l'ubérisation sonne le glas du salariat à la « Papa ». Il ne s'agit ni d'un épiphénomène, ni la conséquence de la crise, mais plutôt d'un changement plus profond, manifestation d'une métamorphose du capitalisme.

En effet, le salariat qui s'est développé avec la révolution industrielle, et qui a connu son âge d'or pendant les Trente Glorieuses, correspond de moins en moins à un capitalisme postindustriel et tertiairisé, où la « production de masse » a été remplacée par la « customisation de masse ». L'anglicisme « customisation » correspond à l'adaptation de l'offre de produits ou de services jusqu'à la personnalisation de manière à répondre aux attentes spécifiques des consommateurs. De fait, les entreprises ont moins besoin de salariés en travail posté, à heures fixes, mais davantage d'équipes souples formées au gré des projets.

Des pans entiers autrefois au cœur de l'entreprise sont aujourd'hui externalisés, une parcellisation de l'activité qui fait que de plus en plus d'acteurs participent à la vie de l'entreprise sans être dans une relation de salarié. À cette atomisation de l'entreprise, s'ajoute le boom du numérique. Ainsi, sur des centaines de plateformes virtuelles, à l'image d'Uber, les travailleurs 2.0 peuvent offrir leurs bras et leurs cerveaux à des millions de particuliers et d'entreprises, au coin de la rue comme à l'autre bout de la planète : traduction, informatique, déménagement, transport, publicité,

bâtiment, services à la personne. . .

L'univers des indépendants 2.0 est profondément inégalitaire et le droit du travail n'est pas adapté à ces nouvelles formes d'emploi. Il va falloir créer de nouveaux filets de sécurité. Pour cela, les pouvoirs publics doivent fixer les règles du jeu pour réguler ce marché. En effet, il faut fixer une harmonisation sociale, clarifier et fixer les règles entre innovation et respect de la loi. Ainsi, les acteurs de l'innovation pourraient être libérés de certaines réglementations sectorielles trop pesantes et obsolètes en échange de l'obligation de cotiser pour les utilisateurs de leur plateforme pour se constituer une Protection sociale. À l'instar des Assurances chômage danoise ou autrichienne qui couvrent les indépendants contre le risque de perte d'activité.

Il convient que tout le monde joue avec les mêmes règles du jeu. Il existe une concurrence qui, pour être efficace doit être loyale : les conditions de travail doivent être acceptables et les géants de l'ubérisation doivent payer des impôts, par exemple taxer les revenus tirés de l'économie collaborative supérieurs à 5 000 euros par an. Aujourd'hui, les flux financiers induits par les services ubérisés transitent fréquemment à l'étranger, donc à l'abri des prélèvements sociaux du pays où se font effectivement les prestations.

Pourquoi ne pas créer un nouveau statut pour les entreprises innovantes, notamment celles de l'économie collaborative ? En outre, la dichotomie entre lois protectrices pour les uns et un désert réglementaire pour les autres risque de devenir explosive. Plus grave, l'ubérisation recèle des limites : effacement de la limite entre vie professionnelle et vie personnelle, revenus plus précaires que pour les salariés, notamment en cas de maladie ou de changement de politique tarifaire de la plateforme, difficulté d'accès aux prêts et au logement en l'absence de revenus stables, risque économique, moindre opportunité d'accès à la formation. Alors, en matière de Protection sociale, se pose la question de savoir jusqu'où aller ; fiscaliser toute la Protection sociale, créer un compte social unique attaché à la personne, quel que soit son statut, et qui regrouperait toutes les assurances (chômage, santé, retraite, formation) jusqu'au filet de sécurité ultime, le revenu universel versé à tout individu ? C'est toute l'architecture de la Protection sociale au XXI^e siècle qu'il faut inventer aujourd'hui, car la marée des indépendants 2.0 monte irrémédiablement.

CHAPITRE III : DONNER LA PRIORITÉ À L'EMPLOI DES JEUNES : UNE EXIGENCE DE SOLIDARITÉ INTRA ET INTERGÉNÉRATIONNELLE.

En effet, l'emploi des jeunes ne peut plus être traité comme une sous-rubrique des politiques d'emploi, mais bien comme un objectif en soi. À ce titre, il doit occuper une place prépondérante au sein des politiques de l'Union européenne.

Selon l'adage « l'oisiveté est la mère de tous les vices ». Cette vérité intemporelle vaut pour l'Europe notamment dans le contexte actuel. Car, une jeunesse paupérisée risque d'être une génération sacrifiée.

Plus que jamais, l'emploi revêt un rôle de structuration sociale pour éviter que la jeunesse en déshérence devienne la proie de tous les fanatismes et ne s'adonne aux atrocités qui sèment la terreur et la désolation partout dans le monde et l'Europe n'est pas épargnée. La jeunesse a besoin de l'Europe comme l'Europe a besoin d'elle, car il n'y a pas d'avenir pour l'Europe sans la jeunesse. En effet, les jeunes et notamment les moins qualifiés d'entre eux, payent un très fort tribut à la crise. Ils servent de variable d'ajustement à un marché du travail déstabilisé et fortement marqué par les inégalités entre « insiders », bénéficiant d'un emploi stable et de qualité, et « outsiders », occupant des emplois précaires ou au chômage.

Paradoxalement, 2 millions d'emplois sont vacants dans l'Union européenne. Cette situation tient en l'inadéquation entre les compétences requises et les besoins du marché du travail. Pour pallier à cette situation :

L'apprentissage apporte une réponse. Les difficultés d'insertion des jeunes résultent de l'inadéquation entre l'offre de formation et la demande de compétences sur le marché du travail. Pour preuve, en 2013, l'Allemagne occupait une position, particulièrement, favorable en Europe avec un taux de chômage des 15-25 ans qui s'élevait en 2013 à 5,9%. Parmi eux, 44% poursuivaient leurs études, 31% avaient un emploi, 16% suivaient une formation professionnelle. Ces bons résultats s'expliquent, notamment par la place prépondérante de l'apprentissage dans la formation des jeunes et par son efficacité en matière d'insertion professionnelle.

Fait notable, l'Allemagne, l'Autriche, la Suisse et le Danemark bénéficient d'un système efficace d'apprentissage organisé en alternance – système dual – issu d'une longue tradition et faisant l'objet d'un large consensus au sein de la société. Ce modèle dual, une formation au service de la compétitivité de l'économie, permet une

bonne intégration des jeunes sur le marché du travail. Par conséquent, il peut être judicieusement généralisé à l'ensemble des États membres de l'Union européenne avec des adaptations aux contextes nationaux. En effet, les pays où ce modèle fonctionne sont marqués par une forte tradition de dialogue social, un tissu de PME important et la force du secteur secondaire de l'économie. Ce sont des conditions décisives pour le bon fonctionnement de ce système.

La facilitation de la mobilité et l'amélioration de la réglementation sur les stages. La mobilité internationale est de moins en moins perçue dans les pays d'origine comme une fuite de cerveaux, mais plutôt comme un atout. En effet, elle permet l'acquisition de formations et d'expériences, très valorisées au sein des élites notamment. En général, les mouvements d'expatriation vers des pays européens, participent de la création d'un espace commun au sein de l'Union, ainsi que l'émergence d'une citoyenneté européenne.

Ainsi, pour la période 2014-2020, le nouveau programme Erasmus est doté d'un budget de 14,2 milliards d'euros auxquels s'ajoutent 1,7 milliard pour sa dimension internationale, soit 40% de plus que les programmes précédents. Il devrait donner la possibilité de séjourner à l'étranger – Union européenne et pays tiers – à environ 4 millions de jeunes et d'enseignants : 2 millions d'étudiants de l'enseignement supérieur, 650 000 du secondaire et de l'enseignement professionnel, 800 000 membres du personnel enseignant et 500 000 jeunes dans le cadre du volontariat, et permettre de cautionner les prêts de plus de 200 000 étudiants de master.

Par ailleurs, il convient d'élaborer une charte des stages ambitieuse, prenant notamment en compte la question cruciale de leur rémunération et de leur couverture sociale.

Un accompagnement ciblé des décrocheurs, les jeunes qui ne sont ni dans l'emploi, ni en formation, ni en cours d'étude. Les jeunes décrocheurs sont communément désignés par l'acronyme « NEET », issu de l'anglais « not in employment, education or training ». Il s'agit d'une population socialement prédéterminée, pour laquelle les coûts individuels et collectifs sont particulièrement élevés. Les pouvoirs publics doivent mettre en œuvre des politiques volontaristes et ambitieuses pour assurer le retour à l'emploi de ce groupe hétérogène composé de jeunes de 15 à 24 ans ou de 15 à 29 ans selon les études.

Par ailleurs, le fait d'être un NEET peut en outre s'accompagner d'une série de conséquences plus globales telles que la désaffection à l'égard de l'emploi,

l'isolement, la délinquance juvénile, les troubles de la santé physique ou mentale, ou la désaffection à l'égard des institutions.

Afin de réduire le nombre de jeunes qui quittent l'école après leur 15 ans sans formation complémentaire, il serait judicieux de créer un véritable service public d'orientation pour le coaching des jeunes. Les enseignants proposent aux jeunes susceptibles de décrochage scolaire un système de coaching pendant leur période de recherche de formation puis lors de leur formation proprement dite. Ainsi, il deviendra possible d'identifier les éventuels décrocheurs, dans la mesure où c'est une fois que le jeune a décroché qu'il devient très difficile de l'amener dans un parcours de retour à l'emploi.

Accompagner et encourager les jeunes pour la création d'entreprises en simplifiant les démarches administratives. Actuellement, il existe des points de contact locaux qui fournissent des aides aux entreprises, comme les chambres de commerce, les centres d'aide à la création d'entreprises, les incubateurs. Cependant, à l'instar du programme « Erasmus pour jeunes entrepreneurs », il convient d'encourager et de promouvoir les échanges transfrontaliers entre jeunes et futurs entrepreneurs et chefs d'entreprise confirmés. Il s'agit là d'une opportunité pour les jeunes, de se former auprès d'entrepreneurs chevronnés dirigeant de petites entreprises dans les pays participants. Aussi, cet échange d'expériences permet aux nouveaux entrepreneurs d'acquérir, au contact d'un entrepreneur expérimenté, les compétences indispensables à la bonne gestion d'une petite entreprise. L'entrepreneur d'accueil bénéficie quant à lui d'un regard neuf sur son entreprise. C'est également l'occasion pour lui de coopérer avec des partenaires étrangers ou d'en savoir plus sur de nouveaux marchés.

La promotion de la création d'entreprise doit inclure des incitations financières. L'aide financière octroyée aux nouveaux entrepreneurs contribue aux frais de voyages du pays d'origine vers le pays d'accueil ainsi qu'aux dépenses liées au séjour, notamment le logement.

Le monde est dangereux : la violence rôde partout et se déchaîne en maints endroits au nom des pires intolérances et des idéologies les plus obscures, des guerres de religion se rallument. L'emploi se raréfie, les inégalités se creusent entre quelques riches et un grand nombre de pauvres dont les jeunes. Il est urgent de réformer la gouvernance de l'Europe pour retrouver une croissance durable et juste pour enrayer le chômage, notamment celui des jeunes qui, même diplômés, sont les plus touchés. Rien ne serait plus dangereux que de laisser la jeunesse s'installer dans la résignation, le désespoir et constituer un vivier dans lequel viendraient puiser les fanatismes et les obscurantismes de ce début du millénaire.

Il incombe à l'Europe de se doter de politiques volontaristes et ambitieuses pour lutter contre le chômage des jeunes en apportant des solutions dans les domaines suivants : formation, apprentissage, mobilité, aide au retour à l'emploi, aide à la création d'entreprise. En outre, les SPE doivent collaborer, plus particulièrement, avec les services sociaux, les prestataires de services éducatifs, les associations de jeunes. Ainsi, il deviendra possible d'anticiper et de maîtriser les risques pouvant porter gravement atteinte à la cohésion sociale au sein de l'Union européenne et d'avoir des répercussions négatives à long terme sur le potentiel économique et la compétitivité.

In fine, il s'agit de sortir la jeunesse européenne de la précarité et lui donner une perspective optimiste pour l'avenir. En leur offrant des emplois décents, c'est donner aux jeunes les moyens de bâtir un avenir plus équitable et plus prospère.

Il est grand temps que des « ASSISES DE L'EMPLOI » soient tenues tant au niveau de chaque pays qu'au niveau de l'Union européenne afin de mieux s'adapter aux conditions de travail du XXI^{ème} siècle, à la mondialisation, à l'ubérisation, tout en réfléchissant aux évolutions de la protection sociale, de la fiscalité européenne, de la synergie intra-européenne !

Tels sont les éléments de contribution que nous souhaitons apporter à la réflexion sur l'Europe et l'emploi.

PROPOSITIONS

1. Créer une gouvernance renforcée et adaptée.
2. Valoriser et soutenir les indépendants, les entreprises à caractère social et des jeunes entreprises : les demandeurs d'emploi désireux de créer leur propre entreprise, les indépendants 2.0.
3. Donner la priorité à l'emploi des jeunes : une exigence de solidarité intra et intergénérationnelle.
4. Donner une place prépondérante à l'apprentissage tout en l'adaptant aux contextes nationaux.
5. Faciliter la mobilité et améliorer la réglementation sur les stages.
6. Faire un accompagnement ciblé des décrocheurs, les jeunes qui ne sont ni dans l'emploi, ni en formation, ni en cours d'études.
7. Accompagner et encourager les jeunes pour la création d'entreprises en simplifiant les démarches administratives.



Assurance maladie

QUATRE STRATÉGIES POUR MAÎTRISER LA DÉPENSE

Nous devons, avant toute chose, garder en mémoire que notre Protection sociale est le fruit de l'histoire, des luttes sociales et des initiatives de certains patrons progressistes et chrétiens. Née de la charité, la Protection sociale a évolué au fil du temps vers la solidarité et donc vers le droit.

Pierre Laroque, ancien Directeur des assurances sociales, chargé de traduire dans les textes le programme du Conseil National de la Résistance, rappelle dans le rapport introductif à l'Ordonnance d'octobre 1945 créant la Sécurité sociale, que l'objectif était d'assurer aux travailleurs ce qu'il nommait : LA SÉCURITÉ DU LENDEMAIN.

Il s'agit, écrit-il, « de débarrasser les travailleurs de l'incertitude du lendemain, qui crée chez eux un sentiment d'infériorité et qui est la base réelle et profonde de la distinction des classes ». C'est dans le domaine de l'Assurance maladie, la mise en place d'une solidarité entre les bien-portants et les malades.

Le 11^{ème} alinéa du préambule de la Constitution de 1946 a ensuite gravé dans le marbre ce principe : « La Nation garantit à tous, et notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé ». « L'Assurance maladie est donc plus qu'une assurance contre la maladie. Elle exprime une valeur fondamentale de notre démocratie ». Elle est à la fois, outil assurantiel, projet de santé publique et projet pour la société.

En termes globaux et quantitatifs, la France se situe toujours dans la moyenne haute de consommation de soins des pays développés, que ce soit en montant de dépenses, en volumes d'actes ou nombre de séjours, ou encore en nombre de professionnels et d'établissements par habitant.

Il en va de même s'agissant des taux de prise en charge publique. Le taux moyen de remboursement par l'Assurance maladie obligatoire est à la fois élevé (un peu plus de 8% du PIB : la seule dépense publique de santé d'un Français a le même niveau moyen que la dépense totale de santé d'un habitant des pays de l'OCDE) et à peu près stable depuis trente ans.

Mais les dépenses de santé progressent structurellement plus rapidement que le rythme d'accroissement de la richesse nationale : pour un indice 100 en 1997, l'ONDAM était, 20 ans plus tard, à 190 et le PIB à 160 ; d'où un déficit récurrent et une dette sociale d'environ 200 milliards d'euros.

Il faut rappeler avec force que l'Assurance maladie n'a pas pour vocation d'être éternellement financée par l'endettement et que l'équilibre des recettes et des dépenses est un objectif. En effet, même si des ressources nouvelles peuvent, éventuellement et momentanément, être dégagées au profit de l'Assurance maladie, cet effort ne peut être que limité car il est difficile d'imaginer que l'Assurance maladie puisse indéfiniment s'attribuer une part croissante de la richesse collective surtout en période de faible croissance économique.

Il est tout aussi inimaginable de laisser « filer » les dépenses de santé, ce qui aboutirait par le biais de déremboursements massifs de soins à un repli de l'Assurance maladie et à un abandon de fait de la solidarité entre bien-portants et malades.

Dans les cinq années qui viennent, l'objectif de maîtrise médicalisée des dépenses reste un objectif majeur.

Cette politique initiée en 1992 entend agir sur la croissance des dépenses de santé en stimulant tout ce qui, dans cette croissance, est vraiment utile à la santé, et en luttant contre tout ce qui ne se rapporte pas à des soins de qualité ; c'est en fait la quête permanente d'un fonctionnement optimal du système de soins. Il s'agit là d'un choix collectif qui doit faire l'objet de deux précautions. Un choix collectif suppose des rendez-vous fixes ; un débat démocratique existe en effet, chaque année, dans le cadre de l'ONDAM mais son processus d'élaboration pourrait être amélioré. Des propositions ont été faites pour revoir le découpage de l'ONDAM (enveloppes décloisonnées, approche régionalisée) qui mériteraient d'être sérieusement étudiées. Un cadrage pluriannuel serait de toute façon certainement plus satisfaisant.

Un choix collectif implique nécessairement les acteurs de santé. Notre système a en effet fait le choix d'un partenariat avec ces différents acteurs, aussi divers soient-ils en termes de financement ou d'offre de soins.

À la complexité intrinsèque de tout système de soins et d'Assurance maladie s'ajoute une réalité objective, assez marquée dans notre pays, de grande pluralité des acteurs et des statuts, aussi bien en termes de financement que d'offre de soins.

L'outil contractuel ou conventionnel est ainsi très présent : conventions d'objectifs et de gestion entre l'État et les caisses d'Assurance maladie, conventions avec les professionnels libéraux, accords-cadres et accords particuliers pour les médicaments et les dispositifs médicaux, contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens avec les

établissements de santé ou médico-sociaux, etc.

Cette complexité a évidemment un coût en termes de lenteur et de lourdeur des procédures mais existe-t-il réellement une autre solution ?

L'Assurance maladie doit être le fer de lance d'une véritable politique conventionnelle avec l'ensemble des professionnels de santé. Elle doit construire cette politique contractuelle dans l'intérêt des assurés sociaux et des professionnels de santé.

Elle doit dans ce domaine revendiquer son autonomie et occuper une place à part entre l'État et les acteurs de santé pour développer, avec ces derniers, un dialogue, loyal, serein et constructif, quitte à se retourner vers l'État en cas de blocage persistant.

Dans les années à venir la maîtrise médicalisée pourrait prendre la forme de quatre stratégies différentes se confortant l'une l'autre :

- **La mise en œuvre concrète d'une médecine de « parcours de soins » pour les personnes en « Affection de Longue Durée (ALD) » ;**
- **Une nouvelle approche des territoires et de la planification ;**
- **Une meilleure coordination de la gestion du risque avec les acteurs de l'Assurance maladie complémentaire ;**
- **Une utilisation pleine et entière des possibilités offertes par les innovations technologiques et par le numérique.**

LA MISE EN OEUVRE CONCRÈTE D'UNE MÉDECINE DE «PARCOURS DE SOINS» POUR LES PERSONNES EN «AFFECTION DE LONGUE DURÉE»

L'Assurance maladie est non seulement confrontée à un défi financier mais également à un défi « soignant » qui est la chronicité croissante de beaucoup de maladies, la place croissante prise par les maladies chroniques et les pathologies multiples. Cette situation (la proportion de personnes placées en Affection de Longue Durée) ne concerne, certes, à un moment donné qu'une minorité de malades (en fait, presque tout le monde à un moment donné de sa vie) mais elle représente une part très importante de l'ensemble des coûts et des remboursements et explique à elle seule l'essentiel de la croissance des dépenses de soins.

Or, dans les situations de chronicité, la qualité du soin est une qualité globale, soignante et sociale. Elle se mesure sur l'ensemble du « parcours de soins » de la personne malade ; « ce qui suppose de passer d'une médecine pensée comme une succession d'actes ponctuels et indépendants à une médecine qu'on peut appeler de « parcours » dont l'objectif est d'atteindre, par une pratique plus coopérative entre professionnels et une participation plus active des personnes soignées, à une meilleure qualité d'ensemble et à un moindre coût ».

Certes, ces formes nouvelles de partage des tâches entre soignants ne sont pas simples, demandent à être expérimentées et nécessitent certainement l'intervention de la Haute Autorité de Santé (HAS) mais il n'en reste pas moins que les deux défis, soignant et financier, se rejoignent sur la question du « parcours de soins » car il a été montré que le coût de la non-coordination des soins était extrêmement important de l'ordre de plusieurs milliards.

L'Assurance maladie doit se donner pour objectif de se mettre au service d'une médecine de « parcours » en sortant de son rôle traditionnel et parcellisé de payeur « sur liste » des actes et des produits ; en se positionnant « comme l'instrument financier d'une démarche professionnelle, qui vise à la qualité de l'accompagnement soignant de chaque personne tout au long de sa vie ».

Cette attitude volontariste suppose de faire évoluer, d'abord pour les personnes les plus fragiles, en ALD, les modalités actuelles de tarification à l'acte vers une tarification invitant à un travail soignant plus transversal entre les soins de ville, l'hôpital et le médico-social.

UNE NOUVELLE APPROCHE DES TERRITOIRES ET DE LA PLANIFICATION : DES ÉVOLUTIONS À ENCOURAGER

Le sujet est certes difficile puisqu'il concerne également l'hôpital et le médico-social. Cependant, un grand nombre de dispositifs expérimentaux de soins coordonnés, associés à de nouveaux modes de rémunération des professionnels, ont déjà été mis en œuvre à titre expérimental et certains « réseaux » ont ainsi pu, y compris à grande échelle, faire déjà l'objet d'évaluations favorables. Il faut désormais sortir de l'expérimentation permanente et passer à une phase nouvelle de préfiguration à partir de « projets pilotes » importants et significatifs. L'objectif politique devrait être que 80% des personnes en ALD soient soignées dans le cadre d'un parcours de soins (c'est-à-dire intégrant l'ensemble de la chaîne de soins) dans cinq ans.

Cet objectif pourrait d'autant mieux être atteint s'il est clairement montré aux malades que l'inscription dans un parcours de soins est la contrepartie de son admission en ALD.

On constate depuis 20 ans des évolutions de l'offre de soins dans les territoires : importance reconnue des soins de premier recours et d'une approche transversale de l'offre de soins, place de plus en plus importante de l'ambulatoire. Le paradoxe réside dans le décalage entre cette importante évolution du système de santé au sein de chaque secteur d'activité (ville et hôpital) et la stabilité de la répartition des masses financières entre ces deux secteurs.

La part des soins spécialisés et du paramédical s'est accrue en ville alors que l'activité de médecine générale restait stable ; à l'hôpital, le champ d'intervention des différentes disciplines s'est profondément modifié (décroissance de l'hospitalisation complète en MCO, croissance de l'hospitalisation de jour, des séances, des urgences et d'une manière générale de la spécialisation...). Mais surtout la prise en charge des soins de premier recours a été peu à peu reconsidérée avec le médecin référent puis le médecin traitant ; l'objectif étant le rapprochement au niveau d'un territoire entre les besoins de santé de la population et les moyens destinés à y répondre.

C'est le développement de formes organisées de prise en charge en soins primaires (médecins généralistes, spécialistes, pharmaciens...) qu'il convient de continuer à encourager. L'une des formes possibles de cette structuration est la « Maison de Santé Pluridisciplinaire », prévue dans la loi du 21 juillet 2009. L'objectif pour les 15 ans à venir est, en tout cas, de repenser les formes de gradation des prises en charge, qui ne peuvent plus reposer sur la simple opposition entre prises en charge hospitalières et ambulatoires mais supposent de définir des niveaux de service d'intensité variable qui feront intervenir conjointement acteurs de ville et hôpital.

Cette politique volontariste d'évolution de l'offre de soins suppose néanmoins trois préalables ou trois conditions pour pouvoir être menée :

- Un nouveau mode de planification ;
- L'acceptation de possibilités d'adaptations locales à des règles fixées au niveau central ;
- Une attitude plus nette vis-à-vis de la répartition géographique des professionnels de santé.

A. Un nouveau mode de planification

La planification a déjà beaucoup évolué : elle concernait à l'origine les seules capacités hospitalières et les équipements lourds. Elle s'est, en 2003, étendue à l'ensemble des activités de soins, de prévention et medico-sociales ; elle prend aujourd'hui la forme du « projet régional de santé », qui fixe un cadre d'orientation stratégique à 10 ans (5 ans pour le schéma régional) et relève de la responsabilité des ARS. Cet élargissement doit se poursuivre ; « Il convient en effet de passer d'un modèle combinant l'intervention d'organisations hospitalières et de professionnels libéraux exerçant de façon isolée à un modèle valorisant l'intervention coordonnée d'équipes ou de communautés [...] professionnelles fonctionnant en réseau selon des formats variables et dont l'action soit inscrite dans des territoires ».

Dans cette perspective, les équipements ne sont plus considérés isolément mais comme des « ensembles fonctionnels nécessaires pour les différents niveaux de prise en charge ; c'est l'usage qui importera le plus ». La mise en œuvre de cette planification rénovée suppose néanmoins l'acceptation de « souplesses » au niveau local.

B. L'acceptation de possibilités d'adaptations locales à des règles fixées au niveau central

Ce point central concerne à la fois les ARS, l'ONDAM et la vie conventionnelle ; la question de fond est de trouver un équilibre entre la fixation de règles au niveau central pour assurer l'égalité entre les assurés sociaux et les adaptations locales, qu'il est indispensable de trouver pour d'évidentes raisons d'efficacité. Comment, en effet, pourrait-on organiser des « parcours de soins » au sens le plus concret sans une approche territoriale qui implique le travail collectif d'acteurs locaux ?

Il appartient aux ARS de rechercher cet équilibre, encore faut-il leur laisser une marge d'autonomie, notamment sur le plan budgétaire ; les Agences Régionales de Santé ne sont pas que des services extérieurs de l'État, elles doivent être les acteurs de cette coordination des soins sur les « territoires de santé » dont elles ont la charge.

Cette question des nécessaires souplesses locales se pose également pour l'ONDAM. Il ne s'agit pas de préconiser des enveloppes limitatives de dépenses calculées au niveau régional, ce qui entrainerait de fait des inégalités entre assurés sociaux, mais de simplement prévoir la possibilité de moduler l'ONDAM, à la marge,

en fonction d'indicateurs de santé publiques, pour permettre aux régions les plus défavorisées de rattraper leur retard.

Il en va de même pour la vie conventionnelle ; l'idée de conventions régionales avec les professionnels de santé rencontre, pour l'instant de vives oppositions ; or, là aussi, la mise en place de parcours de soins suppose des réglages fins, notamment en termes de rémunération, qui ne peuvent trouver leur place dans une convention nationale. En revanche, cette dernière pourrait fixer des principes généraux qui seraient éventuellement déclinés au niveau régional.

C. Une attitude plus nette vis-à-vis de la répartition géographique des professionnels de santé

Il ressort de « l'Atlas de la démographie médicale » que publie le Conseil de l'Ordre des Médecins, que la densité médicale en France continue à être au-dessus de la moyenne de l'OCDE : 334 médecins pour 100 000 habitants ; le même Ordre des Médecins recensant par ailleurs 2,5 millions de français vivant dans des « déserts médicaux ». Si notre système de santé souffre de lacunes en matière d'accessibilité physique, la question est celle de la répartition sur le territoire et non du nombre global de médecins. Certaines régions ont une forte densité médicale (PACA, Île-de-France...), d'autres une faible densité (Franche-Comté, Pays de la Loire...).

Il est légitime, en particulier dans un système comme le nôtre qui socialise largement la dépense, que la puissance publique fixe des règles en matière d'installation des institutions, services et professionnels de santé. Or jusqu'à présent, le moins que l'on puisse dire est que les gouvernements successifs n'ont pas marqué une volonté très nette de « forcer les installations ». Il n'est pas certain que cette situation perdure tant la pression des populations s'accroît. Avant toute mesure autoritaire, il appartient à l'Assurance maladie de lancer rapidement une négociation avec les professionnels de santé pour rééquilibrer l'offre de soins dans les zones déficitaires.

UNE MEILLEURE COORDINATION DE LA GESTION DU RISQUE AVEC LES ACTEURS DE L'ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

Avec la mise en œuvre complète de l'Accord National Interprofessionnel du 13 janvier 2013 et de la loi relative à la sécurisation de l'emploi, la quasi-totalité de la population (96%) sera couverte par une assurance complémentaire. La part de la dépense de santé prise en charge par les assurances complémentaires (hors CMU) est d'un peu plus de 13% ; cette part étant plus importante, voir majoritaire, pour certains segments des soins de ville (optique, dentaire, audioprothèse).

Cette quasi-généralisation constitue l'un des trois piliers de la « Stratégie nationale de santé ». Il s'agit là de l'aboutissement d'un long chemin qui a débuté avec la loi Evin du 31 décembre 1989 et a notamment compris la création de la CMU-C en 1999 et de l'ACS en 2004, pour les plus faibles revenus.

Or, il semble bien que les conséquences pour la gestion du risque de cette quasi-généralisation n'ont jamais été réellement tirées.

La seule réponse qui a été apportée est de nature institutionnelle, par la création, en 2004, de l'UNOCAM, et ne semble guère satisfaisante, essentiellement parce qu'on se contente de regrouper dans une même instance des organismes de protection complémentaire ayant des intérêts divergents (mutuelles de personnes et assurances...).

L'attitude de la puissance publique est également peu cohérente, mêlant aide fiscale et taxation. On chiffre à plus de 5 milliards l'ensemble des aides publiques à l'acquisition de complémentaires dont plus de 3 milliards pour l'aide aux contrats collectifs obligatoires (ce qui est inéquitable par rapport aux contrats souscrits individuellement).

Or, une meilleure maîtrise médicalisée de la dépense suppose une meilleure coordination entre l'assurance obligatoire et l'assurance complémentaire.

Si l'on exclut les solutions extrêmes conduisant, soit à faire absorber les assurances maladie complémentaires par la Sécurité sociale, soit à ce que cette même Assurance maladie se désengage complètement au profit des assurances complémentaires des secteurs déjà les moins bien remboursés (dentaire, optique, audioprothèse),

il reste alors à imaginer de véritables et nouveaux mécanismes de coopération volontaire entre les deux modes d'assurance.

Le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie a fait sur ce sujet d'intéressantes propositions qui mériteraient d'être prises en considération et qui consisteraient à : « définir un cadre commun d'action autour d'un socle partagé de valeurs auxquelles pourraient adhérer des financeurs publics et privés ou des partenaires sociaux : non sélection des risques de santé, refus de prendre en charge une dépense de soins non justifiée, recherche de cette qualité par l'organisation des soins et la médecine de parcours ». « En termes opérationnel aujourd'hui, cette intention pourrait se traduire par une nouvelle définition des contrats responsables, une réflexion sur la participation des complémentaires à l'accompagnement des patients inscrits dans des parcours de soins, élément central de la future stratégie nationale de santé, mais aussi par une clarification de la gestion du risque par les Organismes Complémentaires dans les domaines où ils peuvent y prétendre efficacement (optique, dentaire, audioprothèses). Il conviendrait dans ce cadre de porter une attention particulière aux systèmes d'information entre Assurance Maladie Obligatoire et Assurance Maladie Complémentaire qui devraient prendre en compte la possibilité du développement du tiers-payant et la communication des informations utiles aux uns et aux autres. »

Il s'agit bien de passer d'un cadre institutionnel à des mécanismes conventionnels entre l'Assurance maladie et les différents organismes complémentaires. Compte tenu de l'histoire agitée des relations entre ces deux types d'institutions, il faudra vraisemblablement imaginer, pour élaborer et faire vivre ces nouveaux mécanismes, l'intervention d'un tiers-neutre, sui generis.

UNE UTILISATION PLEINE ET ENTIÈRE DES POSSIBILITÉS OFFERTES PAR LES INNOVATIONS TECHNOLOGIQUES ET PAR LE NUMÉRIQUE

Peut-être s'agit-il là de la stratégie la plus déterminante pour l'évolution de notre système de santé. On trouve en effet sous le titre générique de « nouvelles technologies » des outils numériques permettant des échanges de données en temps réel (entre professionnels ou avec les patients) ; des dispositifs de stockage et de partage des données (imagerie, dossier médical, examens de biologie) des logiciels de prise de rendez-vous en ligne au sein d'une structure ou entre structures, logiciels et dispositifs de soins ou de diagnostics à distance ; bref, autant d'outils permettant de réaliser cette prise en charge transversale, centrée sur le patient.

Faut-il encore que l'utilisation de ces nouvelles technologies soient insérées dans une stratégie et qu'il existe une réelle volonté de les mettre en œuvre ; qu'on sorte de la phase d'expérimentation pour passer, là aussi, à la phase du déploiement progressif.

Faut-il encore qu'existent les formules juridiques, économiques et financières permettant l'utilisation concrète de ces outils. Le parfait contre-exemple de ce déphasage entre la technologie, le droit et l'économie étant la télé-radiologie qui ne connaît pas le développement attendu faute d'un réel engagement des tutelles et de l'Assurance maladie.

Il faut enfin poursuivre les efforts entrepris depuis plusieurs années pour améliorer notre système d'information. Comme le rappelait le HCAAM : « il n'existe pas encore de base de données permettant de connaître ce que représentent globalement, pour une même personne, les dépenses et les remboursements de soins de ville, de soins en établissement de santé et médico-sociaux et d'aide sociale à l'autonomie, ni de les rapprocher des éléments cliniques de la prise en charge soignante. Il n'est pas davantage possible de connaître et de suivre les dépenses de santé et leurs remboursements, non pas seulement pour chaque individu, mais également par ménages... Aucune base ne permet pour l'instant d'avoir, pour une même personne, le suivi pluriannuel de ses dépenses et de son « reste à charge », ou de connaître le cumul des remboursements par l'Assurance maladie obligatoire et les assurances complémentaires ». Le HCAAM ajoute : « Il s'agit de ne pas conduire en aveugle les politiques publiques. L'information parcellisée dont on dispose aujourd'hui ne permet ni évaluation, ni discussion, ni a fortiori mise en œuvre d'une politique d'optimisation véritablement transversale de la dépense publique de santé ».

PROPOSITIONS

1. Faire une mise en œuvre concrète d'une médecine de « parcours de soins » pour les personnes en « Affection de Longue Durée (ALD) ».
2. Définir une nouvelle approche des territoires et de la planification en acceptant les possibilités d'adaptations locales à des règles fixées au niveau national et en ayant une attitude plus nette vis-à-vis de la répartition géographique des professionnels de santé.
3. Optimiser la coordination de la gestion du risque avec les acteurs de l'Assurance maladie complémentaire.
4. Utiliser pleinement et entièrement les possibilités offertes par les innovations technologiques et le numérique.

Financement de la Sécurité Sociale

QUELQUES VÉRITÉS POUR LA PÉRENNITÉ D'UN PATRIMOINE COMMUN

LES ENJEUX ÉCONOMIQUES ET SOCIAUX DU FINANCEMENT DE LA SANTÉ

Les dépenses de santé contribuent à une amélioration souhaitable du bien-être des personnes et de l'Indice de Développement Humain (IDH). Dans les pays industrialisés, leur croissance va probablement se poursuivre durant les prochaines années. Cette croissance structurelle des dépenses de santé est provoquée par le progrès des techniques médicales, par une demande de confort et de bien-être, par le vieillissement de la population, ainsi que par la pression de l'offre, sur un marché des soins de santé dont la solvabilité est principalement garantie par la dépense publique.

En France, deux millions de personnes constituent les emplois directs du secteur de la santé. Ce secteur apporte une contribution économique importante à la formation du Produit Intérieur Brut (PIB) et peut contribuer à l'équilibre de la balance commerciale. En tant que déterminant de l'état de santé d'une population, il contribue également à la productivité des entreprises et à l'attractivité du pays, par la qualité de ses infrastructures. Toutefois, l'existence d'écart structurels entre la croissance de la dépense publique et celle du Produit Intérieur Brut conduit à des arbitrages implicites, entre l'augmentation de la pression fiscale et la maîtrise du niveau de prise en charge des soins de santé par la collectivité nationale. Le maintien de tels écarts dans la durée a pour effet une accumulation considérable de la dette publique à la charge des générations futures. Le niveau de la dépense publique dans l'économie nationale, les incertitudes que connaît l'économie mondiale, les évolutions sociétales et les mutations professionnelles induites par les ruptures technologiques soulèvent la question du financement de la Protection sociale.

Dans les pays industrialisés, les soins de santé sont accessibles par une majeure partie de la population. En France, le principe de garantir l'accès de tous à la protection de la santé a été inscrit dans le préambule de la Constitution en 1946 et repris par la Constitution de la V^{ème} République en 1958. La mise en place progressive d'un service universel d'Assurance maladie a permis de protéger les citoyens de manière satisfaisante en cas de pathologie lourde ou coûteuse, en cas d'accident du travail ou pour la maternité. Pour autant, si la part de la Sécurité sociale dans le financement des dépenses de santé reste stable au-dessus de 75%, celle-ci n'est que de 55% sur les soins courants. On peut constater des difficultés d'accès à ces soins courants, dont les causes tiennent à des lacunes de l'organisation des soins, à des insuffisances des systèmes de financement, aux difficultés d'accès à l'information, ou aux effets de la situation sociale des personnes, notamment en termes d'auto-

perception de leur santé. Les populations bien insérées dans la vie économique et sociale bénéficient d'une excellente couverture sociale, ont une perception fine de leur état de santé, ont accès à une information pertinente sur le système de soins et peuvent y recourir sans contraintes. Les populations défavorisées, qui sont aussi celles dont l'état de santé est le plus souvent le plus dégradé³¹, se heurtent à l'insuffisance de structures locales de soins primaires, voire secondaires, ont une couverture sociale partielle - dès lors que le niveau de leurs revenus ne leur donne pas accès à la Couverture Maladie Universelle (CMU) - et méconnaissent souvent la réalité de leur état de santé autant que les arcanes du système de soins.

Traiter de cette question nécessite de revenir sur l'idée de justice et sur la notion de solidarité.

L'idée de justice, selon que l'on s'attache à la recherche de l'épanouissement humain, à l'élimination de la pauvreté ou au droit de jouir des fruits de son travail, peut être conçue selon des options différentes, voire divergentes. Aucun principe, aucune procédure ne nous aident à résoudre ce différend d'une manière qui serait universellement acceptée comme juste, comme le montre Amartya Sen avec l'allégorie de la flûte³². Si comme cet éminent économiste reconnu par le Nobel d'économie pour ses travaux sur la famine, la théorie du développement humain et l'économie du bien-être, nous acceptons de remettre en cause les théories anciennes de la justice qui veulent définir les règles et les principes qui gouvernent des institutions justes dans un monde idéal, nous pouvons nous inscrire dans l'analyse des situations sociales pour combattre les injustices réelles. Cette idée de justice, initiée par John Rawls, doit conduire à mettre en place des politiques publiques différenciées en fonction des besoins réels des populations. L'exercice de la démocratie, en tant que « gouvernement par la discussion », y tient un rôle clé. En matière de Protection sociale, cet exercice de la démocratie peut s'exprimer à plusieurs niveaux, de la représentation nationale, des collectivités territoriales, des branches professionnelles, des entreprises ou de communautés volontaires de personnes. Sa réalisation nécessite une vision partagée de la notion de solidarité, ainsi qu'une gouvernance appropriée.

³¹ Les soins de santé ne contribuent que partiellement à l'état de santé d'une population : le patrimoine génétique, l'environnement et les comportements des personnes en constituent les autres déterminants.

³² « L'idée de justice », 2010, l'allégorie de la flûte : « Imaginons trois enfants et une flûte. Anne affirme que la flûte lui revient parce qu'elle est la seule qui sache en jouer ; Bob parce qu'il est pauvre au point de n'avoir aucun jouet, Carla parce qu'elle a passé des mois à la fabriquer. Comment trancher entre ces trois revendications, toutes aussi légitimes ? ».

La notion de solidarité a d'abord été définie par la pensée solidariste à la fin du XIX^{ème} siècle³³. Elle pose comme principe que chaque homme est débiteur de la société, dès sa naissance. Il bénéficie de tout ce que la civilisation lui apporte : soins, éducation, routes, confort, technologies... Certains membres de la société se libèrent de cette dette par leur travail, l'état de leur santé ou par les conditions de leur vie. En sont débiteurs tous ceux qui ont profité du travail des autres. Ils doivent s'en libérer par des contributions au fonctionnement de la collectivité, qui permettent notamment aux autres de subsister. La seconde référence historique est celle de la déclaration du Conseil national de la Résistance, adoptée dans le 15 mars 1944. Elle définissait un programme politique, économique et social en vue du redressement de la France après sa libération. Dans son volet social, ce programme comportait un plan de Sécurité sociale, visant à assurer à tous les citoyens des moyens d'existence, dans tous les cas où ils seraient incapables de se les procurer par le travail, avec une gestion appartenant aux représentants des intéressés et de l'État. Cinquante ans plus tard, en 1995, le système d'Assurance maladie issu de la Libération est passé sous contrôle direct de l'État. Dès lors, l'évolution de la société et l'emprise croissante de l'État ont conduit à un affaiblissement de la notion de solidarité dans l'esprit des citoyens. En effet, la solidarité suppose une interaction entre les hommes. Pour le philosophe André Comte-Sponville, la solidarité est une convergence objective d'intérêts. Pour s'exercer, elle suppose des liens tangibles, que l'on trouvera sur un lieu, dans une famille, une communauté, une entreprise, une branche professionnelle, par exemple face à un événement climatique destructeur. Du reste, les fondateurs de la pensée solidariste prévoyaient que si dans un premier temps, le solidarisme, philosophie officielle de la troisième République, devait être imposé par l'État, il devait aussi le plus rapidement possible devenir une démarche volontaire au sein des groupes humains. Un siècle plus tard, nous sommes encore confrontés à cette question. Tant qu'elle est imposée, la solidarité n'est pas perçue comme telle par la plupart de nos concitoyens. À titre d'illustration, une femme ou un homme de plus de 60 ans résidant en France reçoit en moyenne cinq fois plus de transferts publics qu'une personne de moins de 60 ans. Elle n'envisage d'y renoncer sous aucun prétexte, quand bien même le niveau de ses revenus le permet, alors qu'au même moment, les jeunes générations subissent de plein fouet un déclassé social. Ce qui a été conçu comme un engagement solidaire est souvent aujourd'hui perçu comme un droit individuel.

Le système actuel de Protection sociale est menacé par une crise économique et financière, par le vieillissement démographique et par une perte de repères. Les

³³ Léon Bourgeois en 1895.

politiques de maîtrise budgétaire des dépenses de santé conduites par l'État depuis plus de vingt ans n'ont pas su garantir un accès équitable aux soins de santé. Les objectifs de la politique publique en la matière doivent donc être reconsidérés.

Prendre en charge les besoins du grand âge, favoriser l'intégration sociale des plus pauvres, créer les conditions d'un accès approprié aux soins, accompagner les jeunes à la recherche d'un premier emploi, mettre fin à l'appauvrissement des classes moyennes, favoriser l'adaptation de notre société à la révolution des technologies de l'information, telles doivent être demain les missions de notre État, prenant appui sur les valeurs fondamentales de la civilisation européenne. Or, la situation financière de notre modèle social est tellement dégradée que celui-ci n'est plus en mesure de répondre de manière efficace à ces défis. L'État doit donc à la fois redonner des marges de manœuvre au système de solidarité nationale, établir une équité intergénérationnelle et restaurer un équilibre des droits et des devoirs.

Au-delà de la nécessaire maîtrise des dépenses publiques, les ménages, dont les ressources le permettent, doivent pouvoir contribuer de manière plus pertinente au financement de leurs dépenses courantes de santé, tout en restant couverts par la solidarité nationale en cas de pathologie grave et coûteuse. Ceci passe notamment par la suppression de la réglementation des contrats dits «responsables», principalement responsables de l'inflation des cotisations des assurances complémentaires, et par une maîtrise des aides publiques aux couvertures collectives en entreprise, souvent inflationnistes et inéquitables. Au plan économique, cette approche permettrait d'augmenter le revenu disponible des ménages et de les rendre plus libres de leurs choix, tout en maintenant un filet de sécurité, garanti par l'État.

À cet effet, « l'État garant » devra associer la société civile à la mise en œuvre de ces objectifs d'intérêt général. L'Économie Sociale et Solidaire a su montrer son efficacité sur le terrain, notamment dans le domaine humanitaire, du handicap, des soins de santé ou de la Protection sociale. « L'État garant » doit donc se donner les moyens de déléguer la gestion d'une partie de ces actions d'intérêt général à ces acteurs de la société civile. Il doit le faire de manière bienveillante, exigeante et efficace. Les techniques économiques existent à cet effet³⁴. Telle semble être l'orientation stratégique préalable à des débats techniques nécessaires sur la nature des financements, la maîtrise des risques ou l'organisation du système de soins.

³⁴ Notamment la théorie du quasi-marché, mise en œuvre par le National Health Service en Grande Bretagne à partir de 1990.

D'un État gérant et jacobin que l'on connaît, doit naître un État social garant d'une nouvelle politique de justice sociale, basée sur le principe d'équité, à l'opposé de l'assistanat, qui a fait perdre aux classes moyennes l'envie comme l'espoir de voir leur situation et celles de leurs enfants s'améliorer. Ce nouvel État social répond aux aspirations de ceux de nos concitoyens qui veulent vivre comme des acteurs libres et responsables d'une société moderne et solidaire.

Établir un bilan de santé de la Sécu, dans la perspective des présidentielles de 2017, selon une approche organique qui focalise sur les organismes de base de la Protection sociale proprement dite – toutefois en relation étroite avec le monde du travail, mais sans intégration des problématiques liées au chômage – c'est se pencher sur un dossier médical particulièrement fourni et ausculter une battante, dotée d'une solide constitution et d'un moral d'acier, renforcé par les épreuves du temps et la lutte contre les atteintes de pathologies multiples.

Revendiquée par des géniteurs pluriels inspirés par L'Esprit de Philadelphie³⁵, émancipée très tôt mais placée en familles d'accueil troublées par des tensions intestines (les dissensions du paritarisme sont solubles dans une responsabilité conjointe), pupille de la nation réfugiée sous la tutelle de l'État, la jeune Sécu de l'après-guerre, dépensière par construction, démontre une propension à la générosité compulsive accentuée par une hémiplegie galopante qui la porte, comme la semeuse de Millet, à distribuer ses deniers sans compter...

Cette affection crée chez elle une inclination qui demeure encore aujourd'hui sa marque de fabrique, dans la mesure où sa main droite, prompte à la dépense, continue trop souvent d'ignorer la difficulté pour sa main gauche invalide de rassembler des financements suffisants, de faire fi de sa position bancaire et des débours qui s'accumulent de manière croissante.

Au bout du compte, la prévalence structurelle initiale accordée à la dépense qui relègue les questions liées à son financement au second rang a influé sur la gouvernance générale de la Sécu et des organismes gestionnaires, totalement orientés vers le management des prestations alors que le financement, relégué et sanctuarisé, reste l'apanage d'instances dédiées. En outre, peu rancunière, elle ouvrira toujours les bras du régime des salariés aux agriculteurs et commerçants, pourtant prompts au départ à rejeter toute fusion ou intégration dans un régime unique mais réceptifs plus tard à de nombreux coups de pouce financiers (et seulement financiers, chacun campant jalousement sur son indépendance de gestion), sous condition qu'ils soient discrets même si ceux-ci restent toujours préjudiciables à la transparence globale du système.

³⁵ Alain Supiot, « L'Esprit de Philadelphie. La justice sociale face au marché total », Seuil, janvier 2010.

Cette fracture permanente apparaît désormais à beaucoup d'observateurs comme une fragilité originelle qui, notamment sous la pression de règles imposées par les autorités européennes aujourd'hui inscrites dans l'arsenal juridique de la France, devrait permettre sans retard de se doter des mécanismes susceptibles d'assurer la mise en adéquation des dépenses par rapport aux recettes, ces dernières, par nature limitées, ne pouvant rester condamnées à courir après des dépenses considérées comme illimitées.

Le redressement et le retour à l'équilibre des comptes, en même temps que l'apurement de la dette sociale, restent effectivement à notre portée pour autant que l'inversion des priorités entre dépenses et recettes soit réalisée, en appui sur une réorientation du management de la Sécu à tous les étages, à l'instar de certains pays voisins (comme l'Allemagne) dans le respect à la fois de la solidarité nationale ainsi que des normes européennes.

C'est à ce prix que pourront être appliqués et pérennisés les principes fondamentaux qui ont prévalu à la création et au développement de la Sécu et que pourront être évitées toutes les aventures visant à la réduction de la couverture sociale, dans toute son acception (chômage compris), dont le dernier avatar, qui correspondrait à une fuite en avant, d'inspiration ultra-libérale et individualiste, à savoir la bascule d'un système robuste et éprouvé et son absorption dans « un revenu de base universel ». Un tel détournement mettrait en cause le droit à la santé et à la Protection sociale en raison de la captation de ses ressources (y compris les indemnités de chômage) et de leur réorientation pour le paiement d'un revenu minimum uniforme sans condition, mais aussi peu compatible avec le maintien et la prise en charge de prestations sociales de qualité. La prédation et le dépeçage qui en résulteraient conduiraient inéluctablement, comme on l'a vu avec les régimes de retraite par capitalisation, à la captation par les marchés financiers des moyens des institutions héritées de l'État providence. Les expérimentations programmées en Finlande pour l'étranger et en Gironde pour la France devront faire l'objet d'un suivi et d'une analyse critique de la part des observateurs et du CRAPS en particulier.

Il n'ait guère besoin de réaffirmer que la Protection sociale française constitue un attribut constitutionnel dont les principes fondateurs sont inscrits dans le Préambule de la Constitution nourri de la Déclaration de Philadelphie du 10 mai 1944 qui réaffirmait, à la lumière de l'expérience de la Seconde Guerre mondiale, « qu'une paix durable ne peut être établie que sur la base de la justice sociale et que la pauvreté où qu'elle existe, constitue un danger pour la prospérité de tous ».

Personne ne s'étonnera que le CRAPS, compte tenu de son histoire et de sa vocation, puisse se ranger délibérément sur la voie d'une réforme courageuse et durable du système actuel de Sécurité sociale préservant sa survie au service de ses bénéficiaires.

ÉTAT DES LIEUX DES PROBLÉMATIQUES LIÉES AU FINANCEMENT DE LA PROTECTION SOCIALE

UNE VISION FINANCIÈRE DÉCONNECTÉE DE LA GESTION QUOTIDIENNE PARTICIPANT DE LA DÉGRADATION DES COMPTES SOCIAUX

Dernièrement, les célébrations organisées pour le 70^{ème} anniversaire de la Sécurité sociale n'ont pas manqué de rappeler l'attachement des Français pour leur système de Protection sociale, créé le 10 octobre 1945, ni de souligner l'attractivité de ce système considéré (surtout en interne) comme un ciment, un fleuron et un atout incontestable de la société française particulièrement en temps de crise, notamment pour son rôle, largement salué, d'amortisseur de la crise financière et économique survenue à partir de 2008, comme si certains découvraient en même temps une finalité du système ayant présidé à sa création.

Pourtant, des voix de plus en plus nombreuses s'élèvent pour critiquer le poids financier considérable que représente ledit système pour l'économie de la France (33,8% du PIB avec une hausse moyenne de 3% l'an selon la DREES) et sa performance au plan international, sachant que ce « joyau » se trouve de plus en plus souvent accusé - au-delà des ultra-libéraux qui n'ont cessé de le décrier, par les experts (en principe objectifs) de la Cour des comptes - de mauvaise gestion chronique et de gabegie financière ayant pour effet la réduction croissante de la couverture sociale de base, impliquant un déport de charges plus systématique sur les organismes complémentaires.

INSUFFISANCES RÉCURRENTES DE FINANCEMENT ET RETOUCHES SPORADIQUES

L'évidence des dérives des dépenses des régimes et de leurs conséquences financières (notamment sur les générations futures) apparaît incontestable aujourd'hui, en dépit et à cause des mesures de colmatage arrêtées sous forme de plans de redressement successifs qui (selon Gilles Johanet en 1998, dans l'Échec ou le Défi) représentent autant de fiascos et participent, du fait de ces replâtrages répétitifs, d'une véritable opacité du financement des régimes de Protection sociale.

Initiés par la quasi-totalité des ministres en charge de la Sécurité sociale depuis cinq décennies (surtout à partir des ordonnances de 1967) - ces rafistolages ont apporté des limitations progressives à la générosité native du régime général. Parallèlement

ce dernier était appelé de surcroît à venir de moins en moins discrètement au secours des autres régimes, consécutivement à diverses mesures de « compensation financière puis démographique », tout en permettant la mise en place d'une certaine harmonisation des prestations au sein desdits régimes aidés.

DE L'ÉLARGISSEMENT SOLIDAIRE À L'EXTENSION DES SOURCES DE FINANCEMENT

La résultante étant que, sans la combler mais au contraire, en l'approfondissant, cette inadéquation structurelle des ressources au paiement de charges vouées à peser toujours plus lourd s'est trouvée exagérément prolongée (notamment en raison du rapport actifs/inactifs, du vieillissement de la population, du renchérissement des coûts de la santé, etc.).

Ainsi s'est perpétuée la problématique du financement du régime général qui au fil du temps agrège aux siennes propres les difficultés financières des autres institutions de base de la Protection sociale (l'intégration financière du RSI -maladie et vieillesse- a, par exemple, été réalisée en 2015) mais bénéficie pour ce faire (depuis le 1^{er} janvier 1991) de la manne financière constituée par les produits de la CSG et des diverses autres recettes fiscales affectées qui ont pris le relais des cotisations des assurés dont le niveau jugé intolérable ne permet pas de financer les dépenses qu'elles étaient censées couvrir.

LA PRESSION EUROPÉENNE EN FAVEUR DE LA LUTTE CONTRE LES DÉFICITS PUBLICS NATIONAUX

Au plan international, cette situation apparaît en outre délétère depuis que les systèmes de Protection sociale nationaux doivent s'intégrer dans le contexte européen et respecter les règles de discipline financière qui se sont substituées en 1997 aux « critères de Maastricht », avec la ratification du « Pacte de Stabilité et de Croissance » européen qui s'impose à tous les États membres en vue d'éviter les errements budgétaires précédents.

L'application de ces préceptes a conduit notre pays à adopter des dispositions budgétaires contraignantes, spécifiques à la sphère sociale, avec la création de lois de financement de la Sécurité sociale dès 1996, parachevée par la loi organique de 2005 relative aux dites lois de financement. Les mêmes considérations visant l'ensemble de la dette souveraine ont entraîné la ratification tardive (applicable au 1^{er} mars 2013) du projet de loi constitutionnelle relative à l'équilibre des finances

publiques (pourtant adoptée par l'Assemblée nationale le 13 juillet 2011) instaurant (après moult péripéties parlementaires, dont l'intervention du Conseil constitutionnel) le principe de « **la règle d'or** », selon laquelle toute décision de nouvelle dépense doit simultanément prévoir sa couverture financière. L'application de ce pacte de responsabilité ne facilite pas la lisibilité des comptes en imposant des transferts de charges et de recettes entre l'État et les diverses branches et régimes, voire en dégradant leur solde comme ce fut le cas en 2015.

Il n'est donc pas surprenant, dans ce contexte, de trouver nombre de censeurs qui profitent de ce qu'ils appellent sans ambages la « **faillite du système** » de Sécurité sociale pour revendiquer une remise en cause de son financement, jugeant insuffisante la tentative avortée d'instauration d'une TVA sociale, alors même que l'hypothèse d'une majoration d'un point de « TVA solidaire » est l'assurance d'une recette supplémentaire de l'ordre de 8 milliards.

On assiste également à la promotion par certains candidats à la présidence de la République, vecteurs d'une dramatisation excessive des difficultés de notre système de Protection sociale, à une proposition poussant à son abandon et à son remplacement, total ou partiel, par la création d'un « **revenu de base universel** » déjà évoqué supra.

Comme cela a été précisé ci-dessus, l'avenir de la Protection sociale constitue la préoccupation existentielle du CRAPS, qui ne passe pas fatalement par un saut dans l'inconnu mais par une volonté explicite et agissante d'en assurer le sauvetage et la pérennisation. Autrement dit, il s'agit de ne pas jeter « la mémé (la vieille dame Sécu a désormais 71 ans) avec l'eau du bain » ou plus élégamment de ne pas lâcher la proie pour l'ombre.

LA PRÉVALENCE DES DÉPENSES PORTÉE DANS LA GESTION AU JOUR LE JOUR

Un rapide flash-back permet de faire le constat selon lequel, dès sa naissance en 1945, la Sécurité sociale a connu plusieurs maladies infantiles, notamment un syndrome de balkanisation quand il était prévu un dispositif d'uniformisation au sein d'un régime unique. Était alors non avenue dans ses jeunes années insouciantes de la reconstruction, la focalisation sur les problématiques de financement qui posaient peu de souci en raison du redécollage de l'économie et, partant, de l'essor des grands régimes sociaux et du ratio plutôt favorable bénéficiaires/cotisants, permettant à tous ceux qui se trouvaient intégrés d'acquiescer des droits à la couverture sociale.

Ce n'est donc qu'au moment où elle entrait dans l'âge adulte, en 1967, que la question des ressources allait surgir brutalement (au milieu des « Trente Glorieuses »), poussant le gouvernement de l'époque à s'en saisir avec un courage certain (bien que pétri d'une bonne part d'angélisme), en arrêtant un train « d'ordonnances » destiné à « rétablir **définitivement** l'équilibre financier du régime général ! ».

LA SANCTUARISATION DES PRODUITS ET RESSOURCES DANS UNE BRANCHE AD HOC

Principalement, à côté de diverses mesures de renflouement et de compensation financière, était organisée une gestion « en silo » par grandes branches (respectivement chargées de la retraite et du veuvage, de la maladie et des AT/MP, des allocations familiales) et en excluant de chacune d'elles l'essentiel des préoccupations quotidiennes relatives aux « questions financières », depuis lors **sanctuarisées** à l'ACOSS (Agence Centrale des Organismes de Sécurité Sociale).

Cette dernière, en se professionnalisant et en rationalisant les circuits financiers avec ses partenaires, s'est imposée avec son réseau performant d'URSSAF (dont la création spontanée en région parisienne remontait à 1960) comme un acteur stratégique incontournable et efficace du recouvrement des recettes sociales (mais pas que sociales si l'on pense par exemple au versement transports), bien au-delà du seul régime général (RSI, en particulier). Dans ce cadre, la branche recouvrement jouit d'une image reconnue et appréciée pour avoir su garantir le paiement des prestations au jour le jour, éventuellement en recourant à l'emprunt ou au placement en fonction des encaissements, en ajustant les écarts entre les creux et les pics de trésorerie, en nouant des partenariats efficaces sur le marché financier, en menant une politique réaliste de gestion du risque et en portant parfois des soldes de dettes considérables.

Son rôle s'est même élargi, surtout à partir de la crise économique de 2008, au soutien des entreprises en difficultés via l'octroi de délais de paiement et de remises de majorations dans un contexte où ses propres charges d'emprunt sur le marché financier pouvaient créer de fortes tensions.

On lui attribue également un rôle majeur et particulièrement actif dans le domaine de la lutte contre la fraude et le travail dissimulé.

Pour autant, son autonomie et sa fonction de gestion exclusive de la ressource financière institutionnelle ont conduit à l'externalisation de la gestion financière du

domaine du management des organismes prestataires au moment même où se renforcent dans les directions des caisses les méthodes de management en vigueur dans la sphère privée, dont l'adoption de projets d'entreprise encadrée par leur caisse nationale en est l'expression la plus spectaculaire. L'étanchéité respectée entre des dépenses dont le long fleuve continue de s'écouler tranquillement, sans éviter certains débordements récurrents, et des recettes dont les aléas et fluctuations sont l'affaire de spécialistes des finances sociales regroupés dans des officines (Haut Conseil des Comptes de la Sécurité Sociale, Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie, notamment) placées près des ministres des Affaires sociales et du Budget, en appui sur leur bras armé : l'ACOSS et son réseau.

L'ILLUSION D'UN MANAGEMENT ENTREPRENEURIAL SOUS L'EMPIRE DE LA QUANTIFICATION À DOMINANTE STATISTIQUE

L'entreprenariat à la mode « Sécu » exclut donc toute préoccupation de gestion financière et de recherche de financement, situation extraordinairement confortable et enviable dans un univers de déficits chroniques qui incline naturellement au « paiement en aveugle ». Dit autrement, c'est la confiscation du domaine des « recettes » qui a été instaurée et désormais validée par des années de non-réconciliation entre les dépenses et les recettes dans la gestion des OSS (Organismes de Sécurité Sociale), si l'on excepte l'ajustement quotidien relatif à l'alimentation en trésorerie des comptes bancaires confiée aux agents comptables.

N'étant concernée que par la logique des dépenses, la Sécu, hors ACOSS et URSSAF, apparaît comme une fédération de caisses strictement dépensières, d'organismes ou entreprises de service public (généralant des milliards d'euros au titre du paiement de prestations) entièrement et paradoxalement privés de visibilité financière (conjuguée avec une absence de responsabilité juridique) au plan local, sans aucune appréhension de leur position et/ou résultat comptable mais détenteurs en fin d'exercice d'un équilibre artificiel via un mécanisme de « dotations d'équilibre », rassurant pour qui peut dépenser « sans compter »...

De sorte que, par exemple, les directions et le management de l'Assurance maladie, sont limités à demeurer définitivement l'œil rivé sur l'ONDAM (Objectif National des Dépenses de l'Assurance Maladie) - parangon pas toujours ambitieux de la sophistication technocratique - ne serait-ce que par le fait que son application et son évaluation (voire les primes qui peuvent en découler) ne reposent que sur l'atteinte d'objectifs de gestion, jamais financiers mais purement statistiques, ayant pris le pas sur « l'image fidèle » chère aux comptables, les mirages de la quantification

entraînant un état plus onirique.

On est donc loin du modèle allemand dans lequel (comme le souligne avec emphase la Cour des comptes dans son rapport annuel sur les résultats des comptes du régime général 2014) la convergence des finalités assignées aux pouvoirs publics et aux gestionnaires loco-régionaux passe par l'obligation faite à ces derniers d'assurer à la base l'équilibre de leurs comptes, la réconciliation des dépenses et des recettes représentant la forme basique de toute fonction entrepreneuriale, même en dehors de toute recherche de profits..

MALGRÉ LA CERTIFICATION DES COMPTES LES DONNÉES COMPTABLES RESTENT MARGINALISÉES

A contrario, en France, la consolidation annuelle des comptes opérée depuis 2006 dans le cadre de la certification des comptes par les caisses nationales, sous l'œil critique de la Cour des comptes, n'a pas effacé les limites du dispositif issu des Ordonnances de 1967 et le caractère itératif des problèmes de financement que les rafistolages - sous forme de plans de redressement successifs qui se sont amoncelés sur une trentaine d'années, voire de mesures plus structurelles telles que l'instauration des lois de financement de la Sécurité sociale annuelles - n'ont pas réussi à endiguer.

L'empilement des observations et recommandations annuelles de la Cour ne bénéficie jusqu'à présent que d'un faible intérêt de la part des gestionnaires de base ou nationaux (irresponsables pécuniairement, à l'exception des agents comptables), au point que d'année en année la litanie des mêmes reproches constitue l'essentiel des rapports annuels de la Cour. L'insuffisance et l'inefficacité des contrôles, des mesures de lutte contre la fraude et de recouvrement des créances y sont pourtant systématiquement dénoncées sans emporter de limitation à l'évasion financière conséquente qu'elles entraînent (jusqu'à 3% environ du montant des prestations servies, soit l'équivalent des dépenses de fonctionnement des réseaux). L'exonération de vérifications sur place de quelque nature et par quelque autorité externe que ce soit sur les frais de la gestion administrative des caisses ne favorise pas la considération portée aux audits sur place de la Cour, qui n'intègrent pas eux-mêmes cette dimension.

L'IMBROGLIO ET L'ÉTERNEL DÉBAT SUR LES RÉSULTATS

Les rapports annuels de la Cour des comptes permettent au moins de faire connaître la permanence et le niveau des déficits qui alimentent la dette sociale (correspondante au seul régime général), année après année, dont le cumul s'élève à 156,4 milliards portés par la CADES (Caisse d'Amortissement de la Dette Sociale) auxquels s'ajoutent les déficits postérieurs à 2011 portés et cantonnés à l'ACOSS et, de ce fait, non-amortis :

Années	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Milliards (€)	-19,9	-15	-13,1	-10,8	-7,1	0

Au total, quelques 64 milliards de plus en cinq ans, soit une dette sociale qui atteindra globalement 220 milliards à la fin de 2016 pour le seul régime général !

À cet égard, il convient, en effet, de mentionner que le transfert de ces 64 milliards à la CADES impliquerait, ipso facto, une hausse significative de la CRDS (Contribution à la Réduction de la Dette Sociale) fatale au pouvoir d'achat et à la croissance.

**Ce constat incite spontanément les observateurs avertis au plus grand scepticisme par rapport à l'autosatisfaction manifestée par l'actuelle Ministre des Affaires sociales qui annonce carrément « la résorption du trou de la Sécu pour 2017 ». Si l'on ajoute à ces déclarations pour le moins optimistes (et déjà trompeuses parce que le déficit prévisible du FSV - environ 3,4 milliards - n'est pas compris) les déficits d'autres régimes de la Sécurité sociale (CCMSA,...) placés sous l'autorité de la même Ministre et portés par la Direction du Trésor, au titre de la dette publique, on se trouve forcés de reconnaître qu'il existe encore bien des efforts à fournir pour aboutir à l'équilibre des comptes de la Protection sociale, dans son intégralité.*

**Pour mémoire, rappelons à ce stade que les intérêts de la dette publique se situent autour de 200 milliards par an³⁶. D'où l'on peut déduire que la dette sociale, pesant un peu plus de 10%, ce sont plus de 20 milliards que son apurement total permettrait de réorienter en même temps que le produit de la CRDS (Contribution pour le Remboursement de la Dette Sociale)..*

Certes, si l'on reste strictement rivés sur les résultats du régime général, la tendance baissière des évolutions des déficits ces dernières années depuis les sommets atteints en 2009 (23,5 milliards), puis en 2010 (28 milliards) semble se confirmer puisque leur réduction engagée depuis 2011 (20,9 milliards) et 2012 (19,9 milliards) devrait se replier vraisemblablement autour de 7,1 milliards fin 2016 (déficit du RG (Régime général) + FSV (Fonds de Solidarité Vieillesse)), selon les hypothèses de la Cour des comptes.

LA PROBLÉMATIQUE DU FINANCEMENT RESTE TERRIBLEMENT PRÉPONDERANTE

Toutefois, plusieurs observations doivent être formulées :

- d'une part, l'histoire des résultats comptables de la Sécurité sociale montre que seules trois années sur les trente dernières ont connu un léger excédent, sachant qu'une « loi » propre au « trou de la Sécu » s'est affirmée selon laquelle « il gonfle et se résorbe en proportion des aléas de l'économie du pays ». Inversement, son ampleur ou son niveau constitue un indicateur fiable de la santé économique de la nation, puisque les cotisations et la CSG (Contribution Sociale Généralisée) sont directement et principalement impactées par les revenus du travail ;

- d'autre part, la maîtrise des dépenses* invoquée le plus souvent comme l'outil déterminant de la baisse des déficits occulte trop souvent l'impact des mesures arrêtées au titre des recettes, particulièrement le vote de recettes nouvelles dans les lois de finances (décembre 2013 et 2014, etc.) et les lois de finances rectificatives (décembre 2011, février 2012, etc.). Il convient de rappeler, en effet, que l'affectation à l'Assurance maladie de taxes pérennes nouvellement créées a contribué autant, voire davantage, que les actions de gestion du risque à rendre « présentables » les résultats comptables des exercices ultérieurs.

**À noter que l'on ne parle plus guère de maîtrise « médicalisée » des dépenses de santé, certainement parce que le poste des honoraires médicaux a connu une hausse régulière et enviable dans le contexte actuel, sachant d'une part que le nombre de médecins connaît une réfaction tout aussi régulière et que d'autre part les fruits non négligeables de la ROSP (Rémunération sur Objectifs de la Santé Publique) n'y sont pas intégrés, et encore moins les autres avantages et remboursements de frais, voire la réduction de leurs cotisations sociales..*

³⁶ Thomas Piketty, France Inter, 12 octobre 2016.

L'ACCROISSEMENT RÉGULIER DES RECETTES FISCALES DANS LA MASSE DES FINANCEMENTS ET SES CONSÉQUENCES

En même temps, ces dispositions ont accéléré fortement la « fiscalisation » progressive du financement de l'Assurance maladie, dans le sens où le poids des cotisations traditionnelles (charges sociales) n'a cessé de diminuer dans la masse des recettes globales en contrepartie de l'augmentation permanente des recettes d'origine fiscale (CSG, impôts et taxes fiscales) jusqu'à constituer pratiquement une source de financement bientôt minoritaire.

En effet, toujours selon les constats de la Cour des comptes, la part des financements publics ne cesse de croître dans l'ensemble des recettes du Régime général et du FSV, soit de 114 à 132 milliards entre 2013 et 2015 une progression de près de 16% en deux exercices, alors que durant la même période les cotisations n'augmentaient que de 3.2%.

À ce rythme depuis plusieurs années, dans l'Assurance maladie où le poids des recettes publiques est le plus important, ces dernières ont atteint 49% de la masse des recettes totales de cette branche, dépassant le produit des cotisations qui s'établit à 47%.

C'est certainement, au moins pour partie, la justification de l'implication forte de l'État (le plus souvent par le truchement du directeur de la CNAMTS, grand commis de l'État, nommé en Conseil des Ministres) au détriment des représentants des assurés sociaux qui lors de la réforme de la gouvernance en 2004 ont perdu leur statut d'administrateur et ne sont plus depuis lors que de « simples conseillers », aux pouvoirs congrus...

En effet, si en matière d'assurance vieillesse comme d'Assurance maladie, la responsabilité des partenaires sociaux est aujourd'hui largement reconnue sur la partie complémentaire³⁷ et en matière d'Assurance maladie³⁸, force est de constater que sur le régime de base leur rôle est limité. Or, le désengagement du régime de

base peut fortement mettre en péril l'équilibre des régimes complémentaires sur ces deux risques : ce qui milite pour une meilleure articulation entre régimes de base et régimes complémentaires. Les partenaires sociaux devraient dès lors être davantage réellement associés à la prise de décision du régime de base : ce qui pourrait passer par la création d'une instance de pilotage entre le régime de base et le régime complémentaire, dans laquelle le rôle de partenaires sociaux serait renforcé.

La poursuite de la prédominance des deniers publics et de la gestion par les organismes de « finances publiques proprement dites » recèle assurément d'autres évolutions qui ne relèvent plus seulement du fantasme.

³⁷ Les partenaires sociaux ont ainsi jusqu'ici toujours démontré leur capacité à négocier afin d'assurer la pérennité financière des régimes de retraite AGIRC-ARRCO -cf accord d'octobre 2015- sans jamais recourir à l'endettement.

³⁸ La généralisation de la complémentaire santé renforce le rôle des partenaires sociaux dans la détermination de la couverture des salariés.

Il n'est pas question de tenter ici de conclure une réflexion, forcément réductrice, sur un sujet sociétal aussi complexe qui touche à l'existence et au fonctionnement de notre système de Sécurité sociale.

C'est pourquoi nous pensons que « les pathologies » énoncées ci-dessus ne mettent pas en cause son pronostic vital et, dès lors, que l'administration d'une « médication topique » prescrite avec sagesse à la suite d'une réflexion plurielle, serait de nature à les corriger.

À la lecture de l'exposé ci-dessus, il nous paraît décisif :

- de réconcilier les problématiques des dépenses et des recettes, en conditionnant les premières à la disponibilité des secondes ;
- de diversifier les sources de financement tout en les sécurisant ;
- d'introduire dans le système une transparence et une lisibilité indispensables qui le rendent accessible à la majorité de ses observateurs et utilisateurs ;
- d'injecter dans son pilotage et sa gestion des mécanismes démocratiques qui avaient prévalu lors de sa conception avant d'être écartés quasi-complètement ;
- dans le même esprit, de clarifier la chaîne de responsabilité des acteurs et des représentants des utilisateurs/bénéficiaires ;
- réaffirmer fortement et vérifier systématiquement que toutes les décisions arrêtées sont favorables à ces derniers, à leur bien-être et à leur épanouissement ;
- pratiquement engager une réforme globale de la gouvernance du système.

1. De réconcilier les problématiques des dépenses et des recettes, en conditionnant les premières à la disponibilité des secondes.
2. De diversifier les sources de financement tout en les sécurisant.
3. D'introduire dans le système une transparence et une lisibilité indispensables qui le rendent accessible à la majorité de ses observateurs et utilisateurs.
4. D'injecter dans son pilotage et sa gestion des mécanismes démocratiques qui avaient prévalu lors de sa conception avant d'être écartés quasi-complètement.
5. Dans le même esprit, de clarifier la chaîne de responsabilité des acteurs et des représentants des utilisateurs/bénéficiaires.
6. Réaffirmer fortement et vérifier systématiquement que toutes les décisions arrêtées sont favorables à ces derniers, à leur bien-être et à leur épanouissement.
7. Pratiquement engager une réforme globale de la gouvernance du système.
8. La suppression de la réglementation des contrats dits « responsables », principalement responsables de l'inflation des cotisations des assurances complémentaires, et par une maîtrise des aides publiques aux couvertures collectives en entreprise, souvent inflationnistes et inéquitable.

Hôpital

8 PISTES POUR RELEVER LES DÉFIS DE L'HÔPITAL PUBLIC

A. Trois idées fortes : faire confiance aux acteurs, décentraliser et ouvrir l'hôpital à l'innovation et l'expérimentation

L'hôpital a fait l'objet de multiples rapports et études, le CRAPS ne souhaitait pas reprendre l'ensemble de ces travaux mais insister sur les véritables défis qui s'ouvrent aux hospitaliers : la mise en œuvre des territoires de santé, l'attractivité médicale, les incidences du progrès technique sur l'organisation hospitalière et les métiers mais également les besoins liés au vieillissement de la population. Volet social du pacte républicain le service public hospitalier est au cœur de la Protection sociale et l'hôpital au cœur d'une démarche de service public. En ce sens la réforme répond au principe de mutabilité qui est un des trois principes du service public à côté de l'égalité et de la continuité.

B. Le constat : Un hôpital qui garde la confiance des Français, lieu de l'excellence mais désorganisé et inflationniste

L'hôpital a une longue histoire, son rôle et sa place ont fortement évolué. Quels points communs entre nos hôtels-dieu et les structures hospitalières de nos jours ? En France, l'hôpital représente 35% des dépenses de santé contre 29% en moyenne dans les pays de l'OCDE. La France est le pays dont le taux de dépenses de santé alloué à l'hôpital est le plus élevé d'où le terme d'hospitalo-centrisme qui caractérise notre système de santé.

La France dispose d'un des plus denses parcs hospitaliers au monde avec 6,4 lits pour 1 000 habitants, au-dessus de la moyenne des pays de l'OCDE qui s'établit à 5 lits pour 1 000 habitants.

L'hôpital public est l'élément structurant d'un service public de santé apprécié de nos concitoyens et qui constitue le volet social du Pacte républicain. Avec 300 000 lits et places, les établissements publics représentent plus de 65% de la capacité hospitalière, les établissements privés représentent 111 000 lits et places, et le secteur à but non lucratif 70 000 (données Drees 2010). Avec ses 16 millions de passages aux urgences, ses 10 millions de séjour dont près de 3 en hôpital de jour, l'hôpital public est un acteur incontournable. Dans certaines activités, il représente 72% de la médecine cardiologique mais aussi 96% des transplantations d'organes. Le secteur privé très majoritaire en chirurgie et très bien implanté dans certaines régions. Il est composé de cliniques à but lucratif (1012) mais aussi d'établissements privés d'intérêt collectif. Ces deux structures assurent 3 millions de séjour en hospitalisations complètes, 5 millions en hospitalisations partielles pour les cliniques, 1,2 million de séjours et 2,9 millions de journées pour les établissements à but non lucratif.

La France se caractérise par un double secteur où la concurrence joue, mais concurrence encadrée par les pouvoirs publics notamment par le biais des autorisations et de la tarification. Le débat entre public et privé est un faux débat pour trois raisons :

- La concurrence est bénéfique car tout monopole conduit toujours à des rentes de situation et se fait au détriment du consommateur ici le malade. Pour le CRAPS, il ne s'agit pas de refuser la concurrence mais de constater que les pouvoirs publics n'utilisent pas assez les leviers juridiques et financiers dont ils disposent pour une régulation plus opérationnelle. La régionalisation de l'action publique rendrait cette régulation plus réaliste.
- Dans certains territoires, la complémentarité existe notamment dans le partage de plateaux techniques et d'équipements lourds, mais aussi d'activités.
- Le malade comme le progrès médical ne connaît pas les statuts juridiques, la seule réponse qui prévaut dans le débat public privé est celui du malade et du bon usage des ressources financières.

Le malade souhaite avoir une réponse à ses besoins qu'elle soit d'origine publique ou privée. Concernant le financement des hôpitaux, la différence de traitement entre le privé et le public est un faux débat car il est légitime que pour les soins identiques la convergence tarifaire soit réalisée. Inversement, si l'hôpital public est amené à réaliser des activités particulières nécessitant de plus lourds investissements (transplantation, chirurgie cardiaque pédiatrique etc.) mais aussi des missions d'intérêt général ce que le privé ne réalise pas forcément, des subventions doivent lui être allouées. Aujourd'hui, l'abondance et la pluralité de dotations, attribuées bien souvent de façon opaque, est source de confusion et d'opposition entre les acteurs. C'est pourquoi il faut réévaluer les soins exceptionnels et les missions spécifiques, mais régionaliser les MIGAC³⁹ pour une approche plus régionale.

Une des réponses du CRAPS serait de donner plus de décentralisation dans un cadre territorial rénové.

³⁹ Missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation.

C. Le projet : Restructurer l'offre hospitalière autour d'un territoire médical fondé sur des critères qualitatifs

Ce territoire doit reposer sur un socle médical et non géopolitique ou administratif, ce sont les réalités médicales qui doivent s'imposer et non les enjeux électoraux.

Le projet médical élaboré au niveau du territoire où tous les professionnels de santé exerçant en privé et en public seront impliqués. Les objectifs sont de répondre aux besoins de la population, de renforcer la notion de service public tout en évitant la redondance des plateaux techniques.

L'hôpital doit être en mesure de proposer une offre de soins au niveau du territoire de santé, prenant en compte les besoins de la population, les activités médicales qui peuvent être prises en charge au niveau du territoire de santé, à partir de trois critères :

- Un certain volume d'activités et des plateaux techniques suffisamment utilisés pour réaliser des actes en toute sécurité ;
- Une mesure de la qualité ;
- Une présence médicale suffisante pour garantir la permanence des soins.

Paralysés par une gestion conservatrice et soutenues par les décideurs politiques locaux, les hôpitaux publics présentent le plus grand mal à regrouper leurs structures pour atteindre des tailles raisonnables à la hauteur des besoins de la population et de leurs capacités. De nombreux plateaux techniques comme les services à faible activité, avec des équipes peu entraînées et souvent pas permanentes représentent pourtant un véritable danger pour les patients qui en fonction du lieu d'hospitalisation s'exposeront plus ou moins à des risques de sur-hospitalisation ou de mortalité. La réduction des plateaux techniques pourra être comprise par la population avec la diffusion des résultats des évaluations des établissements de santé privés et publics sur les taux de mortalité, les taux de ré-hospitalisation ou encore l'incidence des infections nosocomiales etc.

Le discours de la ministre, Marisol Touraine reflète bien cette articulation entre le malade et les acteurs sur un territoire donné : « La mise en place d'un service public territorial de santé et la redéfinition d'un service public hospitalier ne peuvent s'entendre que dans le cadre de la stratégie nationale de santé. La médecine de parcours

est au cœur de la stratégie nationale de santé. Et l'hôpital devra y trouver sa juste place. C'est aussi une meilleure collaboration entre la médecine de ville et l'hôpital⁴⁰. »

Le territoire par le cadre juridique qu'il crée, conduit à une restructuration non plus de l'offre hospitalière comme cela était précédemment, mais à une recomposition de l'offre de soins autour du parcours de santé dans un territoire donné. La mesure de la performance de chaque territoire devra se faire à partir d'indicateurs de processus et de résultats en lien avec les ARS et les nouvelles autorités sanitaires.

D. Le projet : Comment rendre attractif l'hôpital public : revisiter les statuts et décentraliser la gestion

Le système de santé français est actuellement confronté à une pénurie de médecins, généralistes et spécialistes, certes inégale selon les régions, mais qui remet en cause durablement l'égalité de tous devant l'accès aux soins et donc la permanence du service public. Cette situation est due notamment aux politiques malthusiennes de formation des professionnels de la médecine des années 90 et 2000 (réduction drastique du numerus clausus) mais aussi au fait que les modes d'exercice habituels dans les cinquante dernières années, n'attirent plus les jeunes praticiens.

Les contraintes des professions médicales, en termes de temps de travail, d'une nécessaire formation continue et des risques juridiques encourus, sont mal admises dans une société qui valorise le temps libre, le développement personnel et l'action collective.

Cette pénurie de médecins qualifiés est particulièrement notable dans les établissements hospitaliers publics souvent en grande difficulté dans leur recrutement médical et la fidélisation de leurs praticiens. Les contraintes financières auxquelles sont soumis les hôpitaux ne font qu'accentuer ces difficultés : la T2A, la politique de maîtrise des dépenses de santé matérialisée dans l'ONDAM et récemment le plan triennal avec un objectif d'économies de 10 milliards d'euros ont sensiblement réduit les marges de manœuvres financières des établissements.

Les quelques chiffres d'un rapport récent du Centre National de Gestion sur l'état des effectifs médicaux illustrent ce débat. En 2015, la moyenne des postes hospitaliers vacants était de 24% pour la seule Métropole, plus de 36% si l'on inclut

⁴⁰ Discours de la ministre, Marisol Touraine. 9 juillet 2013.

les départements et territoires d'Outre-mer, pour des fonctions à temps plein ; 45% pour les temps partiels.

Par spécialité, on constate que certaines sont véritablement sinistrées comme l'imagerie avec plus de 41% de postes vacants, l'oncologie (39,5), ou l'anesthésie-réanimation (33,3).

Pour faire face à ces difficultés majeures, les hôpitaux sont contraints de recourir à des expédients. En premier lieu, le recours à l'intérim : déjà en 2003 un rapport de l'IGAS estimait à près de 9% le nombre de postes occupés par des intérimaires. Dix ans plus tard, le rapport établi par le député Olivier Véran, estime que plus de 6 000 médecins exercent dans la fonction publique hospitalière avec le statut d'intérimaire. Il est évident que cette solution, si elle peut servir de « dépannage » à court terme, présente beaucoup d'inconvénients : charge financière plus lourde que celle d'un praticien statutaire, mauvaise intégration dans les équipes soignantes et souvent qualité des soins amoindrie faute notamment de continuité dans la prise en charge des patients.

Une autre solution consiste à recourir à des médecins à diplôme étranger. Si elle n'est pas critiquable en soi dans une période de pénurie des diplômés français, elle ne va pas sans certaines difficultés de mise en œuvre : délais très importants pour obtenir l'inscription au Conseil de l'Ordre (plus rapides cependant pour les médecins ressortissants de l'Union Européenne), années d'exercice en tant qu'attaché, difficultés parfois à vérifier la qualité et l'expertise des diplômes, bien sûr barrière de la langue.

Il est donc urgent de redonner envie aux médecins formés en France d'exercer leur art dans nos hôpitaux. Mais pour ce faire, il faut analyser en profondeur les causes réelles de leur désaffection et y apporter les solutions adaptées après concertation avec leurs représentants légitimes. Ce travail a été entrepris depuis quelque temps mais il avance trop lentement par rapport à une situation très dégradée.

La première mesure à prendre, même si cela est complexe, est de réviser le statut des praticiens hospitaliers pour y introduire plus de souplesse, moins de linéarité mais aussi plus d'ouverture et d'adaptabilité. Permettre un exercice à temps partagé, autoriser un changement de statut en cours de carrière pour mieux s'adapter aux variations dans la vie personnelle du praticien ou à des souhaits variés dans son mode d'exercice. Cette réforme du statut doit bien évidemment être accompagnée d'une refonte des grilles salariales pour tenir compte des nouvelles organisations de travail et permettre un rapprochement des rémunérations du secteur libéral, en

pondérant valablement contraintes et avantages des deux secteurs.

La seconde mesure vise à redonner du sens aux pôles intra et inter-établissements en donnant plus d'autonomie aux équipes dans leur organisation, leurs modes de fonctionnement, leur intégration dans les structures hospitalières et la planification des soins, dans le respect des règles du service public hospitalier. Le travail de groupe avec des équipes pluridisciplinaires et complémentaires doit être encouragé car il correspond à la demande de beaucoup de jeunes praticiens telle qu'elle apparaît dans les enquêtes de motivation.

E. Une organisation optimale passe par intégrer l'innovation et accepter de reconvertir des activités et transformer des structures

L'organisation hospitalière se modifie au rythme des lois, et des réformes mais force est de constater que le progrès technique et médical vont plus vite que le droit mais également les esprits : le résultat montre une distorsion entre la réalité institutionnelle et une réalité fonctionnelle.

Les exemples abondent sur l'accélération d'un progrès médical mais également technologique qui modifie les données d'organisation classique de l'hôpital :

- Les nouvelles techniques de l'information en forte expansion dont la télémédecine est un exemple, conduisent à une refonte des liens entre médecins et structures hospitalières mais également entre malades et acteurs de l'offre de soins. Si la révolution numérique n'est pas sans risque, elle est un levier nouveau de partage des informations et d'obligation de transparence qui dépasse la sphère fermée de chaque acteur de santé.

- La robotique chirurgicale mais également d'assistance à la personne modifieront avec la même ampleur l'organisation des blocs opératoires les plus sophistiqués et le travail dans les maisons de retraite.

- La mutualisation des activités liée à un progrès technique à forte capitalisation bouleverse les petites structures comme celles enfermées dans leur statut unique, et leurs champs de compétences réglementaires.

- L'apparition de nouveaux métiers de la santé et la revendication des professionnels vers plus de reconnaissance et d'autonomie liée à une spécialisation des savoirs amplifient le besoin de transversalité et de pluridisciplinarité. Il se heurte à une tradition

administrative privilégiant la détermination des règles de compétences et délimitant réglementairement les savoirs, le tout protégé par des ordres professionnels.

- La volonté des patients de devenir acteurs de leurs soins exige de l'évaluation, de la transparence et transforme le droit de la responsabilité.

L'émergence du progrès médical à forte valeur ajoutée et à haute technicité conduit à une massification des plateaux techniques mais également une réduction du nombre de lits. Or, l'hôpital n'a pas tiré toutes les conséquences d'un progrès médical qui remet en cause son organisation et qui conduit au regroupement des petits services, comme des petits centres hospitaliers ou des petites activités de recherche dans certains CHU. Les malades ne s'y sont pas trompés qui votant avec leurs pieds préfèrent toujours la qualité au détriment de la proximité. Les acteurs hospitaliers sous le prétexte d'une égalité formelle plus que réelle n'ont pas tiré les incidences du progrès médical en gardant le même nombre de lits et s'épuisant financièrement à maintenir des structures que le progrès et les évolutions des métiers ont rendu obsolètes.

Tout conduit à une refondation de l'hôpital, de ses structures comme de son administration. Pour cela il faut faciliter l'expérimentation et ouvrir l'hôpital.

Un exemple parmi d'autres : le progrès médical permet un développement de l'ambulatoire qui reste encore insuffisant. La France a toujours fondé, à tort, sa politique d'organisation de l'offre de soins sur les hôpitaux aux dépens de l'ambulatoire. Sortir de l'hospitalo-centrisme passe par une externalisation de l'hôpital vers le monde ambulatoire.

Bien que les bénéfices de l'hospitalisation de jour en terme d'économies et d'amélioration de la qualité de vie ne soient plus à démontrer, le taux d'hospitalisation en ambulatoire réalisé par l'hôpital public reste insuffisant. À la différence des pays anglo-saxons, la France a pris le virage de la chirurgie ambulatoire tardivement, ce qui explique que les États-Unis ou le Royaume-Uni aient un taux de recours à la chirurgie ambulatoire plus de deux fois plus important. Ce retard est en partie lié à la complexité des tarifs et au retard des pratiques médicales.

L'hospitalisation complète est vraisemblablement surdimensionnée pour faire face aux besoins réels de la population française puisque le taux d'occupation moyen est de 70% en France alors que la moyenne de l'OCDE est de 80%, celui de l'Allemagne est de 80%, de l'Angleterre de 82% et de la Suisse de 90%.

Ce passage vers l'ambulatoire doit s'accompagner d'une réflexion sur le transfert entre les lits de médecine, de chirurgie et les lits de soins pour répondre aux besoins futurs liés à la prise en charge des besoins liés au vieillissement de la population. Les projections de l'Insee établissent les plus de 75 ans à 9,1 millions en 2020, 12 millions en 2030 et 14,3 millions en 2040... Une étude de la DRESS en 2008 établissait le constat que le vieillissement de la population ne conduit pas inéluctablement à augmenter l'offre hospitalière en MCO. Cette profonde mutation de l'organisation hospitalière et du système de soins est le véritable défi des acteurs de santé et des soins.

Transférer des moyens humains et financiers libérés par le développement de l'ambulatoire permettrait de répondre aux besoins liés au vieillissement de la population par un développement des structures en aval.

Un deuxième exemple est celui des métiers et des savoirs.

Demain le progrès technique va conduire l'hôpital à s'ouvrir à de multiples compétences, la biologie médicale intégrera le bloc opératoire et se rapprochera de l'imagerie, la radiologie deviendra de plus en plus clinique et l'acte médical sera un multiple résultat de la combinaison de compétences et non de la juxtaposition de savoirs. À cette ouverture interne s'ajoute l'ouverture à des compétences externes sur un territoire qui conduit l'hôpital comme le service à revoir ses frontières et partager ses missions. Force est de reconnaître que le progrès médical conduit à plus de collaboration interne, et en externe à l'agrégation de spécialités dont la double traduction juridique a consisté à la mise en place en interne des pôles et en externe des territoires.

Le décroisement est une réponse à une évolution du progrès médical qui pousse à plus de spécialisation et donc de complémentarité entre les techniques et les hommes, et donc les professions.

Le progrès technique en spécialisant les tâches rend indispensable la complémentarité des acteurs. L'apparition de nouveaux métiers de la santé et la revendication des professionnels vers plus de reconnaissance et d'autonomie liée à une spécialisation des savoirs amplifient le besoin de transversalité et de pluridisciplinarité. Il se heurte à une tradition administrative privilégiant la détermination des règles de compétences et délimitant réglementairement les savoirs, le tout protégé par des ordres professionnels.

F. Comment l'innovation est un facteur clé de la mutation de l'hôpital

Dans le monde hospitalier, la maîtrise des dépenses de santé se traduit par des réformes successives, des évolutions tarifaires et des limitations budgétaires inscrites dans l'ONDAM annuel. Le nécessaire équilibre des comptes a progressivement éclipsé la part importante de l'économie hospitalière dans l'économie nationale.

L'hôpital est ainsi trop souvent analysé à travers les coûts qu'il induit pour l'Assurance maladie, en méconnaissance de son rôle essentiel dans l'innovation, l'expérimentation et la recherche, d'abord dans le domaine médical mais aussi dans l'organisation des acteurs de soins, la diffusion de nouvelles méthodes de management et la gestion de l'information médicale.

Aujourd'hui, le Service Public Hospitalier semble paralysé par l'avalanche de contraintes, de normes et d'injonctions qui découragent les initiatives des acteurs et freinent leur désir de changement. De plus, le « millefeuille » administratif qui régit leur tutelle, les amène souvent à adopter une attitude passive face à des réformes mal préparées, mal expliquées et hâtivement mises en œuvre.

Pourtant ces acteurs de la vie hospitalière, qu'ils soient médecins, soignants, administratifs ou techniques témoignent d'un potentiel d'innovation et d'une volonté de changement qui doivent être libérés.

À ce titre, deux axes, parmi d'autres, peuvent être dégagés :

- Plus d'autonomie dans l'organisation interne des établissements de soins. La création des pôles, d'abord intra puis aujourd'hui inter-hospitaliers, permet de regrouper spécialités et compétences médicales au sein d'une même structure. Cette réforme majeure devait permettre un profond changement dans le fonctionnement des hôpitaux. Mais force est de constater que dans de nombreux établissements, elle n'a pas eu les effets escomptés faute d'être allée jusqu'au bout de sa logique. Il convient de donner aux pôles plus d'autonomie, plus de liberté d'organisation, plus de souplesse, plus de transversalité, des moyens de gestion délégués et autoriser des expériences innovantes. Cela permettra de repenser profondément le management de l'hôpital grâce à un recentrage sur la production des soins et sur le développement de l'initiative collective.

- Faire du système d'information un axe de la réforme. La création et le déploiement des systèmes d'information hospitaliers offrent aussi une grande opportunité de

changement organisationnel majeur : les perspectives ouvertes par le numérique sont considérables, de l'optimisation des approvisionnements au suivi des médicaments en passant par la tarification et la communication entre les professionnels de santé. Mais à cette fin, deux réformes majeures doivent être lancées sans attendre :

- Mettre fin à un centralisme désuet et néfaste en matière de décision et de déploiement des systèmes d'information. Les décisions déjà prises dans ce domaine vont dans la bonne direction mais elles doivent être amplifiées et fondées sur une plus grande confiance faite aux acteurs de terrain et permettre une prise en compte réelle des différences et des besoins propres à chaque région et à chaque GHT.

- Encourager les hôpitaux à tourner la page des systèmes d'information centrés sur eux-mêmes sans ouverture véritable vers leurs voisins empêchant ainsi le déploiement de données médicales complètes et sécurisées, facteur indiscutable de progrès dans la prise en charge du patient. L'interopérabilité des logiciels et la compatibilité des données est un préalable incontournable à la mise en œuvre des GHT et les difficultés à surmonter en la matière doivent en faire une priorité absolue pour les décideurs locaux et les pouvoirs publics.

L'hôpital doit prendre toute sa part dans la révolution numérique qui transforme d'ores et déjà la société : les objets connectés, les entrepôts de données, l'expertise médicale à distance sans oublier l'intelligence artificielle sont déjà et seront encore plus demain, des atouts majeurs dans l'innovation médicale et dans l'amélioration de la qualité des soins. Les établissements hospitaliers doivent y prendre toute leur place en se donnant rapidement les moyens d'être dès maintenant des acteurs de la recherche et de l'innovation dans le traitement de l'information numérisée.

La santé offre un cadre idéal pour aborder le débat sur l'innovation et l'évolution de notre société. Le débat récent sur le transhumanisme, l'apport des technologies de l'information dans les métiers de la santé, la robotisation de certaines fonctions médicales, l'émergence de médicaments plus efficaces et personnalisés sont un des aspects d'une innovation en marche. Celle-ci n'est pas contestée par les hospitaliers qui se félicitent du progrès médical. Inversement la fermeture de petites unités de chirurgie devenues obsolètes, les transferts de tâches entre métiers, le regroupement territorial des hôpitaux, la fin de la division entre hôpitaux publics et privés ou entre statut et contrat font l'objet de contestations multiples. Or, ces deux évolutions ne sont que la traduction d'une même marche en avant.

La santé est un volet social du Pacte républicain qui lie les Français. L'innovation médicale fait partie de ce pacte en assurant la qualité des soins (et non la proximité quand celle-ci est dangereuse). C'est le rôle du politique de donner du sens et de la perspective en faisant confiance aux acteurs pour l'organiser ce qui induira une régulation de notre système de santé plus professionnelle et moins juridique.

NON il ne faut pas avoir peur de l'évolution du progrès médical mais il faut être inquiet quand les acteurs ne sont pas encouragés à l'anticiper.

OUI la santé peut être un volet de la compétitivité de la France.

PROPOSITIONS

1. Revaloriser et consolider les MICAC sur une base régionale et allouer aux ARS l'attribution de ces crédits.
2. Donner de la cohérence et pertinence aux Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT) notamment en leur conférant la personnalité morale, s'ils le souhaitent, et l'ouvrir aux établissements privés volontaires, sur la base d'un projet de territoire contractualisé.
3. Réduire le nombre de plateaux techniques et des services à partir de critères comme les volumes d'activités et les indices de permanence. Construire des indices de performance par territoire à partir d'indicateurs de pertinence, de processus et de résultats en lien avec les ARS. Publier les résultats des évaluations des établissements de santé publics et privés et des territoires.
4. Rendre plus d'autonomie aux acteurs en instituant le principe de subsidiarité et en accordant des délégations aux chefs de pôles.
5. Revoir le statut des praticiens hospitaliers en introduisant de la souplesse et moins d'uniformité. Ouvrir les carrières hospitalières en les rendant plus adaptées aux réalités professionnelles et territoriales.
6. Repenser la formation des métiers de santé sur un modèle universitaire en allant vers plus d'autonomie des fonctions, de transversalité des savoirs et de passerelles entre les métiers, et en prenant en compte les projets professionnels.
7. Faire du système d'information hospitalier un outil interopérable par une harmonisation territoriale et l'ouvrir aux systèmes d'information de santé.
8. Encourager l'expérimentation dans l'organisation des soins et des prises en charge en donnant aux hôpitaux la possibilité de se soustraire partiellement aux règles de droit actuelles dans le cadre d'un cahier des charges de Service public.

Télé médecine

POUR STRUCTURER LA MÉDECINE DU XXI^{ÈME} SIÈCLE : LA TÉLÉMÉDECINE

A. La France et la Norvège, pays pionniers de la télémédecine en Europe

La télémédecine française est en marche depuis 25 ans grâce à l'initiative de médecins précurseurs. Les programmes de télémédecine décidés par les pouvoirs publics en 2011 ne constituent pas l'alpha de la télémédecine en France.

Les besoins de télémédecine sont apparus dans les années 90 et les premiers projets se sont développés dès cette époque. Le mode de financement des hôpitaux par budget global a favorisé leur émergence, comme l'absence de financement clairement identifié après l'entrée en vigueur de la tarification à l'activité (T2A) en 2008, a freiné le mouvement.

À la même période qu'en Norvège, à la fin des années 80, la télémédecine s'est développée en France, essentiellement en région Midi-Pyrénées, grâce au P Louis Lareng, anesthésiste-réanimateur au CHU de Toulouse. Ce visionnaire de la médecine, qui a créé le SAMU en 1969, a fondé l'Institut européen de télémédecine en 1989 et initié de nouvelles pratiques médicales entre le CHU de Toulouse et les établissements de santé de la région Midi-Pyrénées. Il a mis en place au début des téléconsultations spécialisées entre l'hôpital Rangueil à Toulouse et l'hôpital Combarès à Rodez, permettant ainsi aux patients d'avoir une prise en charge spécialisée à distance et d'éviter certains transferts vers le CHU, si cela n'était pas nécessaire. L'expérience s'est étendue ensuite à tous les établissements publics et privés de la région (plus de 60). Les téléexpertises ou téléconsultations spécialisées étaient gérées, tant sur le plan technique que médical, par le service de télémédecine du CHU de Toulouse au sein d'un groupement d'intérêt public (GIP). Entre 1995 et 2005, près de 50% de transferts vers le CHU de Toulouse ont été évités ainsi que 15% de pertes de chance. Le P Louis Lareng a également été le premier en France à développer la télémédecine dans un établissement pénitentiaire, le centre de détention de Lannemezan. Le GIP télémédecine de Midi-Pyrénées possède ainsi la plus importante et la plus ancienne expérience française en téléconsultation ou téléexpertise entre établissements de santé, en téléconsultation au sein d'établissements pénitentiaires et en télé-neuroradiologie. À partir du début des années 2000, d'autres régions françaises ont initié des organisations de télémédecine, comme la Bretagne avec la télé-dialyse, la Franche-Comté avec le télé-AVC, l'Île-de-France avec la télé-radiologie et télégériatrie, la Basse-Normandie avec le télé-suivi des insuffisants cardiaques à domicile (SCAD).

B. Le numérique en santé : de nouveaux concepts

La santé numérique désigne tous les domaines où les technologies de l'information et de la communication (TIC) sont mises au service de la santé, telle qu'elle a été définie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 1945 : « la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. » Les outils et supports de la santé numérique sont l'objet d'un marché très prometteur. Citons les systèmes de visioconférence, les ordinateurs, les logiciels des systèmes d'information, les robots, les plateformes de télésanté, les capteurs, les smartphones, les tablettes, les objets connectés de santé, les applications santé mobiles ou web, etc., tous ces dispositifs et objets permettent de communiquer à distance entre professionnels de santé, de mesurer et/ou d'analyser les activités ou paramètres d'une personne dans un objectif de santé ou de bien-être. On parle de santé connectée lorsque des objets connectés sont utilisés en prévention primaire pour quantifier (quantified self) certains paramètres physiologiques (activité physique, le poids, la tension artérielle, etc.) dans le souci de prévenir certains risques cardio-vasculaires (hypertension artérielle), métaboliques (obésité, diabète), ou en télémédecine pour faire un diagnostic, prodiguer des soins ou surveiller l'évolution d'un patient atteint notamment d'une maladie chronique. On parle de santé mobile (Mobile Health) depuis l'apparition des smartphones et des tablettes qui permettent de recueillir des données de santé provenant d'objets connectés et/ou d'applications mobiles.

La santé connectée est en pleine expansion depuis le début des années 2000. Son activité économique contribue à faire progresser le PIB des pays développés et à créer des emplois. Trois secteurs qui la composent : le secteur des outils et des supports, le secteur des services commerciaux de la télésanté ou e-santé au service du bien-être, et enfin celui de l'usage qu'en font ou feront les professionnels de santé pour exercer leur art à distance.

La télémédecine clinique est un premier exemple de cet usage. Elle concerne les professionnels de santé médicaux (médecins, chirurgiens-dentistes et sages-femmes). Dans l'avenir, toutes les autres professions de santé réglementées feront appel à ces outils et supports connectés pour exercer leur métier. L'accent doit être mis sur la valeur ajoutée que représente la rencontre de la recherche industrielle et de la recherche clinique. C'est de cette rencontre constructive de deux cultures professionnelles que naissent et se développent une prise en charge de la santé de plus en plus personnalisée et participative, chaque personne devenant acteur de sa santé.

Beaucoup de termes français sont la traduction de mots utilisés dans la littérature anglo-saxonne. E-health se traduit en français par « e-santé », telehealth par « télésanté ». En France, le terme télésanté intègre tous les domaines de la santé connectée, mais dans les pays anglo-saxons, telehealth est surtout utilisé pour décrire les services de la télémédecine informative.

Les ingénieurs informaticiens français utilisent les termes e-santé ou télésanté en y englobant la pratique de la télémédecine clinique. Ils sont dans la continuité du courant créé au début des années 2000 par l'ingénieur informaticien australien John Mitchell.

C. Les définitions de la télémédecine

La télémédecine et la télésanté ont été définies par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 1998 de la façon suivante : « La télémédecine est une activité professionnelle qui met en œuvre des moyens de télécommunication numériques permettant à des médecins et d'autres membres du corps médical de réaliser à distance des actes médicaux pour des malades », alors que « la télésanté concerne l'utilisation des systèmes de télécommunications pour protéger et promouvoir la santé. »

En d'autres termes, pour l'OMS, la télémédecine correspond à l'exercice de la médecine clinique à distance grâce à des moyens technologiques, tandis que la télésanté concerne la diffusion de savoirs et d'informations à usage médical grâce à ces mêmes moyens.

La télémédecine est entrée dans le droit français grâce à la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires de juillet 2009 qui lui a donné une définition correspondant à la locution « télémédecine clinique » de l'OMS. Elle a été transposée dans le Code de la santé publique.

Article L6316-1. La télémédecine est une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication. Elle met en rapport, entre eux ou avec un patient, un ou plusieurs professionnels de santé, parmi lesquels figure nécessairement un professionnel médical et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient.

Elle permet d'établir un diagnostic, d'assurer, pour un patient à risque, un suivi à visée préventive ou un suivi post-thérapeutique, de requérir un avis spécialisé, de préparer une décision thérapeutique, de prescrire des produits, de prescrire ou de réaliser des prestations ou des actes, ou d'effectuer une surveillance de l'état des patients. La définition des actes de télémédecine ainsi que leurs conditions de mise en œuvre et de prise en charge financière sont fixées par décret, en tenant compte des déficiences de l'offre de soins dues à l'insularité et l'enclavement géographique.

Cinq actes médicaux de la télémédecine clinique sont définis dans le Code de la santé publique (articles R6316-1 et suivants) :

- la téléconsultation lorsqu'un patient consulte à distance un professionnel de santé médical ;
- la téléexpertise lorsque deux professionnels de santé médicaux (ou plus) donnent à distance leurs avis d'experts spécialistes sur le dossier médical d'un patient ;
- la télésurveillance médicale lorsqu'un patient atteint d'une maladie chronique est suivi à son domicile par des indicateurs cliniques et/ou biologiques choisis par un professionnel de santé médical, collectés spontanément par un dispositif médical ou saisis par le patient ou un auxiliaire médical, puis transmis au professionnel médical via des services commerciaux de télémédecine informative, comme le télé monitoring ;
- la téléassistance médicale lorsqu'un professionnel médical assiste à distance un professionnel de santé non médical ;
- la réponse médicale apportée dans le cadre de la régulation médicale, qui se décline en plusieurs prestations médicales dont l'aide médicale urgente et le téléconseil médical personnalisé.

D. Les spécificités françaises de la télémédecine

L'approche clinique de la télémédecine est une spécificité française liée en grande partie à la culture du corps médical de notre pays. La France a mis en place au début du XIX^{ème} siècle un modèle de formation des médecins au lit des malades hospitalisés. Les médecins napoléoniens à l'origine de cette idée redoutaient la diffusion d'une approche conceptuelle et inhumaine de la médecine. Ils ont organisé les concours d'externat et d'internat des hôpitaux pour sélectionner les meilleurs étudiants. Les lauréats de ces concours recevaient une formation quotidienne au lit du malade par compagnonnage, assurée par des maîtres de la médecine. Les médecins ayant suivi cette formation clinique ont constitué, pendant plus de 150 ans, l'élite de la médecine française. Les étudiants qui échouaient aux concours devenaient médecins en suivant le cursus universitaire sans jamais voir un malade durant leurs études.

C'est en 1968 que le stage clinique hospitalier a été rendu obligatoire en France pour tous les étudiants. Depuis, tous les médecins français sont formés de cette façon. Cette formation clinique, spécifique à la France, a été prise en compte par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) lorsqu'elle a classé en 2000 le système de santé français à la première place. Aujourd'hui encore, dans de nombreux pays, les futurs médecins suivent un cursus universitaire pendant cinq à sept ans avant d'acquérir une expérience clinique auprès des patients. Ce n'est qu'après avoir obtenu le diplôme de docteur en médecine qu'ils sont autorisés à prendre en charge des malades, en devenant au départ résidents pendant quelques années dans un hôpital. La médecine clinique française a rayonné à travers le monde au cours du XIX^{ème} et du XX^{ème} siècle et plusieurs pays, notamment ceux qui ont été sous influence française jusqu'à la décolonisation, ont adopté son modèle de formation. Elle peut aujourd'hui continuer à rayonner grâce à son modèle de « télémédecine clinique ».

Lorsque que les ingénieurs informaticiens anglo-saxons ont introduit au début des années 2000 le concept d'e-santé pour remplacer celui de télémédecine, plusieurs pays ont défini des programmes de développement de l'e-santé en s'appuyant sur les logiques économiques du e-commerce. C'est le cas de la France qui a lancé le plan « e-santé 2000 » en janvier 2000 et l'a doté d'un financement public de 25 millions d'euros. Ce plan devait permettre de développer un nouveau système de santé grâce à l'utilisation d'Internet et de réseaux numériques filaires. Des financements publics ont aidé l'investissement industriel dans des outils connectés, dont la plupart favorisaient la circulation de données médicales, notamment en cas d'urgences. Ce premier plan français de télémédecine informative n'a pas eu le succès attendu.

Les principales raisons de cet échec ont été analysées dans un rapport ministériel (La place de la télémédecine dans l'organisation des soins, par P. Simon et D. Acker, novembre 2008). Parmi ces raisons, citons la non-implication des professionnels de santé dans sa construction et surtout la non-prise en compte de la culture médicale clinique de la France.

Les milieux industriels de la santé numérique et des systèmes d'information en santé ont été peu convaincus par ce rapport jugé trop médical et commandé par la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS, devenue ensuite la Direction Générale de l'Offre de Soins, DGOS). Souhaitant entraîner la mise en place d'une logique industrielle de la e-santé, ils ont demandé au Premier ministre de l'époque (François Fillon) un second rapport pour lancer « un plan quinquennal écoresponsable pour le déploiement de la télésanté en France ». Écrit par l'ingénieur informaticien et député Pierre Lasbordes, celui-ci a été remis à la ministre chargée de la Santé fin 2009 (Roselyne Bachelot). Après un débat pour savoir quel ministère (celui chargé de la santé ou celui chargé de l'industrie ?) devait assurer la gouvernance de la télémédecine/télésanté en France, le ministère chargé de la Santé a été désigné. Très vite, en janvier 2011, ce ministère a lancé la stratégie nationale de déploiement de la télémédecine, laquelle fut ratifiée en Conseil des ministres le 9 juin 2011.

Plusieurs raisons ont justifié le choix du ministère chargé de la santé : en premier lieu, il était naturel que la télémédecine, inscrite au Code de la Sécurité sociale depuis 2004, rejoigne le Code de la santé publique après la publication de la loi HPST, dans la partie consacrée aux établissements et services de santé. Ensuite, les textes légaux et réglementaires sur la télémédecine clinique s'inspiraient du rapport commandé par ce ministère en 2008 et non du rapport de 2009. De plus, la télémédecine étant un nouveau service de santé, la DGOS avait toute légitimité pour définir et accompagner la stratégie nationale de développement. Enfin, comme la télémédecine est un moyen d'améliorer l'accès aux soins des populations isolées, âgées et/ou handicapées, le ministère chargé de la santé était le mieux placé pour définir les priorités nationales la concernant.

Un des grands défis du XXI^{ème} siècle est de réussir le mariage entre la médecine clinique et la révolution numérique qui bouleverse les organisations de nos sociétés.

La télémédecine peut y contribuer.

A. Le constat

La conscience d'inégalités d'accès aux soins s'est progressivement installée en France au début des années 2000. Lorsque les médecins généralistes ont obtenu la reconnaissance de leur spécialité en médecine générale en 2003, ils ont organisé leur activité professionnelle en consultations programmées, comme le faisaient les médecins spécialistes depuis une trentaine d'années. Par la suite, beaucoup de demandes non programmées ou urgentes de leur patientèle se sont orientées vers les urgences hospitalières. Avant les années 2000, les médecins généralistes faisaient des visites au domicile des patients, notamment en soirée après leurs rendez-vous ou en interrompant leurs consultations en cas d'urgences relevant de l'assistance à un malade ou à un blessé en péril. Ils assuraient ainsi un premier filtre de ce qui devait être soigné à l'hôpital. Au début des années 2000, l'organisation de la pratique de la médecine générale a changé et les urgences hospitalières ont géré de plus en plus de demandes de soins, que celles-ci soient des urgences vitales ou qu'elles soient simplement ressenties comme urgentes (80% des passages aux urgences ne sont pas suivis d'hospitalisation). Chaque passage sans hospitalisation dans les services d'urgences hospitalières a été rémunéré par l'Assurance maladie à l'hôpital comme une consultation de médecine générale, alors le coût réel de ces passages a été évalué par la Cour des comptes en 2007 de 250 à 400 euros/passage.

Malgré cette nouvelle organisation de la médecine générale, le sentiment d'une réelle difficulté d'accès aux soins s'est installé dans la population, notamment chez les personnes âgées atteintes de maladies chroniques et dans les régions devenues des « déserts médicaux » par le non-remplacement des médecins qui partaient en retraite. La non-possibilité de joindre son médecin traitant le week-end ou en-dehors des heures ouvrables du cabinet médical a entraîné de grandes frustrations chez les patients. Les urgences hospitalières ont été de plus en plus fréquentées par des personnes âgées présentant des décompensations ou complications de maladies chroniques, la plus fréquente d'entre elles étant l'insuffisance cardiaque. Les pouvoirs publics évaluent aujourd'hui à au moins 3 millions les séjours hospitaliers « évitables », soit 17 % des 17,7 millions de séjours en 2013. La hausse de 5,2 %/an des séjours en établissements MCO entre 2008 et 2013 montre l'importance prise par l'hôpital dans le recours aux soins, notamment des personnes âgées. Les patients âgés sont les plus concernés par les hospitalisations évitables, notamment les malades atteints d'insuffisance cardiaque.

B. Le premier plan quinquennal de télémédecine lancé par la puissance publique (2011-2016) visait à corriger certains de ces inégalités

Le premier plan quinquennal de télémédecine, lancé en Conseil des ministres le 9 juin 2011, touchait cinq domaines prioritaires d'accès aux soins.

Les lieux isolés comme les îles, les zones montagneuses et les zones rurales reculées, sont particulièrement concernés par les difficultés d'accès aux soins. La télémédecine est susceptible d'apporter une réponse à ces problématiques. Par exemple, dans les régions françaises d'outre-mer, elle peut aider à réduire les évacuations sanitaires (EVASAN) qui sont fréquentes et coûteuses.

Dans **les prisons françaises**, l'accès aux soins est très inégalitaire, du fait du coût très élevé de l'extraction des prisonniers vers un établissement de soins pour une consultation. La stratégie nationale vise à corriger cette inégalité en développant des téléconsultations spécialisées (psychiatrie, dermatologie, etc.) dans les maisons d'arrêt, les centres de détentions et les maisons centrales. Des modèles organisationnels ont été développés depuis le début des années 2000 dans les centres de détention de Bois-d'Arcy et de Lannemezan.

L'accès aux soins spécialisés lors de la phase aiguë d'un accident vasculaire cérébral (AVC) illustre également une inégalité entre les territoires de santé. En cas d'AVC ischémique (80 % des AVC), un médicament thrombolytique peut diminuer le handicap neurologique à la condition qu'il soit administré dans un délai inférieur à 3h après le début de l'accident, l'injection de ce médicament étant toutefois tolérée jusqu'à 4h30. Si les personnes qui vivent dans les grandes villes peuvent généralement être prises en charge dans une unité neuro-vasculaire (UNV) proche de leur lieu de résidence, ce n'est pas le cas de ceux qui vivent dans des petites agglomérations ou dans des zones éloignées d'une UNV. Aussi, l'organisation du « télé-AVC » dans le service d'urgence le plus proche du domicile permet au patient qui fait un AVC ischémique de recevoir ce traitement dans le délai d'efficacité thérapeutique avant de rejoindre l'UNV. On estime que 35 à 40% des patients atteints d'AVC ischémique devraient pouvoir bénéficier de ce traitement. C'est déjà le cas dans certaines régions allemandes et en Finlande. En France, depuis la mise en place du plan AVC en 2011, nous sommes passés de 2 à 10% de thrombolyse à la phase aiguë, avec de fortes inégalités entre les régions françaises (la Franche-Comté est actuellement à près de 20%). Il existe donc une marge de progression importante et c'est la généralisation du télé-AVC qui permettra de réduire les inégalités et les pertes de chance, et de rejoindre les pays européens les plus avancés.

L'usage de la télémédecine **pour améliorer la permanence des soins en imagerie médicale** relève de deux constats. Le premier est le manque de ressources médicales au sein des petits établissements publics de santé pour interpréter toute l'imagerie réalisée dans les services d'urgences au cours de la période de permanence des soins, notamment la nuit et les week-ends. Le deuxième constat est l'hyperspécialisation de la radiologie d'organe, laquelle est responsable du fait qu'un radiologue généraliste peut avoir besoin d'un deuxième avis spécialisé (téléexpertise) pour l'interprétation d'une image de coupe d'organe (scanner, IRM). C'est la raison pour laquelle, les pouvoirs publics ont souhaité développer la télé-radiologie entre les différents établissements de santé d'un territoire ou d'une région, voire au plan national, en utilisant toutes les ressources médicales disponibles, qu'elles soient privées ou publiques.

Un meilleur suivi au domicile ou dans ses substituts (EHPAD, autres structures médico-sociales) **des patients atteints de maladies chroniques** est devenu en 2011 un objectif prioritaire de santé publique pour réduire les passages aux urgences et les hospitalisations évitables.

Se basant sur les apports potentiels de la télémédecine pour corriger les inégalités, la stratégie nationale de déploiement de la télémédecine, décidée en juin 2011 pour une période de cinq ans, a donné la priorité à l'amélioration de l'accès aux soins dans cinq domaines :

- l'imagerie médicale lors de la permanence des soins,
- le traitement thrombolytique à la phase aiguë d'un accident vasculaire cérébral (AVC) ischémique,
- les soins spécialisés dans les prisons,
- la surveillance médicale au domicile des malades atteints de maladies chroniques pour prévenir leurs venues aux urgences et les hospitalisations,
- la prise en charge médicale des résidents de structures médico-sociales, notamment des EHPAD, pour les plaies chroniques et les troubles psychiatriques.

Ces priorités nationales ont déçu certains médecins, notamment du secteur ambulatoire, qui souhaitaient développer plus vite et de façon plus large des pratiques de télémédecine dans leur exercice quotidien, comme les téléconsultations

et les téléexpertises.

C. Un résultat mitigé de ce plan dû à des freins administratifs et financiers peu compréhensibles

Si certains professionnels de santé, en particulier des médecins hospitaliers impliqués depuis plusieurs années dans des pratiques de télémédecine, ont poursuivi tant bien que mal, avec l'aide des gestionnaires d'établissements de santé ou des fonds financiers non pérennes (FIR, FEDER, PIA), les projets de télémédecine déjà engagés, notamment en télé-radiologie, dans le télé-AVC ou le télésuivi à domicile de certaines maladies chroniques (insuffisance rénale, insuffisance cardiaque), force est de constater que la plupart des professionnels de santé qui se sont intéressés à ces nouvelles organisations et pratiques professionnelles ont été découragés par les freins administratifs et financiers.

Le résultat de ce premier plan quinquennal est assez mitigé. La puissance publique a beaucoup financé l'investissement industriel dans les outils de la santé connecté (près d'un milliard d'euros en 5 ans). Elle a par contre mis des freins au financement du fonctionnement médical de la télémédecine. Elle n'a pas suivi les articles du LFSS 2010 (art.L.162-3 du Code de la SS et art.L.4113-5 du Code la santé publique) qui prévoyaient de financer le fonctionnement médical de la télémédecine par le droit commun de la Sécurité sociale. Si la Direction de la Sécurité sociale avait suivi le LFSS 2010, il aurait été possible de financer les téléconsultations et les téléexpertises figurant dans le plan quinquennal de 2011-2016.

Le Fonds d'Investissement Régional (FIR) géré par les ARS à partir de 2012 a été diversement utilisé pour le fonctionnement de certains projets de télémédecine figurant au programme régional de télémédecine, émanation du plan régional de santé. L'expérimentation du financement de la télémédecine autorisée par l'article 36 du LFSS 2014 n'avait pas débuté au moment du LFSS 2017 qui a prorogé cette expérimentation d'un an jusqu'au LFSS 2018. Une des raisons à ce retard a été la demande de la CNIL d'un décret en Conseil d'État autorisant le traitement des données de santé à caractère personnel. Ce décret a été publié le 6 octobre 2015.

Ainsi, si la télémédecine a eu du mal à se développer en France au cours des cinq dernières années, à la fois dans le secteur ambulatoire et le secteur hospitalier, c'est bien à cause de freins administratifs et d'une certaine incohérence dans le financement public accordé qui a privilégié des aides financières importantes aux industriels et start-up de la santé numérique, sans accorder de financement pérenne au fonctionnement des organisations et pratiques professionnelles.

IL EST TEMPS D'ENTRER DANS LA MÉDECINE DU XXI^{ÈME} SIÈCLE AVEC LA TÉLÉMÉDECINE

A. La médecine du XX^{ème} siècle n'est plus adaptée à celle du XXI^{ème} siècle

Les professionnels de santé sont entrés dans la médecine du XXI^{ème} siècle avec les pratiques et les organisations de la médecine du XX^{ème} siècle. Plusieurs faits illustrent cette situation tant dans le secteur ambulatoire que dans le secteur hospitalier.

Le secteur ambulatoire. De nombreux cabinets de médecins de soins primaires sont saturés et des citoyens se plaignent de ne plus trouver de médecin traitant. Les médecins de soins primaires adressent les demandes de consultations non programmées aux services des urgences qui sont de plus en plus encombrés. La dépense d'une telle pratique, à la charge des hôpitaux, était chiffrée en 2012 à 3 milliards d'euros/an. Les enquêtes conduites auprès des médecins de soins primaires montrent que 30 à 40% des consultations programmées de médecine générale pourraient être traitées par d'autres prestations que la consultation médicale en face à face (les vaccinations, les certificats d'aptitude au sport, les renouvellements d'ordonnances pour maladies chroniques, etc.). La désaffectation des jeunes médecins pour un mode d'exercice isolé est expliquée par au moins deux raisons. D'une part, la volonté des jeunes générations d'exercer de façon regroupée afin de mieux maîtriser le temps de la vie privée. D'autre part, un besoin de travailler plus étroitement avec certains spécialistes d'organes pour ne pas rompre la continuité des soins, notamment chez les patients atteints de maladies chroniques qui doivent attendre pendant plusieurs mois des consultations spécialisées en face à face. Principal signe de cette désaffectation des jeunes générations pour les soins primaires : une diminution de 25% du nombre de médecins généralistes à l'horizon 2023 annoncée par les instituts de sondage. La médecine rémunérée à l'acte qui a marqué le mode de prise en charge des maladies aiguës du XX^{ème} siècle n'est plus adaptée à la prise en charge de patients atteints de maladies chroniques, lesquels relèvent de parcours de soins avec intervention de plusieurs professionnels de santé médicaux et non médicaux. La forfaitisation financière de ces parcours est certainement plus adaptée à ces prises en charge que la rémunération à l'acte. Plus de 65% de la demande de soins relèvent aujourd'hui de ces maladies chroniques, notamment celles dues au vieillissement. Le nombre de patients en ALD (affections de longue durée) progresse de 5% par an et près de 11 millions de Français sont aujourd'hui en ALD.

Le secteur hospitalier. Depuis la réforme Debré de 1960, l'hôpital public français a été l'alpha et l'oméga de notre système de soins. C'est le lieu de formation clinique des futurs médecins, qu'ils deviennent généralistes ou spécialistes. C'est le lieu où les soins les plus spécialisés et les plus lourds sont réalisés. C'est enfin le lieu de la recherche clinique pour les CHU. On a parlé à juste raison d'hospitalo-centrisme, et cet hospitalo-centrisme a contribué pendant 50 ans à l'excellence de la médecine française.

Il nous faut en sortir, car il existe aujourd'hui véritablement un excès d'hospitalo-centrisme qui coûte cher à la solidarité nationale. Quand on se compare aux autres pays européens, la France a des dépenses hospitalières de 10 milliards d'euros supérieurs à celles de l'Allemagne. Le nombre d'hôpitaux, le plus élevé d'Europe, contribue également à cette dépense excessive. Le défi du XXI^{ème} siècle est de sortir de cet excès d'hospitalo-centrisme sans que la qualité des soins en soit altérée. Certaines hospitalisations sont abusives, eu égard au prix de journée d'hôpital (la moyenne en 2014 était de 2200 euros/journée). Par exemple, l'impossibilité pour un médecin de soins primaires d'avoir un avis spécialisé le conduit à hospitaliser son patient pour obtenir rapidement l'avis qu'il souhaite. Pour 48h d'hospitalisation, le coût de cette « consultation spécialisée » est en fait de 4500 euros. L'impréparation vis-à-vis du handicap et de la perte d'indépendance chez des patients âgés atteints de maladies chroniques conduit à des hospitalisations prolongées en court séjour en attendant de trouver un EHPAD ou un SSR. Les consultations spécialisées dites « avancées » dans les petits hôpitaux qui se sont développées au début des années 90, à la période du budget global, sont encore maintenues par certains CHU ou gros CHG qui préfèrent maintenir ce nomadisme médical pour que les médecins spécialisés aillent faire leur « marché » dans ces petits établissements afin d'assurer le niveau d'activité du CHU ou du CHG. La chirurgie ambulatoire est insuffisamment développée dans nos hôpitaux publics. Pour une même intervention, le coût peut être trois fois plus élevé à l'hôpital public que dans une clinique privée qui pratique la même intervention en chirurgie ambulatoire. Le système T2A a ainsi conduit certains hôpitaux publics, fortement endettés par certaines constructions (plan hôpital 2006 notamment avec des prêts toxiques), à inciter les médecins à hospitaliser le plus possible de patients pour maintenir une activité hospitalière compatible avec les engagements financiers de l'hôpital. L'Assurance maladie estime que 17% des hospitalisations ne sont pas justifiées, soit environ 6 milliards des recettes hospitalières actuelles (pour un ONDAM hospitalier de 72 milliards d'euros).

B. La télémédecine permet une meilleure efficacité de l'offre de soins, tant dans le secteur ambulatoire que dans le secteur hospitalier

Apport de la télémédecine dans le secteur ambulatoire. La télémédecine est un moyen de créer du lien entre les professionnels de santé, et avec des patients qui ne peuvent ou ne souhaitent pas se déplacer pour une consultation médicale classique en face à face. Notre société, avec le développement de l'internet et des outils comme le smartphone ou la tablette, a une demande d'immédiateté dans beaucoup de domaines, dont celui de la santé. Cette demande sociétale est plus forte dans les « déserts médicaux » qui n'ont pas ou plus de médecins proches du domicile : les zones rurales, les régions ultra-marines, les montagnes, etc. Cette demande est d'autant plus angoissante pour les personnes âgées et atteintes de maladies chroniques qu'elles vivent dans l'angoisse d'une mort prochaine. La télémédecine apporte plusieurs réponses.

C. La téléconsultation de proximité dans les EHPAD et les pharmacies d'officine avec les médecins de maisons de santé pluridisciplinaires.

On présente souvent la télémédecine comme une réponse possible à la question des « déserts médicaux ». La présentation de la solution télémédecine peut être parfois mal présentée par les médias lorsqu'elle laisse entendre que la télémédecine serait une substitution à la consultation en face à face. C'est une présentation déshumanisante de la télémédecine. En fait la téléconsultation peut être une prise en charge médicale de qualité à la condition qu'elle soit alternée avec des consultations en face à face pour ne pas déshumaniser la relation médicale. Il est tout à fait possible dans un parcours de soins de patients atteints de maladies chroniques d'alterner consultations en face à face et téléconsultations avec le consentement des patients.

Certains patients très handicapés qui ont des difficultés à se déplacer peuvent être suivis davantage par téléconsultations, notamment spécialisées lorsqu'il s'agit de suivre des plaies chroniques dont une mauvaise prise en charge a des conséquences négatives pour les patients (amputations, septicémies). C'est l'enjeu du développement de la télémédecine dans les EHPAD. De nombreuses études en France et à l'étranger montrent que de telles organisations nouvelles apportent un réel service médical aux patients qui en bénéficient.

Pour maintenir une offre de téléconsultation de proximité pour des personnes isolées,

les lieux de réalisation peuvent être non seulement les EHPAD, mais également les pharmacies d'officine, dernier îlot de santé dans les déserts médicaux.

Bien évidemment, ces téléconsultations doivent être organisées avec la maison de santé pluridisciplinaire qui dispose de plusieurs médecins pour assurer une telle prestation médicale à distance. Ces téléconsultations doivent être programmées, soit par une infirmière coordonnatrice d'EHPAD, soit par le pharmacien d'officine qui verra là un moyen de redynamiser l'activité de sa pharmacie.

Comme le précise l'article 6316-1 du Code de la santé publique, les psychologues, mentionnés à l'article 44 de la loi n°85-772 du 25 juillet 1985, modifié par l'ordonnance n°2010-177 du 23 février 2010, peuvent être présents auprès du patient lors d'une téléconsultation, notamment de psychiatrie. Cette profession et toutes les professions de santé réglementées qui assistent à une téléconsultation ont l'obligation de respecter le secret médical ou professionnel.

L'article 36 du LFSS 2014 et l'arrêté ministériel du 26 avril 2016 permettent d'expérimenter un mode de financement de ces téléconsultations réservées pour l'instant à des patients en ALD. L'évaluation en sera faite lors du LFSS 2018 avant son extension. Le coût réel de cette pratique devra être mieux évalué, car dans l'expérimentation art.36 le financement ne concerne que le médecin spécialiste requis et non le médecin traitant qui peut être requis par l'EHPAD pour suivre ses patients. Comme cela a été dit précédemment, c'est moins l'investissement que le coût réel du fonctionnement qu'il porte de bien évaluer.

D. Le téléconseil médical personnalisé donné par des plateformes

Il faut désengorger les cabinets de consultation de soins primaires de toute demande de santé qui peut être gérée autrement que par une consultation en face à face, afin de redonner à l'exercice de la médecine de soins primaires davantage de souplesse et de disponibilité pour accueillir de nouveaux patients.

Le téléconseil médical personnalisé est une nouvelle prestation médicale rendue possible par les moyens numériques. Le modèle suisse « Medgate » ou « Médi24 » pourrait être un exemple à suivre en France. En Suisse, toute personne assurée a l'obligation d'appeler une plateforme de téléconseil avant de se rendre chez son médecin traitant ou de se rendre aux urgences hospitalières. Le médecin de la plateforme rassure l'appelant ou l'oriente dans un parcours de soins primaires (consultation auprès du médecin traitant, adressage aux urgences hospitalières).

Le téléconseil médical personnalisé est aujourd'hui délivré en France par le SAMU-Centre 15, dont la mission première est de répondre aux urgences vitales. Ces urgences vitales représentaient moins d'un million d'appels en 2013 sur les 31 millions d'appels reçus. On estime que plus de la moitié des appels au Centre 15 concerne du téléconseil médical.

Depuis 2010, plusieurs initiatives de plateformes privées de téléconseil médical personnalisé ont été prises. Bien que le téléconseil médical fasse partie implicitement de « La réponse médicale qui est apportée dans le cadre de la régulation médicale mentionnée à l'article L. 6311-2 et au troisième alinéa de l'article L. 6314-1 » figurant au 5^e paragraphe de l'article R6316-1 du décret de télémédecine du 19 octobre 2010, il serait nécessaire de le rendre explicite pour éviter d'assimiler le téléconseil médical personnalisé à une téléconsultation, ce qu'il n'est pas au plan réglementaire, notamment aujourd'hui parce que le médecin de la plateforme n'a pas accès au dossier médical de l'appelant lorsque celui-ci est atteint d'une maladie chronique.

E. La téléexpertise spécialisée entre le médecin de soins primaires et les médecins spécialistes correspondants

La téléexpertise est probablement l'activité de télémédecine qui va le plus structurer les nouvelles organisations médicales du XXI^{ème} siècle dans le secteur ambulatoire. En effet, aucun médecin ne peut aujourd'hui prétendre posséder une connaissance exhaustive et suffisante de la science médicale pour prendre en charge dans leur globalité les problèmes de santé d'une personne. La médecine a atteint au fil des années un niveau de complexité scientifique qui explique pour une part le phénomène de spécialisation médicale, voire d'hyperspécialisation, qui a marqué les trente dernières années.

La téléexpertise représente une nouvelle façon d'exercer la médecine au XXI^{ème} siècle. Elle permet aux professionnels médicaux de se consulter régulièrement, de mutualiser leurs connaissances médicales et d'enrichir leur compétence réciproque. Elle ne fait que respecter les devoirs du médecin envers les patients, rappelés à l'article R.4127-32 du CSP. La téléexpertise favorise la continuité des soins et évite la rupture que représentent aujourd'hui les délais trop longs pour l'obtention de rendez-vous dans certaines spécialités. La téléexpertise directe entre médecins, généralement en l'absence du patient, peut remplacer la consultation spécialisée et ainsi raccourcir le délai habituel d'obtention d'un avis spécialisé. Elle permet au médecin traitant, coordinateur des soins, d'assurer la continuité de la prise en

charge dans de meilleures conditions pour le patient. Celui-ci doit être informé de cette pratique et y consentir car elle remplace certaines consultations spécialisées en face à face auxquelles le patient, notamment celui atteint de maladie chronique, avait l'habitude de se rendre et qu'il peut souhaiter. Le patient doit garder le libre choix du mode de suivi médical spécialisé, c'est pourquoi il doit être informé de la possibilité de cette nouvelle pratique, dont il peut tirer des bénéfices en termes de continuité et de qualité de prise en charge.

L'article 36 du LFSS 2014 et l'arrêté ministériel du 26 avril 2016 permettent d'expérimenter un mode de financement des téléexpertises réservées pour l'instant à des patients en ALD. L'évaluation en sera faite lors du LFSS 2018 avant son extension. Cet arrêté est actuellement limité aux téléexpertises par écrit ou envoi de photos et/ou d'images (par messagerie sécurisée) et seul le médecin spécialiste est rémunéré. La téléexpertise par échange audiovisuel entre le médecin de soins primaires et le médecin spécialiste n'est pas aujourd'hui financée pour le médecin traitant demandeur. C'est une anomalie qui devra être corrigée en 2018.

F. La téléassistance médicale pour conforter le parcours de soins pluridisciplinaire

La téléassistance médicale n'est pas toujours bien comprise. Elle concerne essentiellement les professionnels de santé non médicaux (pharmaciens, auxiliaires médicaux) qui participent à un parcours de soins structuré par la télémédecine, sous la responsabilité d'un professionnel de santé médical. La téléassistance médicale permet à un médecin, une sage-femme ou un chirurgien-dentiste d'assister à distance un professionnel de santé non médical. Cette activité est la traduction en télémédecine des coopérations entre professionnels de santé prévues par l'article 51 de la loi HPST, lequel doit être complété par l'article 30 de la loi de modernisation de la santé du 26 janvier 2016 qui définit la pratique avancée des auxiliaires médicaux. La pratique avancée comporte : des activités d'orientation, d'éducation, de prévention ou de dépistage, des activités d'évaluation clinique et de diagnostic, des actes techniques, des surveillances cliniques et paracliniques, et des activités de prescription de produits de santé non soumis à prescription médicale obligatoire, des prescriptions d'examen complémentaires et des renouvellements ou adaptation de prescriptions médicales. Un décret en Conseil d'État définira pour chaque auxiliaire médical les domaines d'intervention en pratique avancée, les activités que le professionnel peut accomplir dans chacun de ces domaines d'intervention, et en tant que de besoin, les types d'actes pouvant être réalisés de façon autonome par le professionnel. Les auxiliaires médicaux qui pourront exercer en pratique avancée seront les professionnels qui justifieront d'une durée d'exercice

minimale de leur profession et d'un diplôme de formation en pratique avancée délivré par une université habilitée à cette fin. L'article 30 de la loi va ainsi simplifier et clarifier la question de la délégation d'actes ou de suivis médicaux prévue à l'article 51 de la loi HPST. En attendant que les auxiliaires médicaux soient formés à la pratique avancée, les protocoles de coopération habituels entre médecins et professionnels de santé pourront être mis en œuvre sur la base des compétences actuellement définies au CSP. Les circonstances dans lesquelles une téléassistance médicale est utile en télémédecine sont nombreuses.

La téléassistance médicale sera partie prenante du parcours de soins coordonné d'un patient atteint de maladies chroniques et donc de la rémunération au forfait de ce parcours.

G. La télésurveillance médicale au domicile des patients atteints de maladies chroniques pour prévenir les hospitalisations évitables

La télésurveillance médicale vient compléter l'offre de service de télé-monitoring proposé par les industriels qui commercialisent des plateformes ou des dispositifs médicaux connectés (DMC). Le médecin peut suivre certains indicateurs cliniques et/ou biologiques chez les patients atteints de maladies chroniques. Les plateformes ou DMC de télé-monitoring peuvent être polyvalents et intégrer plusieurs indicateurs qui permettent au médecin de faire le choix le plus pertinent pour la surveillance de son patient. Il est souhaitable que ces plateformes ou DMC prennent en compte le fait qu'un patient peut accumuler plusieurs pathologies chroniques au cours du vieillissement et que seulement certaines de ces pathologies chroniques peuvent relever de façon temporaire ou permanente d'une télésurveillance médicale rapprochée. Cela est important, notamment pour les pathologies conduisant à des hospitalisations répétées. Ces plateformes ou DMC de télé-monitoring doivent s'adapter à chaque patient. Il faut distinguer parmi les objets connectés à usage médical ou DMC ceux qui relèvent d'une saisie de données médicales analysées par le médecin de façon différée (asynchrone), voire seulement lors d'une consultation en face à face, des objets connectés utilisés pour recueillir des indicateurs cliniques ou biologiques transmis en temps réel (synchrone) au professionnel médical avec une graduation d'alertes préalablement définies.

Priorité retenue dans le plan quinquennal 2011-2016, son financement n'est envisagé que depuis l'art. 36 du LFSS 2014. Pas encore mis en œuvre, le cahier des charges concernant le télésuivi au domicile des patients atteints d'insuffisance cardiaque chronique, d'insuffisance rénale chronique dialysée ou transplantée, d'insuffisance

respiratoire chronique et de diabète doit faire l'objet d'un arrêté ministériel dont la publication est annoncée pour la fin novembre 2016. L'efficacité de cette nouvelle organisation sera jugée sur l'impact qu'elle aura sur les hospitalisations, la cible étant de réduire ces hospitalisations de 20% en un an, notamment chez les patients en insuffisance cardiaque. Un intéressement financier aux économies réalisées est prévu pour les médecins de soins primaires qui se lanceront de ce nouveau mode de prise en charge des patients touchés par ces maladies chroniques.

H. La téléexpertise et la téléconsultation pour structurer le projet médical partagé des groupements hospitaliers.

Apport de la télémédecine dans le secteur hospitalier. La loi de modernisation de la santé du 26 janvier 2016 a consacré la création de groupements hospitaliers de territoire (GHT). Depuis le 1^{er} juillet 2016, ce sont 135 GHT qui remplacent les 950 établissements publics de santé, pratiquement un GHT par département. L'intérêt médical de ces GHT est de proposer aux patients un parcours de soins gradué entre les différents établissements de santé du GHT, notamment avec l'établissement pivot où se trouvent les équipes médicales spécialisées. Le projet médical partagé (PMP) doit donc proposer pour début 2017 des filières de soins par spécialité permettant d'offrir aux patients relevant d'un GHT le meilleur soin au bon endroit et au meilleur coût.

La télémédecine est incontournable pour structurer ce PMP. Il s'agit d'abord de téléexpertises et/ou de téléconsultations entre les services d'urgences des hôpitaux de proximité et les médecins spécialisés de l'établissement support du GHT pour savoir si un transfert de la personne est ou non nécessaire vers le service spécialisé de l'établissement pivot, ou des téléconsultations/téléexpertises organisées entre les services non spécialisés des établissements de proximité et les services spécialisés de l'établissement pivot sont suffisants pour maintenir la personne dans l'hôpital le plus proche de son domicile et de son environnement social. Ces nouvelles organisations peuvent bousculer le modèle hospitalier actuel basé sur le maximum de T2A pour les plus gros établissements. Le gâteau financier de la T2A est ainsi redistribué entre tous les établissements du GHT.

Le rapport Hubert/Martineau publié en février 2016 avait fait des propositions pour financer les pratiques de télémédecine au sein du GHT. La FHF a repris ces propositions dans un amendement de l'article 47 du LFSS 2017 qui a été rejeté par le gouvernement. Il y a donc une grande incertitude sur la faisabilité des PMP dès 2017 et donc d'une meilleure efficacité des soins.

I. La téléexpertise pour répondre aux sollicitations de la médecine de soins primaires

Décidée à créer un véritable réseau ville-hôpital, la FHF a obtenu que l'art.36 soit étendu à toutes les régions françaises afin que les téléexpertises délivrées par les médecins spécialistes hospitaliers aux médecins de ville soient rémunérées (arrêté du 26 avril 2016). Les GHT pourraient développer à terme de véritables plateformes de téléexpertise spécialisée au bénéfice des médecins de soins primaires, ce qui pourrait diminuer certaines hospitalisations évitables.

PROPOSITIONS

1. Considérer la télémédecine comme le moyen incontournable de créer un parcours de soins adapté aux patients de maladies chroniques. La télémédecine permet au médecin de soins primaires de coordonner les soins avec les autres professionnels de santé impliqués dans le parcours des patients atteints de maladies chroniques. La télémédecine permet au médecin hospitalier de mieux coordonner le parcours de soins gradué entre les établissements de santé d'un groupement hospitalier de territoire.

2. Considérer que le téléconseil médical personnalisé est une pratique médicale nouvelle de la télémédecine qui répond à la demande de la société du XXI^{ème} siècle. Le téléconseil médical personnalisé répond à une société de l'immédiateté dont le comportement a été amplifié avec l'arrivée des smartphones. Le téléconseil médical personnalisé doit être la première étape d'entrée dans le parcours de soins primaires. Le médecin de la plateforme d'appel conseille et oriente l'appelant vers une consultation en face à face immédiate ou différée, ou vers le service des urgences en cas d'urgence médicale avérée. L'accès à une plateforme de téléconseil médical personnalisé doit être gratuit pour le citoyen et faire partie des garanties offertes par les complémentaires santé.

PROPOSITIONS

3. Considérer que la télémédecine structure les nouvelles pratiques médicales des médecins de soins primaires. Le médecin de soins primaires développe des téléconsultations alternées à des consultations en face à face chez les patients qu'il suit pour maladies chroniques. Il utilise également la téléconsultation auprès des personnes handicapées qui ont du mal à se déplacer, notamment celles qui résident dans les structures médico-sociales. Pour ces téléconsultations, il utilise les plateformes qui assurent la confidentialité des échanges. Le médecin de soins primaires assure la surveillance à domicile des patients atteints de maladies chroniques avec l'aide des professionnels de santé non médicaux (infirmiers, pharmaciens, diététiciens, etc.). Pour cette télésurveillance, il utilise des systèmes de télé-monitoring qui sont labellisés dispositifs médicaux par l'ANSM. Le médecin de soins primaires développe des téléexpertises par écrit (mail), image et audiovisuel avec ses correspondants spécialistes d'organes lorsqu'il estime, avec l'accord du patient, qu'elle peut éviter une consultation spécialisée en face à face. Pour ces téléexpertises, il utilise une messagerie sécurisée en santé.

4. Considérer que la télémédecine structure le projet médical partagé des groupements hospitaliers de territoire afin d'offrir aux patients le meilleur soin au bon endroit et au juste prix. Les médecins urgentistes des établissements périphériques doivent pouvoir demander des téléexpertises spécialisées à l'établissement support avant de décider un transfert du patient. L'établissement périphérique doit s'organiser pour développer des téléexpertises et téléconsultations vers les spécialistes de l'établissement support. L'établissement support doit s'organiser pour offrir des téléexpertises et des téléconsultations spécialisées aux autres établissements du GHT. L'établissement support doit faire bénéficier les médecins de ville de ses téléexpertises dans le but de mieux définir le besoin d'une hospitalisation.



PROPOSITIONS

5. Considérer que les pratiques professionnelles de télémédecine doivent être financées dans le droit commun de l'Assurance maladie et qu'elles sont porteuses d'efficience dont l'évaluation pourra se faire au bout de quelques années. En soins primaires, le financement de la télémédecine doit faire partie de forfait attribué au parcours de soins des patients atteints de maladies chroniques. La télémédecine à l'acte doit progressivement disparaître. En soins hospitaliers, le financement de la télémédecine doit permettre aux établissements pivots des GHT d'avoir les ressources médicales suffisantes pour développer des permanences de téléexpertises spécialisées pour les établissements périphériques et leurs services d'urgences et pour les médecins de soins primaires.



Big Data - Nouvelles Technologies

BIG DATA ET NOUVELLES TECHNOLOGIES, LA PROTECTION SOCIALE À L'HEURE DE LA RÉVOLUTION NUMÉRIQUE

INTRODUCTION

La révolution numérique est en marche ! Les traces que nous laissons chaque jour sur les réseaux sociaux ou via les objets connectés sont à l'origine de la croissance exponentielle du volume de données générées par nos actions numériques. Nous produisons plus de 23 milliards de milliards d'octets de données chaque semaine dans le monde, chiffre en accroissement permanent en raison de l'augmentation des points de captation ; Intel⁴¹ prévoit une explosion des objets connectés dont le nombre devrait atteindre les 200 milliards en 2020. Ce phénomène est amplifié par la généralisation des équipements numériques (PC, smartphone, tablette) de plus en plus puissants et la connexion permanente des utilisateurs d'applications numériques.

Eric Schmidt :

« Every 2 days we create as much information as we did up to 2003. »

Parallèlement à ce développement, les technologies de traitement massif des données et l'intelligence artificielle sont devenues accessibles techniquement et économiquement, ouvrant la voie à des analyses dont nous découvrons chaque jour le potentiel dans notre vie quotidienne. Ces données peuvent servir à communiquer de la publicité, à personnaliser le service, à personnaliser son prix, à améliorer la performance des applications, etc.

Le numérique ou digital pour les Anglo-saxons, mot « valise » par excellence, embarque toutes ces notions, y compris la veille informatique, pour nous ouvrir les portes d'usages nouveaux aux impacts sociétaux parfois violents comme l'illustre l'« ubérisation⁴² » croissante de notre société. Des intermédiaires privés s'installent dans tous les secteurs de notre économie et plus particulièrement le monde du service, de préférence marchand, sans préoccupation des enjeux de Protection sociale. Plus précisément, le recours massif à des prestataires par ces intermédiaires ampute de fait le montant des cotisations, bousculant notre modèle social et les équilibres en place.

Très longtemps assimilée aux startups, l'économie numérique est aujourd'hui dans les mains de géants opérant à une échelle globale, qui représentent les premières capitalisations mondiales, sans employer de nombreux salariés.

⁴¹ Intel est un industriel de l'informatique, premier fabricant mondial de semi-conducteurs.

⁴² Substantif désignant une plateforme globale d'intermédiation mobilisant des prestataires et non des salariés pour délivrer un service.

Les entreprises du numérique ont transformé ces dernières années les filières les plus simples d'accès (presse, musique, audiovisuel, transport, vente par correspondance) et vont se généraliser à court ou moyen terme à l'ensemble des secteurs.

La sphère de la Protection sociale n'échappe pas à l'intermédiation, à l'image de ces plateformes Bobemploi ou Jobijoba dans le champ de l'emploi, de LeLynx dans sa fonction de comparateur de mutuelles, Alan pour la complémentaire santé et bien d'autres encore qui dessinent un nouveau rapport de pouvoir. Les lignes se déplacent au détriment des acteurs en place, souvent figés dans leurs postures historiques.

Cas Google Flu

Le système de suivi des épidémies de grippe de Google analyse depuis 15 ans les requêtes ayant un lien avec la grippe ; il est capable de préciser les zones d'expansion ou de diminution de l'épidémie dans tous les pays du monde. Ces résultats sont confirmés par les services sanitaires des pays, généralement 10 jours après Google.

Ces intermédiaires concentrent aujourd'hui l'essentiel du pouvoir de l'Internet et donc du pouvoir économique en raison de leur capacité à collecter des données tout en s'alliant avec les utilisateurs qu'ils forment, et avec lesquels ils développent de nouveaux services. Les régimes complémentaires de Protection sociale sont exposés à l'entrée d'intermédiaires numériques privés très agiles, qui sont capables d'exploiter avec rapidité la ressource « donnée », tout en s'abritant sous l'ombrelle des coûts de gestion⁴³, produisant pour moins cher un service personnalisé à outrance.

La valeur se trouve dans l'interaction avec les individus et la captation de la donnée, sans autre régulation que l'objectif poursuivi par les plateformes d'intermédiation.

Jusqu'où peuvent aller ces multinationales de la donnée qui vont jusqu'à gérer certaines prérogatives de l'État ? Vers où nous pousse la main invisible⁴⁴ du marché des données ?

⁴³ À titre d'exemple, les complémentaires santé présentent des coûts de gestion se situant entre 15% et 18%.

⁴⁴ Dans le domaine socio-économique, la main invisible est une expression (forgée par Adam Smith) qui désigne la théorie selon laquelle l'ensemble des actions individuelles des acteurs économiques, guidées uniquement par l'intérêt personnel de chacun, contribuent à la richesse et au bien commun.

Les plateformes numériques ne sont contraintes ni par la sauvegarde d'un modèle existant, ni par des rigidités réglementaires ou organisationnelles ; elles adressent directement les citoyens qui les plébiscitent, leur conférant un pouvoir obtenu de l'adhésion de la population. Ce lien direct les positionne de fait en intermédiaires pouvant remettre en cause des fondamentaux de notre société, comme le droit du travail par exemple.

Exemple du droit à l'oubli

Malgré la contrainte de la Cour de justice de l'Union européenne visant à obliger Google à déréférencer les pages contenant des informations personnelles à la demande des intéressés, cette dernière rejetant la recevabilité de la demande, refuse sa mise en oeuvre en dehors des domaines européens, notamment sur le domaine « .com ». Ce sujet est particulièrement sensible lorsqu'il s'agit de données de santé.

Dans le numérique il n'est pas possible d'attendre pour voir puis décider d'agir car il sera trop tard, les intermédiaires seront installés en position dominante. Anticipant le renversement des normes sociales et économiques induit par le numérique, les pouvoirs publics ont engagé depuis le début des années 2000 de nombreuses actions visant à réduire la fracture numérique⁴⁵ en adressant principalement le volet technique du sujet : déploiement de l'Internet haut débit, qui prend malheureusement chaque année toujours plus de retard, aide à la prise en main des outils numériques, sensibilisation à la sécurité des données, protection de la vie privée.

La stratégie numérique française, trop longtemps insuffisamment affirmée et rigide, devrait asseoir le rôle de régulateur de l'État avec l'application de la loi sur la République numérique⁴⁶ et ainsi reconstruire un lien de confiance avec les citoyens, en déployant des dispositifs normatifs, d'évaluation et de contrôle. La réponse juridique du législateur tend à dépasser le principe simpliste de liberté d'Internet qui profitent toujours aux opérateurs privés.

⁴⁵ Le CREDOC estime à 13% le nombre d'illettrés numériques en France.

⁴⁶ La loi pour une République numérique prépare le pays aux enjeux de la transition numérique et va permettre de développer l'économie de demain. Le développement croissant des réseaux et des usages numériques est riche d'opportunités économiques et sociales qui doivent bénéficier à l'ensemble de la société. Cette loi a pour ambition d'encourager l'innovation et le développement de l'économie numérique, de promouvoir une société numérique ouverte, fiable et protectrice des droits des citoyens. Elle vise également à garantir l'accès de tous, dans tous les territoires, aux opportunités liées au numérique.

«Google en sait plus que l'INSEE sur la société française⁴⁷», cette affirmation largement commentée en 2014 est toujours d'actualité, illustrant le retard pris par la France dans l'économie des données et notre manque d'agilité. Non seulement les GAFA (Google, Apple, Facebook, Amazon) disposent d'une masse de données incomparable mais leurs algorithmes permettent des analyses de l'individu.

Si le virage du big data a d'abord impacté les entreprises privées, il porte aujourd'hui sur tous les secteurs de l'économie, aussi bien sur l'aide au dépannage, le recrutement, la lutte contre le décrochage scolaire, que sur l'analyse des facteurs de risque de maladies par les industriels du médicament, les services à la personne ou encore l'assurance de personnes...

Les acteurs de la Protection sociale sont nombreux à conduire des projets expérimentaux ou opérationnels sur le big data et plus globalement le numérique, en tentant d'appréhender l'emprise de cette mutation virtuelle sur le monde réel.

Cette analyse présente l'impact du numérique sur la Protection sociale française, comment la mutation en cours va l'ébranler, et plusieurs pistes d'actions pour ne pas subir mais maîtriser ces changements.

⁴⁷ Stéphane Grumbach, chercheur à l'INRIA, interview DNA.

La Protection sociale numérique. L'avènement du big data a nécessairement un impact considérable sur les métiers de la Protection sociale, dont le premier actif de ses opérateurs est la donnée, relative à ses bénéficiaires ou ses adhérents. Depuis plusieurs décennies, l'ensemble des organismes de Protection sociale ont automatisé le traitement de données et optimisé les chaînes de valeurs, des cotisations aux prestations, en adaptant en parallèle leurs organisations. Facialement, la vague big data les impacte peu, si ce n'est sur l'utilisation d'outils analytiques et décisionnels plus puissants, l'échange d'informations toujours plus numérisées ou le croisement de données complexes. Cependant, les organisations fréquemment « silotées » freinent le partage et la consolidation d'informations, clé de voute de la valeur issue des données. Outre les données structurées gérées dans les systèmes d'information de la Protection sociale, il s'agit de données produites en dehors par des acteurs privés via les objets connectés en santé, mais également tout courriel ou autres messages électroniques.

Si les bénéfices directs du big data peuvent à brève échéance, réduire les coûts de la redondance d'actions, gommer l'asymétrie des informations entre opérateurs ou faciliter la mise en oeuvre de partenariats nouveaux, les véritables enjeux résident dans l'usage de la donnée.

Les applications s'enrichissent chaque jour de nouveaux services via le traitement par des algorithmes établissant des corrélations jusqu'alors imperceptibles au cerveau humain, nous dotant ainsi d'une connaissance des interactions en temps réel. Cette valeur est intrinsèquement liée au partage et à la réutilisation de données ; toujours plus tangible, elle peut concerner par exemple :

- la réduction des actes médicaux redondants via la dématérialisation des données de santé,
- la suppression des coûts de flux physiques,
- la meilleure gestion des moyens, une médecine plus personnalisée,
- l'aide au diagnostic et à la stratégie thérapeutique,
- l'identification des facteurs de risques ou de réduction de maladies grâce à l'analyse prédictive,
- la prise de décision efficace des professionnels de santé.

L'analytique pourrait bientôt résoudre de multiples problèmes, dans le secteur de la santé. Les algorithmes vont permettre de faire des progrès décisifs, notamment dans la détection des maladies et la réduction des dépenses, si bien que le marché

pourrait atteindre 21 milliards de dollars d'ici à 2020. Ces nouveaux usages ne se limitent pas à la sphère de la santé ; ils adressent également la recherche d'emploi par un accompagnement plus ciblé des demandeurs d'emplois et des recruteurs, l'évaluation de l'efficacité des politiques publiques, la lutte contre la fraude, l'exclusion sociale...

À titre d'exemple, dans le champ de l'exclusion sociale, plusieurs conseils régionaux étudient actuellement l'opportunité d'exploiter les données des réseaux sociaux pour identifier les jeunes en risque de décrochage scolaire afin de renforcer l'efficacité des plateformes d'appui et de soutien au décrochage (PSAD) dans les territoires.

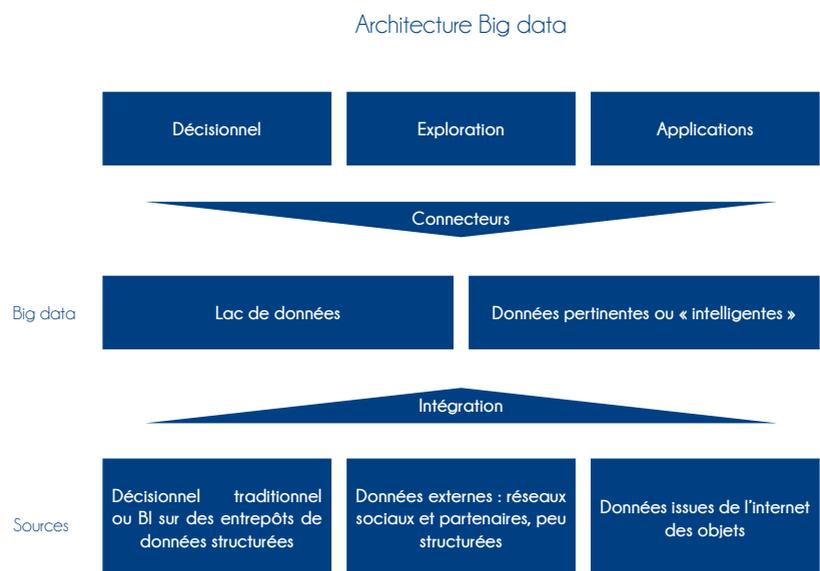
L'identification des décrocheurs potentiels est facilitée par la mise à disposition d'interfaces d'accès aux données des Twitter, Facebook et autres réseaux, qui combinées à un outil de profilage de type Watson/Insight permettent de déterminer l'exposition des jeunes au risque de décrochage.

Cette nouvelle solidarité organisée autour du big data peut bousculer notre ancien modèle de Protection sociale complexe en raison de la multiplicité des acteurs et du foisonnement réglementaire, basé sur la fourniture de prestations financières au regard de niveaux de risques collectifs. Les conséquences négatives peuvent être de multiples natures, (I) aggravation des inégalités engendrées par une couverture personnalisée en fonction du risque individuel, (II) fracture sociale dans certains territoires aux infrastructures réseaux insuffisantes, (III) divulgation d'informations confidentielles, (IV) perte de pouvoir des acteurs historiques au profit d'entreprises agiles et dématérialisées qui s'affranchissent des règles et des représentations électives de nos organismes, etc.

Au-delà des systèmes d'information qui doivent être adaptés, les organisations et la gestion de la relation avec les adhérents de nos organismes de Protection sociale doivent être repensées pour concilier les principes fondateurs de l'assurance sociale et la personnalisation et l'adaptabilité du numérique.

Nous allons inévitablement assister à terme à une recomposition des différents opérateurs actuels de la Protection sociale autour de la donnée avec l'entrée d'intermédiaires privés.

Face à la prolifération des données, les questions qualité, fiabilité et valeur des données se posent : sont-elles utilisables et pour quels usages ? La notion de données pertinentes ou smart data répond à ce besoin, en complément des lacs de données brutes. Selon IDC⁴⁸, en 2013 seules 22% des données numériques étaient potentiellement exploitables et moins de 5% étaient réellement analysées.



Un lac de données est un ensemble de données brutes, sans structure, qui est créé seulement lors de l'analyse. Les données sont conservées sur le même plan, sans organisation particulière.

Blockchain. La blockchain⁴⁹ est une technologie de stockage et de transmission d'informations, transparente, sécurisée, et fonctionnant sans organe central de contrôle. Par extension, une blockchain constitue une base de données qui contient l'historique de tous les échanges effectués entre ses utilisateurs depuis sa création. Cette base de données est sécurisée et distribuée : elle est partagée par ses différents utilisateurs, sans intermédiaire, ce qui permet à chacun de vérifier la validité

de la chaîne. Comme l'écrit le mathématicien Jean-Paul Delahaye⁵⁰, il faut s'imaginer « un très grand cahier, que tout le monde peut lire librement et gratuitement, sur lequel tout le monde peut écrire, mais qui est impossible à effacer et indestructible ». La confiance est à la base de la relation entre les organismes de Protection sociale et les assurés, confiance établie sur la transparence et l'exactitude des chiffres (cotisations, prestations...). Substituer les fonctions de traçabilité et de contrôle que l'Homme assure aujourd'hui par la blockchain s'inscrit dans toute politique de productivité, à laquelle n'échappe pas la Protection sociale. Au-delà de l'intérêt d'une automatisation de tâches, l'utilisation de la blockchain est également la manifestation d'une défiance, voire d'une contestation de l'autorité et d'une volonté de transparence nouvelle.

Après beaucoup d'effervescence, les projets blockchain se concentrent à l'heure actuelle sur le secteur financier. L'expérimentation du gouvernement britannique sur la traçabilité des dépenses de prestation sociale fait l'objet d'un suivi attentif par les organismes de Protection sociale. La sécurisation des données médicales fait également partie des usages prometteurs. À suivre !

Cas des données de santé. L'ouverture de l'accès aux données de santé promulguée par la loi de 2016 sur la modernisation du système de santé français, permet le regroupement des informations utiles de l'Assurance maladie, des hôpitaux et des cliniques, des instituts d'études et de statistiques (Insee, DREES...) à des fins d'analyse pour répondre à des questions complexes. Ce système met à disposition gratuitement les données de santé afin de contribuer, notamment, à l'information sur la santé ainsi qu'à la mise en oeuvre des politiques de santé et plus globalement de Protection sociale. L'accès aux données est bien entendu encadré par une série de règles garantissant la confidentialité des données personnelles par leur anonymisation.

Pour accélérer cette ouverture, le Conseil d'État a demandé au Ministère de la Santé d'annuler un arrêté interdisant jusque-là l'accès aux données de santé aux organismes de recherche à but lucratif. Ce qui signifie que tout organisme privé effectuant une recherche peut accéder à l'une des plus grandes bases de données médico-administratives au monde.

⁴⁸ IDC premier fournisseur mondial de renseignements, de conseils et d'événements sur les marchés des nouvelles technologies de l'information.

⁴⁹ Définition proposée par le site blockchainfrance.net.

⁵⁰ J-P Delahaye est professeur émérite à l'Université de Lille et chercheur au Centre de Recherche en Informatique, Signal et Automatique de Lille. Source : revue d'information scientifique « Pour la science » de mars 2015.

La plateforme Qalyo

Cette plateforme collecte les données de santé générées par des objets connectés (poids, nutrition, nombre de pas, PA, etc.), les centralise et les analyse pour fournir à l'utilisateur des conseils et un suivi régulier de ses paramètres physiologiques. À l'origine du projet, des médecins et des spécialistes de la santé qui se sont unis pour concevoir un assistant de santé connecté. Plus qu'un service, la plateforme s'appuie sur les dernières technologies de collecte et de mesure des données individuelles pour proposer des conseils personnalisés et faciliter les échanges avec le médecin traitant.

Il est facile d'imaginer de nouveaux usages pouvant porter sur le ciblage des médicaments dans le cadre d'une prescription comme le pratique déjà le système d'intelligence artificielle Watson de la société IBM dans le domaine de l'oncologie, l'accès à l'information en temps réel par les usagers (ex : accès du patient à son dossier médical), ou bien encore l'amélioration du suivi des patients et de la prévention. La fonctionnalité d'usage présente une grande valeur mais elle n'est rien sans la confiance dans les algorithmes aux règles fréquemment connues par leurs seuls concepteurs. La transparence sur les algorithmes doit garantir l'égalité de traitement des patients dans le soin et l'information sur son état de santé. En effet, le patient maîtrisant l'usage des applications numériques dispose d'informations plus précises sur sa santé et son évolution, notamment prédictives (systèmes décisionnels ou de business intelligence) ou cognitives (intelligence artificielle), qui l'aideront à faire des choix éclairés. Quels sont les droits des patients vis-à-vis du big data et la fracture qu'il peut provoquer entre celui qui maîtrise le numérique et celui qui ne le maîtrise pas ? Quelle transparence sur les algorithmes de traitement automatique des données ? La réponse à ces questions nécessite une réflexion de fond dont le gouvernement français doit s'emparer pour garantir l'égalité de traitement des patients.

Valeur de la donnée

Aux États-Unis, dans le secteur de la santé, 300 milliards de dollars sont économisés chaque année et 0,7% de la croissance annuelle en termes de productivité découle directement de ces nouvelles technologies (source IDC).

La redevance sur les données. L'importance des données est reconnue par tous, mais leur valorisation alimente les débats, tout particulièrement pour les données du secteur public. On ne peut que déplorer l'absence du sujet dans la loi pour une République numérique.

Selon Henri Verdier⁵¹, si la loi pour une République numérique a notamment pour ambition « d'éviter que les administrations ne se vendent des données entre elles, notamment au niveau de l'État », l'impact de cette loi sur les collectivités est encore incertain, d'autant plus que « très peu de collectivités vendent aujourd'hui des données, alors que quasiment toutes en utilisent, de plus en plus quotidiennement ». Pour l'administrateur général des données, au-delà des questions de redevance, l'enjeu est celui de la création de valeur rendue possible par la réutilisation des données : « la gratuité des données n'est pas un jeu à somme nulle, où on ne ferait que compenser des transferts d'argent. Les données jouent aussi un rôle de référentiel, créant de la valeur grâce à l'innovation mais aussi à la rationalisation des stratégies des acteurs. Nous allons collectivement avoir besoin de développer notre « intelligence de la valeur de la donnée », afin de déterminer de mieux en mieux lesquelles doivent être ouvertes à tous, uniquement aux entreprises ou aux chercheurs, lesquelles doivent être exploitées en propre ou mises à disposition des autres administrations. La question d'un aller-retour permanent entre le meilleur usage de la donnée et sa meilleure diffusion est bien posée ici. »

Malgré les précisions apportées par la loi « Valter » en France, concernant les conditions de gratuité et de réutilisation des informations du secteur public, la question des modèles économiques liés à la réutilisation des données reste à ce jour ouverte et devra être traitée rapidement par le législateur pour fournir un cadre complet protégeant les intérêts des ayant-droits sans obérer l'innovation.

L'ouverture des assurances sociales aux intermédiaires. Notre couverture sociale se contracte sous le double effet, d'une part des déficits récurrents de l'Assurance maladie, 120 milliards d'euros de dette ou de l'Assurance chômage, 30 milliards d'euros, et d'autre part la pression d'un réglementaire qui nivelle et paupérise, l'ANI⁵² constituant un exemple récent. Ainsi, sur le volet santé, la Sécurité sociale tend à devenir la couverture plancher, les complémentaires santé régulées offrant un premier filet de sécurité, pour un reste à charge toujours plus important.

⁵¹ Publication Localtis du 31 mai 2016, d'un entretien avec l'administrateur général des données, Henri Verdier.

⁵² Accord National Interprofessionnel de janvier 2013.

La surcomplémentaire privée devient la dernière voie pour une population désireuse d'augmenter son niveau de couverture maladie, retraite, ou dépendance. Globalement, les prestations complémentaires constituent une aire d'implantation naturelle pour tout intermédiaire capable de mettre en relation des personnes avec des services. Le pouvoir qui lui est conféré est inversement proportionnel au niveau de prestations obligatoires ; plus le lien entre l'assuré et les organismes se distend, plus l'intermédiaire prend de l'importance. La richesse et la continuité de l'information sur les utilisateurs du web, permettent aux plateformes d'intermédiation de proposer un service à la personnalisation sans limite, séduisant le chaland qui profite également de la simplicité apportée par la dématérialisation. La présence physique sur un territoire n'étant pas nécessaire, l'intermédiaire numérique oeuvre de n'importe quel point du globe via le cloud supplantant par son agilité les acteurs de terrain. La combinaison de la dématérialisation, la personnalisation et les nouveaux services, offrent à l'assuré l'accès à des compétences nouvelles pouvant par exemple concerner ses droits, l'adaptation de sa couverture, la prévention adaptée à sa situation, l'évaluation des services. Dès lors que ces facilités d'usage sont ouvertes aux utilisateurs, aucun retour arrière n'est possible, l'intermédiaire s'impose durablement dans la chaîne de valeur.

Nativement numériques, ces plateformes emploient massivement des profils spécialisés dans le traitement de données, les datascientists, hybrides informaticien/statisticien, capables d'appréhender les enjeux métiers, dont sont faiblement dotés les acteurs historiques, les exposant par là même aux innovations de rupture.

Les plus gros propriétaires de données ne sont plus les grands opérateurs du monde de l'assurance, publique ou privée, mais les multinationales de l'économie numérique, Google, Amazon, Facebook et Apple, bientôt rejointes par les Tesla, Uber, Airbnb. La maîtrise des données combinée à la mise en œuvre de technologies basées sur l'intelligence artificielle ou la blockchain permet d'imaginer à court terme des communautés d'individus se regroupant pour se prémunir contre les aléas, sans recours aux assurances complémentaires.

Nos organismes sociaux, de la sphère publique ou privée, se trouvent démunis face à cette menace qu'ils appréhendent dans une approche trop timorée. Il suffit pour s'en convaincre de regarder la stratégie numérique de nos plus grosses mutuelles complémentaires, qui se limite au mieux à des expérimentations big data visant à se forger une opinion générale mais sans politique affirmée, et plus fréquemment à des formations d'élus dans l'objectif d'accroître l'utilisation d'un intranet.

Individualisation du risque et de la couverture sociale

Jusqu'à où doit aller la segmentation des populations assurées ? La personnalisation à outrance de notre couverture sociale, au regard de l'état de santé de l'assuré est tentante pour l'opérateur dans une recherche lucrative.

Affiner notre analyse du risque assurantiel est souhaitable afin d'adapter au mieux les couvertures, mais cela ne peut se faire au détriment du principe de solidarité, notamment intergénérationnelle. À l'évidence, la démarche big data comporte des limites et des risques qui doivent être encadrés et débattus.

Transparence des assurances

L'application Fluo développée par une start-up française permet de comparer point par point un ensemble de contrats d'assurance vis-à-vis des meilleures offres du marché. Couvrant actuellement l'habitation, l'automobile et la santé, elle sera prochainement étendue à la prévoyance.

Le rythme d'évolution de nos organismes sociaux souffre d'un déséquilibre manifeste au regard de la rapidité de déploiement des plateformes d'intermédiation. Le risque est réel qu'ils se transforment en simple « lieu de mémoire » collectif par leur manque d'adaptation aux attentes des personnes qu'ils protègent. A l'abri sous l'ombrelle réglementaire sensée leur apporter protection face aux aléas concurrentiels, et ayant pour seul repère des décennies d'organisations verticalisées (par opposition aux processus horizontaux offerts par la technologie qui implique l'utilisateur dans toute la chaîne de production du service bouleversant le séquençage passé des tâches), ils observent avec curiosité des changements imposés par le numérique leur paraissant éloignés de leur sphère.

La plupart jugeaient jusqu'à récemment le numérique platement technique et donc indigne de leur attention. La réalité est toute différente de cette image dominante, de nombreuses activités réalisées précédemment par les organismes de Protection sociale seront bientôt exécutées par les acteurs numériques, et avec une efficacité accrue.

Nos organismes sociaux doivent basculer d'une logique d'offre de service à une offre de valeur tout en renforçant la « proximité et l'intimité » avec l'assuré afin d'appréhender au mieux son comportement et le service qui lui correspond dans le cadre réglementaire et du respect des valeurs fondatrices de la Protection sociale.

Cette proximité est le fruit d'une analyse fine des données, comme les commentaires écrits des assurés qui constituent une véritable mine d'or de la connaissance.

Alan.eu

Alan est la première société d'assurance indépendante créée en France depuis 30 ans. Elle a pour ambition de faire évoluer l'assurance santé en France en se concentrant sur l'expérience client, le parcours de soins et le déploiement de services digitaux à valeur ajoutée. Pour un tarif unique de 55 €, Alan propose aux start-up et aux PME une complémentaire santé avec souscription directe et 100% en ligne avec un parcours client extrêmement simplifié. La nouvelle économie ne s'appuie pas moins sur l'ancienne, car parmi les investisseurs d'Alan figure CNP Assurances, également réassureur de la nouvelle compagnie. Cette assurance est sans engagement, payable mensuellement, mais les conditions du contrat sont de leur côté garanties pour un an. Alan est hébergé sur les serveurs Amazon en Europe (argus de l'assurance 2016).

Cas des mutuelles. Si la tarification individuelle des assurances santé en fonction de l'état de santé n'est pas autorisée pour les mutuelles, le big data n'en est pas moins source de segmentation et donc d'inégalité. Plus de 10 dispositifs existent aujourd'hui pour accéder à la complémentaire santé, en fonction du statut des assurés : salarié, chômeur, étudiant, fonctionnaire territorial, travailleur indépendant, sénior...

Si aujourd'hui les mutuelles jouent sur le montant des cotisations ou le contenu des offres pour traiter les cas où les cotisations (C) sont supérieures aux prestations (P), il est tentant de limiter son intervention aux seuls risques dont le ratio P/C est inférieur à 1. Le sujet n'est pas nouveau, mais le big data l'amplifie et bouscule le lien de confiance assuré/mutuelle lorsque les algorithmes de traitement de données sont insuffisamment compris, c'est-à-dire les règles d'arbitrage qui s'appliquent à l'assuré.

Les mutuelles sont menacées par leur retard de compétitivité qui se manifeste notamment par le caractère inachevé des fusions de réseaux, affaiblies par leurs structures territoriales oeuvrant principalement dans le service après-vente, et fragilisées par leurs coûts de gestion. Sans réaction rapide et vigoureuse, appuyée sur une régulation adaptée, elles ne seront pas prêtes à affronter la numérisation de leur métier, leur santé économique s'en trouvant profondément dégradée.

Cette fragilité est d'ores et déjà visible face aux deux menaces majeures que sont l'intermédiation et l'érosion structurelle des parts de marché au profit des sociétés d'assurance. L'écrémage du portefeuille de contrats les plus rentables, par les plateformes d'intermédiation à l'instar des services de type Alan (Cf article ci-contre) s'adressant aux start-up et indépendants, menace la capacité de financement des investissements ; c'est un phénomène mortel pour des structures dont les coûts fixes sont élevés et dont la compétitivité dépend pour partie de progrès techniques dans ses processus.

Fréquemment figées dans leurs conservatismes, les mutuelles scandent leur histoire pour le meilleur et pour le pire ; elles innovent certes mais en évitant soigneusement de sortir des habitudes. Ces difficultés soulignent l'obsolescence croissante de leurs organisations industrielles, que les transformations provoquées par le big data vont inévitablement accélérer.

La simultanéité de ces constats appelle la définition d'un nouveau modèle. Deux voies s'ouvrent aux mutuelles. L'une consiste à ne pas tenir compte des évolutions induites par le numérique, notamment de l'impact du big data. Elle conduirait au scénario d'un déclin inéluctable. L'enlèvement ne serait que progressif mais se dessinerait alors à terme des difficultés économiques, qui porteraient en germe des tensions sociales et des défis politiques majeurs, synonymes aussi d'une charge financière plus lourde pour le budget de l'État. L'autre voie est une voie de rupture tenant compte de l'évolution numérique. C'est la seule envisageable : elle vise à ce que les mutuelles, pour l'avenir, dégagent les moyens de leur développement, à armes égales avec leurs concurrents, grâce à la fois à un effort considérable de ré-ingénierie et de productivité pour réduire les coûts de gestion, au développement d'une politique numérique ambitieuse et grâce à un accompagnement de l'État.

L'État facilitateur de la transformation des opérateurs de la Protection sociale.

Le service public a un lourd défi à relever : celui de sa transformation numérique à travers la mise en place d'infrastructures de communication électroniques mais aussi l'implantation d'infrastructures de services et d'usages. En complément, l'État est engagé dans la mise en réseau des bases de données des administrations, posant ainsi les fondamentaux d'une architecture numérique. Il s'agit là d'une politique orientée moyens et ressources visant à faciliter la réutilisation des données, donc de simplifier et de stimuler la capacité d'innovation et de développement de services, prenant plus fortement appui sur les approches utilisateurs. La loi pour une République numérique place l'open data au rang des principaux leviers de transformation des politiques publiques de la donnée, devant contribuer au décloisonnement et à une

meilleure circulation de l'information.

Fixer une échéance à 5 ans pour construire « un service public de la donnée à l'échelle du pays » est un pari ambitieux, réalisable et nécessaire pour aligner la France sur les transformations de la société numérique.

Ces réponses vont dans le bon sens, mais elles ne sont pas à la hauteur des enjeux court-termistes de la Protection sociale.

Le risque d'inégalité sociale, en termes d'accès aux services, de connaissance de ses droits pour les faire valoir, de consentement, d'utilisation des données personnelles, que peut créer le numérique, ne peut être traité par les seuls organismes sociaux, l'État doit renforcer son rôle de soutien actif et de régulation.

Plus précisément, dans son rôle de soutien, son action doit faciliter :

- l'appréhension du numérique pour que tout un chacun puisse tirer profit de son utilisation, en proposant aux citoyens des campagnes de découverte du numérique et de ses impacts ;
- l'enrôlement des acteurs de la Protection sociale dans une dynamique positive qui dépasse le simple partage de données imposé par l'open data, en ouvrant l'expérimentation de la blockchain aux prestations sociales, en nourrissant la réflexion collective pour favoriser l'émergence d'initiatives numériques, en assurant une vigie stratégique à même de renforcer les synergies, ou encore en fournissant des dispositifs d'évaluation de performance des projets numériques. Dans ce rôle, l'État pourrait notamment soutenir financièrement les InfoLabs⁵³ en relais des collectivités qui peinent à pérenniser leurs activités ;
- le développement de la transparence sur les données et leurs utilisations, tout particulièrement les algorithmes permettant d'objectiver les décisions d'attribution de prestations, tel que prévu dans la loi. À l'avenir, sauf exception, tout destinataire d'une décision fondée sur un traitement algorithmique pourra demander à l'administration les règles de traitement. Les administrations devront publier en ligne les règles de leurs principaux traitements algorithmiques fondant des décisions individuelles ;
- la protection de la vie privée sur Internet et tout particulièrement le respect des droits de conservation et de traitements des données des personnes (noms, coordonnées,

courriels, requêtes de recherche, sites consultés...) telle que le prévoit la loi sur la République numérique.

Dans son rôle de régulation, autant une régulation réelle est indispensable pour éviter les ruptures technologiques et/ou l'entrée sauvage d'intermédiaires, autant ses effets peuvent être dévastateurs si elle est exercée d'une manière brutale et déséquilibrée. La régulation du secteur de la Protection sociale doit avoir deux objectifs liés : favoriser la fourniture d'un service universel de qualité en recherchant la meilleure efficacité économique et sociale, et favoriser le développement de la concurrence dans le champ du service universel ouvert à la concurrence.

Parce que l'activité des organismes sociaux se déplace de plus en plus dans la sphère concurrentielle, il est juste et justifié qu'ils soient traités comme leurs concurrents sur tous les plans, grâce à un accompagnement de l'État.

Dès lors, dans un écosystème régulé, avec des règles du jeu normalisées, la Protection sociale, unitaire et multi-métiers, pourra et devra à la fois remplir ses missions et être durablement et significativement rentable pour financer sa modernisation et son développement, au bénéfice de ses assurés.

⁵³ Espace qui accueille des publics, librement et en permanence. Il les accompagne dans l'exploration et la manipulation des données, à travers, des ateliers, des expositions, des débats, des manifestations, des formations aux données (source infolabs.io).

PROPOSITIONS

En pleine transition, et malgré des évolutions notables la Protection sociale est fragile et menacée. Elle présente un visage protéiforme dont certains pans sont de plus en plus exposés à la concurrence.

Il en résulte que les deux modes de management – administratif et entrepreneurial – ont tendance à se superposer. Il convient d'éviter qu'un écrémage des assurances les plus rentables mette en péril le financement du service universel.

Nous considérons la modernisation de la Protection sociale à la fois comme un objectif en soi et comme un complément indispensable aux projets mobilisateurs que les Français attendent de leurs vœux pour relever les défis de la prochaine mandature.



PROPOSITIONS

1. Accroître la modernité sociale et renforcer la cohésion. À titre d'exemple, l'intelligence artificielle peut être le moteur d'une mutualisation de communautés virtuelles respectueuses des valeurs de la Protection sociale et susciter l'engagement civique, pour lutter contre l'idée « je paie donc j'ai droit à ... ».

2. Réguler l'intermédiation sauvage en favorisant l'engagement de tous dans une culture du dialogue et de l'accord.

3. Etoffer la loi sur la République numérique et ses décrets d'application sur plusieurs volets :

- droit des patients vis-à-vis du big data
- valorisation des données du secteur public dans une démarche participative, à l'instar de l'approche utilisée pour l'élaboration de la loi, afin de détailler les points qui le nécessitent.

4. Ouvrir l'expérimentation de la blockchain à la sphère de la Protection sociale, dans le respect des règles prudentielles et concurrentielles applicables.

Les principes en la matière sont simples :

- sélectionner un petit nombre de projets ;
- en volume limité ;
- les placer sous contraintes de moyens et de résultats ;
- les suivre de manière rapprochée et régulière ;
- et, sous ces conditions, les poursuivre avec ténacité, dans la durée.

5. Organiser des campagnes de sensibilisation numérique sur tout le territoire et assurer l'accessibilité du numérique à tous, dans les formes les plus appropriées aux besoins des citoyens. Pour mémoire ce sont 12 à 13% d'illettrés numériques correspondant à 5 millions de Français qui se trouvent en dehors des espaces de communications numériques (source CREDOC).



Lutte contre le Tabagisme

UN QUINQUENNAT POUR RETROUVER UNE AMBITION FRANÇAISE CONTRE LE TABAGISME

LE TABAGISME, UN FLÉAU DE SANTÉ PUBLIQUE ET UNE CHARGE DÉMESURÉE POUR LES COMPTES SOCIAUX

Le tabagisme, une épidémie industrielle. L'épidémie tabagique est industriellement créée, depuis le choix de composants et d'additifs produisant attractivité et dépendance, les évolutions du design modifiant dans le même dessein le mode de fumer, la promotion agressive et inventive par la publicité et le marketing, l'ingérence continue dans les politiques publiques afin de faire perdre à celles-ci la possibilité de contrôler les conséquences de ce processus. Elle est même « le paradigme d'une épidémie industrielle due à la course au profit de quatre compagnies transnationales »⁵⁴ dominant presque exclusivement le marché du tabac.

Cet effort constant des industriels du tabac est couronné de succès : les produits du tabac sont aujourd'hui plus addictifs que la cocaïne ou l'héroïne⁵⁵. Cette dépendance physique se double, du fait de la place ainsi occupée par ce produit addictogène rythmant la vie du fumeur, d'une dépendance comportementale dont il est souvent plus difficile encore de sortir.

La dépendance étant le résultat d'une rencontre entre un produit, un individu et un environnement, les industriels ont également usé d'un marketing pugnace et segmenté afin de séduire toutes les catégories de population et tout particulièrement les jeunes, clefs du renouvellement indispensable d'une clientèle structurellement diminuée par les nombreux décès prématurés causés par la consommation de tabac. Pour n'en citer qu'un exemple parmi mille, les cigarettes dites « légères » ou « à faible teneur en goudrons » n'offrent aucun bénéfice réel pour la santé de leurs consommateurs⁵⁶.

Or, plusieurs procès aux États-Unis ont établi que les industriels du tabac le savaient parfaitement, ayant sciemment développé et promu ces produits prétendument moins nocifs pour éviter l'arrêt de certains consommateurs⁵⁷.

Enfin, l'effet positif, sur la réduction de la consommation de tabac, de politiques publiques déterminées étant bien établi, les industriels du tabac pratiquent une stratégie d'ingérence active destinée à les contrer, les restreindre ou les retarder⁵⁸.

Le tabagisme, une épidémie mondiale touchant particulièrement la France.

Plus d'un milliard d'êtres humains sont fumeurs⁵⁹. Tous les pays sont touchés, même si ce n'est pas dans les mêmes proportions : dans les pays à revenu élevé, 37% des hommes fument contre 49% dans ceux à revenu faible et intermédiaire ; quant aux femmes, 21% sont fumeuses dans les pays à revenu élevé contre 8% dans les pays à revenu faible et intermédiaire⁶⁰. La consommation de cigarettes et d'autres produits du tabac étant même en hausse dans nombre de pays à revenu faible et intermédiaire.

Or, le fumeur actif, et également mais dans une moindre mesure le fumeur passif, inhalent la fumée de tabac qui est un concentré de milliers de substances chimiques, dont une partie sous forme de particules ultrafines arrive par les voies aériennes jusqu'aux alvéoles pulmonaires, franchit la barrière alvéolo-capillaire, passe dans le courant sanguin et affecte presque tous les organes du corps.

En conséquence, loin de se cantonner au cancer du poumon, la liste des affections liées au tabagisme est longue : maladies cardiovasculaires ; maladies du système respiratoire, dont les broncho-pneumopathies chroniques obstructives ; cancers (poumon, cavité buccale, pharynx, œsophage, larynx, trachées, bronches, foie, pancréas, estomac, reins, col de l'utérus, vessie) ; atteintes du système digestif, des organes génitaux, de la cavité buccale ; diminution de l'acuité visuelle... Comme le relevait, en 2014, un rapport gouvernemental américain faisant le bilan de 50 ans d'études sur le tabagisme : « la liste déjà longue des maladies provoquées par le tabac et le tabagisme passif continue sans cesse à s'allonger »⁶¹.

⁵⁴ Institut français de veille sanitaire (InVs), Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH), 28 mai 2013, n° 20/21.

⁵⁵ Campaign for Tobacco Free Kids, Designed for Addiction : How the Tobacco Industry has made Cigarettes more addictive, more attractive to kids and even more deadly, Washington DC, CTFK, 2014.

⁵⁶ National Cancer Institute, Risks associated with smoking cigarettes with low machine-measured yields of tar and nicotine. Smoking and Tobacco Control Monograph n° 13, Bethesda, MD-National Cancer Institute, octobre 2001.

⁵⁷ Judge Kessler Final Opinion, United States versus Philip Morris, Civil Action Number 99-2496 (CK), 2006.

⁵⁸ Emmanuelle Béguinot, Figen Ecker, Yves Martinet, Ingérence de l'industrie du tabac. Etat des lieux et recommandations, Paris, LePublieur.com - CNCT, 2014 ; Robert N. Proctor, Golden Holocaust. La conspiration des industriels du tabac, Paris, Mutualité Française - Equateurs, 2012.

⁵⁹ OMS, Rapport sur l'épidémie mondiale de tabagisme, 2011.

⁶⁰ P. Jha, "Avoidable global cancer deaths an total deaths from smoking", Nature Reviews : Cancer, Septembre 2009.

⁶¹ <http://www.surgeongeneral.gov/library/reports/50-years-of-progress/>

Ces maladies liées au tabac représentent un décès sur 10 chez les adultes dans le monde. Au cours du 20^{ème} siècle, 100 millions de personnes sont décédées à cause de la consommation de tabac, qui est un facteur de risque pour 6 des 8 principales causes de décès dans le monde. Actuellement, le tabac cause chaque année 6 millions de morts, dont 600 000 par tabagisme passif. Si les tendances à l'œuvre en matière de consommation se confirment, on estime que le tabac causera la mort prématurée d'un milliard de personnes au 21^{ème} siècle. Le tabac fait perdre en moyenne entre 10 et 15 ans de vie confortable à chaque personne dépendante de cette substance⁶².

La France connaît l'une des prévalences les plus fortes d'Europe avec 32% de fumeurs en 2014, en hausse de quatre points de pourcentage depuis 2012, contre 26% en moyenne dans l'Union européenne⁶³. L'usage quotidien de tabac à 17 ans est particulièrement élevé dans notre pays : 32,4% en 2014⁶⁴. Dans ce contexte, le nombre annuel de Français décédés prématurément à cause du tabac s'établit à 73 000⁶⁵. Il faut noter que si la mortalité masculine attribuable au tabac a réduit, celle des Françaises a été multipliée par six en trente ans. Il s'agit de la première cause de mortalité évitable dans notre pays⁶⁶.

Un coût social et sanitaire du tabac presque 9 fois plus élevé que les rentrées fiscales qu'il génère. Le coût social mesure le coût monétaire des conséquences de la consommation de tabac. Il peut s'agir de coûts dits externes (perte de la qualité de vie, pertes de productivité économique, valeur des vies humaines perdues) et du coût pour les dépenses publiques (dépenses de prévention et de répression, coût des soins, à mettre en relation avec les économies des retraites non versées et les recettes des taxes prélevées sur le tabac).

Les coûts annuels des seuls soins de santé pour les maladies liées au tabac sont astronomiques : 170 milliards de dollars aux Etats-Unis⁶⁷, 25,9 milliards d'euros en France⁶⁸. La mortalité prématurée et les maladies liées au tabac engendrent aussi des coûts élevés en termes de productivité économique, notamment du fait des congés maladie ou des carrières professionnelles arrêtées à cause des décès prématurés. Pour ces carrières brisées par les décès prématurés, le coût annuel est estimé à 151 milliards de dollars aux Etats-Unis par exemple⁶⁹.

Il existe bien d'autres coûts - dépenses de prévention et de répression... - pour le détail desquels nous renvoyons à l'étude sur le cas français du Professeur Pierre Kopp. Rappelons juste que cette étude, réalisée pour l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT) et financée par la Direction Générale de la Santé (DGS), arrive à une estimation du coût sanitaire et social annuel du tabac pour la société française de 120 milliards d'euros, à comparer aux 14 milliards d'euros de rentrées fiscales (TVA comprise) générées par la vente de tabac⁷⁰.

Le tabac coûte ainsi très cher aux sociétés humaines et sa prévention est un élément clef de la soutenabilité des systèmes de protection sociale.

⁶² OMS, Rapport sur l'épidémie mondiale de tabagisme, 2008 et 2011 ; OMS, Rapport sur les maladies non transmissibles, 2011 ; M. Oberg, M.S. Jaakkola, A. Woodward, A. Peruga, A. Prus-Ustun, "Worldwide burden of disease from exposure to second-hand smoke : a retrospective analysis of data from 192 countries", The Lancet, 8 janvier 2011.

⁶³ Commission européenne, Eurobaromètre n°429, L'attitude des européens à l'égard du tabac et de la cigarette électronique, 2015.

⁶⁴ Office Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT), Enquête ESCAPAD, 2014.

⁶⁵ http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Mortalite_attribuable_au_tabac_en_France.pdf

⁶⁶ Laureen Ribassin-Majed, Catherine Hill, « Trends in tobacco-attributable mortality in France », The European Journal of Public Health, 9 mai 2015.

⁶⁷ <https://www.tobaccofreekids.org/research/factsheets/pdf/0072.pdf>

⁶⁸ Professeur Pierre Kopp, Le coût social des drogues en France, OFDT, Note 2015-04

⁶⁹ <https://www.tobaccofreekids.org/research/factsheets/pdf/0072.pdf>

⁷⁰ Professeur Pierre Kopp, Le coût social des drogues en France, OFDT, Note 2015-04.

LES POLITIQUES PUBLIQUES EXISTANTES DE LUTTE CONTRE LE TABAGISME AU NIVEAU INTERNATIONAL, EUROPÉEN ET FRANÇAIS

La Convention-Cadre de Lutte Anti-Tabac (CCLAT) de l'OMS. La CCLAT est le premier traité international de santé publique, ratifié par 180 pays dont la France. Les Parties se sont engagées ainsi à prendre de nombreuses dispositions pour lutter contre le tabac, notamment : lutte contre l'ingérence de l'industrie du tabac ; interdiction de fumer dans les lieux de travail, les transports publics et certains lieux publics ; interdiction de toute publicité, promotion, parrainage en faveur du tabac ; avertissements sanitaires de grande taille sur les produits du tabac ; politiques fiscales et de prix visant à réduire la demande de tabac ; mise en place de programmes d'aide au sevrage ; éducation et promotion de la santé ; communication et information du public ; lutte contre le commerce illicite de tabac⁷¹.

Cette convention a produit des effets notables : depuis l'entrée en vigueur de la CCLAT, 40 pays ont adopté des législations antitabac strictes et cohérentes ; 75 pays ont adopté des mesures imposant des avertissements sanitaires couvrant au moins 30% du paquet de cigarettes ; 24 pays ont interdit toute forme de publicité, promotion et parrainage du tabac⁷².

Le Protocole de l'OMS pour éliminer le commerce illicite des produits du tabac. La CCLAT a été complétée par un Protocole additionnel, adopté le 12 novembre 2012, destiné à éliminer le commerce illicite des produits du tabac. A ce jour, l'Union européenne et 25 pays, dont la France, ont ratifié le Protocole, alors qu'il n'entrera en vigueur qu'après la 40ème ratification par un État⁷³.

L'enjeu est d'importance, puisque l'OMS estime que 12% des 6 000 milliards de cigarettes commercialisées chaque année dans le monde font l'objet de commerce illicite. Outre les pertes fiscales, ce phénomène met à mal les politiques de lutte contre le tabagisme car ces marchés parallèles proposent des cigarettes à moindre coût, ce qui les rend plus accessibles.

⁷¹ Les textes, en français, de la CCLAT et de ses directives d'application sont disponibles sur : <http://www.who.int/fctc/publications/fr/>

⁷² http://www.who.int/fctc/FCTC_Anniversary_Leaflet_web.pdf?ua=1

⁷³ Le texte, en français, du Protocole additionnel à la CCLAT pour éliminer le commerce illicite de tabac est disponible sur : <http://www.who.int/fctc/publications/fr/>

La pierre angulaire du Protocole est la mise en place d'un système de suivi et de traçabilité totalement indépendant des fabricants de tabac, système dont ils devront supporter le coût. L'indépendance est indispensable, car il ne faut pas oublier que les cigarettiers sont les principaux bénéficiaires de ce commerce illicite du tabac. En effet, l'essentiel des cigarettes du commerce parallèle sont fabriquées dans leurs usines. C'est la raison pour laquelle, il convient de contrôler les flux de tabac, depuis la fabrication jusqu'à la vente⁷⁴.

L'Union européenne a ouvert ce chantier pour une mise en œuvre en 2019 pour les cigarettes et le tabac à rouler, 2024 pour les autres produits du tabac. Il serait souhaitable que notre pays n'attende pas et mette en place un système de suivi et de traçabilité indépendant de l'industrie du tabac, respectant naturellement les objectifs communautaires et l'interopérabilité du système.

Les Directives de l'Union européenne contre le tabac. L'Union européenne a adopté, le 3 avril 2014, une directive sur les produits du tabac visant à rapprocher les législations des États membres sur la fabrication, la présentation et la vente de ces produits. En matière de lutte contre le tabagisme, les progrès sont notables : avertissements sanitaires devant couvrir au minimum 65% des paquets à l'avant et à l'arrière, les États membres étant autorisés à aller plus loin dans le sens de la neutralisation du conditionnement et de l'emballage (paquet neutre) ; interdiction des paquets de moins de 20 cigarettes ; interdiction des arômes dans les cigarettes et le tabac à rouler ; interdiction de certains additifs⁷⁵.

La France l'a transposée en droit français. Quant à la Commission européenne, elle travaille actuellement sur le chantier de l'élaboration de certains des actes délégués nécessaires à l'application de cette directive.

En outre, la directive européenne de 2011 sur la fiscalité du tabac vient de faire l'objet d'une procédure de consultation publique, ce processus devant déboucher sur une révision de cette autre directive. Ce texte est d'une grande importance puisqu'il définit, pour toute l'Union, la structure et les taux minimaux des droits

⁷⁴ Sur le commerce illicite, voir notamment Luk Joossens, David Merriman, Hana Ross, Martin Row, How eliminating the global illicit cigarette trade would increase tax revenues and save lives, Paris, UICTR, 2009 ; <https://www.ictij.org/project/tobacco-underground/worlds-most-widely-smuggled-legal-substance> ; <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxnls6.pdf> ; http://dnfasso.fr/IMG/communique_presse/dpcommerceillicite2.pdf

⁷⁵ <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/PDF/?uri=CELEX:32014L0040&from=FR>

d'accises applicables aux cigarettes et aux autres produits du tabac. Les États membres doivent respecter les taux minimaux fixés dans la directive, mais ils sont libres d'appliquer des taxes plus élevées⁷⁶.

Le Programme National de Réduction du Tabagisme. Depuis la loi Evin de 1991 et le décret Bertrand de 2006 sur l'interdiction de fumer dans certains lieux, après le lancement du premier Plan Cancer en 2003 par Jacques Chirac et les amples hausses de la taxation sur le tabac qui l'avaient suivi, l'ambition des pouvoirs publics semblait avoir disparu dans ce domaine.

Or, le 4 février 2014, le Président de la République, François Hollande, au cours de la présentation du 3^{ème} Plan Cancer 2014-2019, demandait à Marisol Touraine d'établir un Programme National de Réduction du Tabagisme (PNRT)⁷⁷. Dans la suite de la demande présidentielle, la ministre de la Santé présentait les principales mesures de ce PNRT, le 25 septembre 2014⁷⁸. La plupart de ces dispositions, et même au-delà des intentions initiales du Gouvernement, ont été adoptées le 17 décembre 2015 dans la loi de modernisation de notre système de santé : paquet neutre et interdiction de la publicité sur le lieu de vente ; interdiction de fumer dans un véhicule en présence d'un mineur ; interdiction des cigarettes mentholées et des cigarettes aromatisées à l'aide de capsules ; obligation pour le buraliste d'exiger une preuve de majorité de l'acheteur de tabac ; obligations de transparence sur les dépenses de promotion et de lobbying du secteur tabac ; habilitation des agents de police municipale à constater les infractions à la législation sur le contrôle du tabac⁷⁹.

Ces dispositions entreront en vigueur à des dates diverses, parfois lointaines, et nécessitent des décrets d'application, dont certains ont déjà été édictés.

Par ailleurs, mais malheureusement bien tard et de manière très limitée, le Gouvernement s'est soucié de l'augmentation de la fiscalité de certains produits du tabac (tabac à rouler, prix d'appels pour les cigarettes conventionnelles)⁸⁰.

Des politiques publiques ambitieuses existent donc déjà, tant au niveau international ou européen que national, mais elles exigent d'être effectivement appliquées, amplifiées et complétées.

⁷⁶ <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2011:176:0024:0036:FR:PDF>

⁷⁷ <http://www.elysee.fr/declarations/article/presentation-du-plan-cancer-iii/>

⁷⁸ http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/250914_-_Discours_Marisol_Touraine_-_PNRT.pdf

⁷⁹ <https://www.legifrance.gouv.fr/affichLoiPubliee.do?idDocument=JORFDOLE000029589477&type=general&legislature=14>

⁸⁰ <https://www.lesechos.fr/economie-france/social/0211865490917-tabac-nouvelle-hausse-des-taxes-2071136.php>

POUR LE PROCHAIN QUINQUENNAT, RETROUVER UNE AMBITION FRANÇAISE CONTRE LE TABAGISME

Recourir à l'instrument fiscal pour mener une politique déterminée de hausse des prix. L'augmentation des taxes sur les produits du tabac, et ainsi la pression exercée à la hausse sur les prix, est la stratégie la plus efficace pour réduire sensiblement la consommation de tabac et encourager à l'arrêt, y compris en présence de marchés ayant une composante illicite développée. Le rapport mondial sur l'épidémie globale de tabagisme 2015 de l'OMS le rappelle avec force, soulignant qu'il s'agit en outre d'une mesure peu coûteuse à mettre en œuvre et qui génère des revenus additionnels pour l'État.

La réduction de la consommation, produite par la hausse de la taxation et donc corollairement des prix, est en effet parfaitement documentée par une multitude d'études scientifiques. Ces études montrent ainsi qu'une hausse de 10% des prix engendre, en moyenne, une réduction de 4% de la consommation dans les pays développés. Elles établissent également que plus forte est l'augmentation, plus conséquent est le déclin de la consommation ; plus récurrente est-elle, plus efficaces sont ses effets⁸¹. Ce phénomène est parfaitement illustré par l'action volontariste conduite au début du second mandat de Jacques Chirac. En janvier et juillet 2003, puis en janvier 2004, des hausses significatives des taxes sur le tabac avaient alors été mises en œuvre, produisant une augmentation des prix de 40% et réduisant la consommation de tabac de 34%⁸². En outre, ce sont les jeunes et les personnes en situation de précarité, cibles privilégiées de l'industrie du tabac, qui sont les plus sensibles à l'effet prix⁸³.

Autre effet vertueux du recours au levier fiscal, les recettes de l'État augmentent substantiellement, pouvant ainsi permettre de financer des programmes de prévention du tabagisme dont on connaît l'extrême rentabilité, tout en couvrant un peu le déficit abyssal généré par le coût sanitaire et social du tabac⁸⁴.

C'est d'ailleurs la recommandation de la Cour des comptes, dans son rapport public annuel 2016, qui prône « une politique active des prix recourant de manière appropriée à l'instrument fiscal, afin d'avoir un effet réellement dissuasif ».

Or, il est tout à fait possible et souhaitable, en jouant sur les différentes variables de la taxation du tabac (minimum de perception, accise spécifique, accise ad valorem), de faire peser très vite une pression fiscale obligeant les fabricants à orienter leurs prix vers 10 euros le paquet de cigarettes⁸⁵. Dans ce contexte, l'instrument fiscal doit aussi être utilisé pour rapprocher la taxation des différents produits du tabac afin que certains, notamment le tabac à rouler et le cigarillo, ne puissent servir de solution de substitution ou de repli⁸⁶.

Ce sont des mesures simples à adopter, permettant à la fois de réduire la consommation de tabac, d'encourager à l'arrêt, de dégager des financements pour l'indispensable prévention, tout en améliorant les finances publiques et les comptes sociaux.

Renforcer les contrôles et assurer l'effectivité de la législation. La France a une législation très complète en matière de lutte contre le tabagisme, couvrant l'essentiel des préconisations de la Convention-Cadre de Lutte Anti-Tabac de l'OMS⁸⁷.

En outre, on peut parler de véritable inventaire à la Prévert à propos des très nombreux agents habilités en droit à procéder à la recherche et à la constatation des infractions à cette législation, dont la liste a encore été allongée par la loi de modernisation de notre système de santé⁸⁸.

Pourtant, la Cour des comptes comme les associations spécialisées dressent le constat d'un désengagement de ces agents, d'une insuffisance manifeste des contrôles publics et donc des sanctions des violations de la loi. Ces dernières sont malheureusement nombreuses, notamment pour la prohibition de la vente de tabac aux mineurs⁸⁹, l'interdiction de la publicité et propagande directe ou indirecte pour

⁸¹ OMS, Rapport sur l'épidémie mondiale de tabagisme, 2015.

⁸² Cour des comptes, Rapport d'évaluation sur les politiques de lutte contre le tabagisme, décembre 2012.

⁸³ Haut Conseil de la Santé Publique, Augmentation des taxes sur le tabac en vue de réduire la prévalence du tabagisme en France, Avis du 25 janvier 2012.

⁸⁴ Pierre Kopp, « Quel est le coût social du tabac ? », interview, in CRAPSLOG - Le magazine d'information du CRAPS, n°5, mai 2016.

⁸⁵ Gérard Audureau, Paquets à 10 euros, comment obtenir des fabricants de tabac une demande d'homologation de ce type de prix, Etude DNF, 13 mars 2017.

⁸⁶ Gérard Audureau, Taxation et Tabac à rouler, Etude DNF, 23 septembre 2016.

⁸⁷ Voir supra.

⁸⁸ Code de la santé publique, articles L3515-1 et L3515-2.

⁸⁹ Comité National Contre le Tabagisme (CNCT), enquête sous contrôle d'huissier réalisée dans 430 bureaux de tabac, septembre 2011 : 70% n'effectuaient aucun contrôle de l'âge de leurs jeunes clients, 62% vendaient du tabac à des mineurs, 40% vendaient du tabac à des mineurs de moins de 12 ans.

les produits du tabac, ou encore pour l'interdiction de fumer dans certains lieux⁹⁰. De plus, lorsque ces associations portent des affaires au contentieux, en vertu de leur habilitation à ester en justice dans ce domaine, elles constatent l'apathie générale du Ministère public (classements sans suite, absence de réquisitions à l'audience), la faiblesse des sanctions pénales effectivement prononcées lorsqu'elles le sont, le montant purement symbolique des dommages-intérêts, les interprétations parfois baroques du droit en vigueur⁹¹.

Le PNRT évoque bien le renforcement des plans de contrôle locaux du respect de la législation antitabac, institués par la circulaire du 3 août 2011⁹², mais ils n'ont jamais réellement vu le jour. Il est plus que temps de donner corps à ce dispositif. Il est aussi indispensable que les futurs Ministres, exerçant l'autorité de tutelle sur les agents habilités, édictent une circulaire destinée à les mobiliser sur le contrôle des éventuelles infractions à cette législation.

Enfin, le futur Garde des Sceaux, ministre de la Justice, devra élaborer une circulaire de politique pénale à l'attention des Parquets afin de leur rappeler l'importance accordée par le nouveau Gouvernement à la poursuite et à la répression de ces infractions.

Renforcer l'interdiction de fumer et étendre les espaces sans tabac. Plus de 25 ans après l'adoption de la loi Evin, l'interdiction de fumer dans les lieux à usage collectif, les lieux de travail et les lieux de convivialité, n'est toujours pas pleinement respectée. Le Baromètre santé, grande enquête annuelle sur la santé des Français, révèle ainsi des résultats préoccupants : 15% des actifs déclarent avoir été exposés à la fumée de tabac sur leur lieu de travail au moins une fois au cours des 30 derniers jours ; il en va de même de 75% des élèves et étudiants de plus de 15 ans dans leurs écoles ou universités, de 9% des clients dans les restaurants, de 30% dans les cafés, de 40% dans les discothèques⁹³. Or, l'interdiction de fumer, c'est non seulement la protection des non-fumeurs contre le tabagisme passif mais, également, la dénormalisation du tabac dans l'espace public. Il est donc temps d'agir.

⁹⁰ http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2016/15/pdf/2016_15_1.pdf

⁹¹ Cour des comptes, Rapport d'évaluation - Les politiques publiques de lutte contre le tabagisme, décembre 2012.

⁹² <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000024453961>

⁹³ Anne Pasquereau, Romain Guignard, Raphaël Andler, Jean-Baptiste Richard, Pierre Arwidson, François Beck, Viêt Nguyen-Thanh (Santé publique France ; Observatoire français des drogues et toxicomanies-OFDT), « L'exposition à la fumée de tabac dans les lieux à usage collectif et les lieux de convivialité en France en 2014 », BEH, 25 mai 2016

Outre la nécessité susmentionnée de renforcer les contrôles afin de sanctionner ces violations caractérisées de la loi, de nouveaux espaces sans tabac se révèlent nécessaires.

Certains de ces espaces sont aisément identifiables, du fait du contentieux qu'ils génèrent et plus encore de l'illégalité systématique qu'ils représentent.

Un exemple emblématique est celui de la prolifération, dans presque toutes nos villes, de terrasses de restaurants ou de bars closes et couvertes où le tabac règne en maître. Or, la législation est on ne peut plus claire : de telles terrasses ne sont pas des lieux à l'air libre, mais des prolongements de l'établissement où fumer est interdit. La jurisprudence l'a confirmé et au plus haut niveau⁹⁴. Rappelons, en effet, que ne pas fumer dans ces cafés et restaurants est le principe contenu dans la loi, que des espaces affectés à la consommation de tabac répondant à des normes très précises peuvent y être installés. Le tabagisme en terrasse close et couverte n'est qu'un subterfuge destiné à contourner la loi et permettre, désormais, d'accueillir une grande part de la clientèle dans un espace affecté directement au tabagisme. Malgré cela, rien n'arrête ce phénomène et une seule solution est désormais praticable : interdire de fumer dans l'ensemble des établissements dits de convivialité, y compris dans les espaces extérieurs.

Autre exemple : la réintroduction illégale de zones fumeurs dans les établissements scolaires, présentée comme visant à éviter les attroupements d'élèves devant l'entrée de ces établissements dans le contexte sécuritaire tendu que nous connaissons. Après l'annulation par la justice administrative de ces décisions illégales et le ferme rappel à la loi Evin de la ministre de l'Éducation nationale en avril 2016⁹⁵, certains lycées demeurent néanmoins dans l'illégalité. Là encore, la solution conciliant sécurité sanitaire et sécurité physique est simple, et d'ailleurs pratiquée dans certains pays étrangers⁹⁶ : interdire de fumer dans un périmètre autour des établissements scolaires.

De plus en plus d'études scientifiques mettent en lumière les effets du tabagisme passif y compris dans les lieux extérieurs⁹⁷, l'une d'entre elles a même suggéré que

⁹⁴ Cour de cassation, 13 juin 2013 ; Cour d'appel de Versailles, 11 juin 2015.

⁹⁵ <http://dnf.asso.fr/-Communiqués-de-Pressé.html?communiqué=114>

⁹⁶ Smoking and Health Action Foundation, Provincial and Territorial Smoke-Free Legislation Summary, mars 2013.

⁹⁷ Globalsmokefree partnership, The Trend Toward Smokefree Outdoor Areas, décembre 2009.

tous les enfants parisiens sont fumeurs passifs⁹⁸. En outre, les associations spécialisées sont très sollicitées par des personnes victimes du tabagisme passif dans leurs lieux d'habitation et ne peuvent, dans l'état actuel du droit, que les renvoyer à l'utilisation de la notion de trouble anormal du voisinage. Dans ce contexte nouveau, les pouvoirs publics doivent s'engager à ouvrir le débat sur de nouveaux espaces sans tabac à définir et instituer. Ils suivront ainsi l'exemple donné par ces Maires qui ont soutenu l'initiative de la Ligue nationale contre le cancer, en se ralliant au dispositif « Plages sans Tabac »⁹⁹.

Prévenir le tabagisme et protéger nos enfants. Si l'on veut réussir à créer les conditions de la naissance de la première génération française sans tabac en 2035, objectif majeur du PNRT, l'investissement massif dans la prévention et des mesures audacieuses de protection de nos enfants s'imposent.

La prévention du tabagisme a longtemps été notoirement sous-financée en France : 0,08 euro par habitant et par an, alors que les expériences étrangères réussies oscillent entre 5 et 30 dollars¹⁰⁰. Il s'agit pourtant d'un investissement extrêmement rentable, comme l'a montré l'expérience californienne : depuis 1988, cet État américain a investi annuellement en moyenne 120 millions de dollars en faveur de la prévention du tabac, investissement qui lui a « rapporté » 6 400 millions de dollars d'économies par an¹⁰¹. La création d'un Fonds de prévention du tabagisme annoncé en mai 2016, hébergé à la CNAM, initialement doté de 32 millions d'euros mais qui devrait être plus largement abondé par une contribution exceptionnelle sur les fournisseurs de tabac instituée par le PLFSS 2017, est un pas important dans cette direction. Les futures autorités gouvernementales auront la responsabilité de maintenir l'ambition et le financement de ce Fonds, afin que la prévention du tabagisme dans toutes ses dimensions puisse se déployer et s'amplifier dans notre pays.

Quant à la protection de nos enfants, elle doit commencer in utero. Les risques du tabagisme sur l'embryon et le fœtus sont en relation directe avec l'inhalation par la mère des substances toxiques contenues dans la fumée de cigarette, soit

parce qu'elle est fumeuse, soit parce qu'elle est soumise au tabagisme passif. Ils sont nombreux : accouchements prématurés, retards de croissance, risque de fausse couche spontanée multiplié par deux lorsque la mère fume, mutations chromosomiques possibles, poids de naissance inférieur à la moyenne. Les risques post-grossesse sont également importants : cas de syndrome du sevrage nicotinique lorsque la mère est très dépendante, risque supérieur de perturbation du fonctionnement de l'appareil respiratoire, possibilité de mort subite du nourrisson multiplié par un facteur 2 à 3 et ce indépendamment du poids de naissance, troubles du comportement accrus¹⁰². Or, notre pays a malheureusement le record européen en matière de prévalence tabagique chez les femmes enceintes : 20% continuent à fumer durant toute la durée de leur grossesse¹⁰³. Les pouvoirs publics, qui seront issus des prochaines élections présidentielle et législatives, doivent ériger cette question comme une priorité de santé publique. De nombreuses propositions peuvent être formulées : insertion d'un enseignement de tabacologie dans les cursus initiaux et de formation continue des professionnels de santé ; conseil minimal par tous les professionnels de santé consultés pendant la grossesse sur le tabagisme et les méthodes d'arrêt ; mise en place systématique de consultations dédiées au traitement du tabagisme dans toutes les maternités ; prise en charge globale du tabagisme des femmes enceintes, tant comportementale que médicamenteuse ; accompagnement également du partenaire, au minimum pour qu'il puisse aider sa compagne à l'arrêt, connaître les effets du tabagisme passif sur la grossesse et le bébé, interroger son propre comportement tabagique s'il est fumeur¹⁰⁴.

La protection de nos enfants passe aussi par la multiplication des espaces dans lesquels ils ne sont pas soumis au tabagisme. Le premier lieu est évidemment le domicile familial. Depuis les années 1970, de nombreuses études ont montré combien la tabagie des parents était problématique pour leurs enfants : 72% de bronchites et rhino-pharyngites en plus pour les enfants dont les parents fument, risque de devenir fumeur multiplié par deux lorsque les parents sont eux-mêmes fumeurs¹⁰⁵. Outre les

¹⁰² Voir notamment Michel Delcroix, *La grossesse et le tabac*, Paris, PUF, 2011 ; SCPE, EUROCAT, EURONEOSTAT, *Rapport européen santé périnatale*, Projet EURO-PERISTAT, 2008 ; V. Godding, « Tabagisme maternel durant la grossesse : quels effets sur le fœtus ? », *La lettre du gynécologue*, n°295, 2004 ; G. Lagrue, J. Bouchez, D. Touzeau, « Hyperactivité avec déficit de l'attention et dépendance tabagique chez l'adolescent et l'adulte jeune », *Le courrier des addictions*, n°3, 2006.

¹⁰³ INPES, *Baromètre Santé*, 2014.

¹⁰⁴ DNF, *Grossesse et tabac*, Etude DNF, 2011.

¹⁰⁵ Association of environmental tobacco smoke, "exposure in childhood with early emphysema in adulthood among non-smokers: the MESA-lung study", *American Journal of Epidemiology*, n°171, 2010 ; Royal College of Physicians, *Passive smoking and children*, Report of the Tobacco Advisory Group, 2010.

⁹⁸ <http://www.lejdd.fr/Societe/Sante/Impact-de-la-pollution-et-tabac-sur-les-enfants-les-enseignements-de-l-etude-scientifique-lancee-par-le-JDD-699836>

⁹⁹ https://www.ligue-cancer.net/article/9451_desintoxiquer-les-espaces-publics-espace-sans-tabac-

¹⁰⁰ Cour des comptes, *Rapport d'évaluation - Les politiques publiques de lutte contre le tabagisme*, décembre 2012.

¹⁰¹ J. Lightwood, S. Glantz, « The Effects of the California Tobacco Control Program on Smoking Prevalence, Cigarette Consumption and Healthcare Costs, 1988-2008 », *PLoS ONE*, 2013.

mesures générales visant à réduire la prévalence tabagique, des campagnes d'information et de communication massives doivent être spécifiquement conduites sur ce thème. Il est aussi indispensable de faire respecter l'interdiction de fumer à l'école, ainsi que celle établie par la dernière loi de santé pour les aires de jeux pour enfants et dans les véhicules en présence d'un mineur¹⁰⁶.

Enfin, l'école doit devenir le lieu privilégié de la prévention du tabagisme chez l'enfant et l'adolescent. Pour cela, les personnels de l'Éducation nationale - tout particulièrement la médecine scolaire, les enseignants du primaire et les enseignants de Sciences de la Vie et de la Terre (SVT) au secondaire - doivent bénéficier d'une formation initiale et continue sur la problématique tabac. Les actions de prévention du tabagisme doivent être conduites dès le plus jeune âge et jusqu'à la fin du parcours scolaire, elles doivent être adaptées à chaque âge (rôle central de l'enseignant en primaire, place importante accordée à l'éducation par les pairs chez les adolescents) et utiliser les outils les plus divers pour impliquer les élèves (livres, BD, films, outils numériques)¹⁰⁷.

Aider les fumeurs à l'arrêt du tabac. L'aide à l'arrêt étant axée sur l'individu, elle présente un coût-efficacité moindre que d'autres mesures de lutte contre le tabagisme plus globales comme, par exemple, le recours à la taxation et à la politique des prix. Néanmoins, si la majorité des fumeurs arrêtent le tabac sans se faire aider, il est établi qu'une aide augmente considérablement les taux de sevrage tabagique. Entre 90 et 95% des fumeurs quotidiens qui essaient d'arrêter de fumer sans aucune aide récidivent. Il existe deux grands types d'intervention pour aider à l'arrêt : le conseil (donné par un médecin, un professionnel de santé, un tabacologue, un service spécialisé par téléphone ou par e-coaching...), la mise à disposition d'une pharmacothérapie peu coûteuse¹⁰⁸.

Si des progrès réels ont été faits en France dans ce domaine, ces dernières années, les recommandations de bonne pratique de la Haute Autorité de Santé (HAS) ne sont pas encore pleinement adoptées et mises en œuvre : absence de recommandation de l'utilisation de la cigarette électronique, mais qui n'est pas pour autant déconseillée ; couverture complète de la prise en charge de l'arrêt du tabac pour tous les fumeurs et pour toutes les « thérapeutiques non médicamenteuses et médicamenteuses

¹⁰⁶ Voir supra.

¹⁰⁷ Pour un exemple d'action de prévention menée en milieu scolaire pour des enfants de 6-10 ans par DNF, consulter http://dnfasso.fr/-Actions-de-prevention-.html?var_recherche=Tababerk

¹⁰⁸ OMS, mpower un programme de politiques pour inverser le cours de l'épidémie.

recommandées », ainsi que pour les traitements « qui font l'objet d'une prescription par un professionnel de santé dans le cadre d'un suivi »¹⁰⁹ ; rôle du pharmacien d'officine dans la mise en place d'un protocole de coopération ; formation de tous les professionnels de santé au dépistage et à l'arrêt du tabagisme¹¹⁰.

Un vaste programme s'ouvre ainsi aux futurs pouvoirs publics pour faciliter les interventions d'aide à l'arrêt et leur prise en charge.

Libérer les buralistes de leur dépendance à l'industrie du tabac. La rémunération de base des buralistes est une remise brute allouée par les fournisseurs de tabac (Logista, filiale d'Imperial Tobacco, dans l'essentiel des cas), sous la forme d'un pourcentage du prix de vente au détail TTC. Il faut relever que cette remise brute contient non seulement la rémunération directe du buraliste par le fournisseur de tabac, mais également son droit de licence et sa cotisation retraite qui sont directement payés par le fournisseur de tabac, et non par le buraliste.

À cela s'ajoute l'abondement par l'État du montant de la cotisation retraite des buralistes, plus l'existence d'aides multiples de la part de l'État que la Cour des comptes avait qualifiées en 2012 d'« aides injustifiées », « très peu ciblées », « maintenues en dépit d'un contexte favorable à la majorité des débitants », le réseau étant « fragilisé seulement dans quelques zones géographiquement circonscrites », aides apportant « des concours économiques à la profession, bénéficiant davantage aux débitants aisés »¹¹¹. Le constat est malheureusement toujours valable, comme l'a vivement déploré la Cour dans son dernier rapport annuel¹¹².

En outre, le système est organisé de manière à mettre les buralistes dans la main de l'industrie du tabac, puisque c'est bien elle, via Logista, qui assure le paiement de l'essentiel de leur rémunération, y compris indirecte ou différée avec le paiement du droit de licence ou de la cotisation retraite.

¹⁰⁹ Il faut noter qu'une étude de l'Unité de Recherche Clinique en économie de la santé d'Ile-de-France évalue très positivement le gain économique d'une prise en charge à 100% du sevrage tabagique, voir Benjamin Cadier, Isabelle Durand-Zaleski, Daniel Thomas, Karine Chevreul, « Evaluation coût-efficacité de la prise en charge tabagique par l'Assurance maladie », BEH, n°20-21, 2013.

¹¹⁰ HAS, Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage au maintien de l'abstinence en premier recours, 21 janvier 2014.

¹¹¹ Cour des comptes, Rapport d'évaluation - Les politiques publiques de lutte contre le tabagisme, décembre 2012.

¹¹² Cour des comptes, Rapport public annuel, 2017.

De plus, le système de rémunération actuel incite les buralistes à vendre toujours plus de tabac, leur rémunération principale étant un pourcentage de leur chiffre d'affaires tabac¹¹³.

Sans aller aussi loin que la Cour des comptes qui propose la suppression du statut des buralistes¹¹⁴, une réforme d'ensemble de leur rémunération s'impose. En modifiant le circuit de rémunération, le fournisseur facturant désormais à l'administration qui facture au débitant, ce dernier pourra enfin pleinement être le préposé de l'administration qu'il se targue d'être. En instaurant une dégressivité des taux de remise par rapport au chiffre d'affaires et une plus forte amplitude de ces taux, le débitant de tabac ne sera plus incité à vendre toujours plus de tabac. En outre, cela permettra d'aider les buralistes les plus modestes, tout en rabotant la rémunération des buralistes aux revenus les plus prospères. Enfin, cette réforme d'ensemble permettra d'économiser plusieurs dizaines de millions d'euros qui pourraient utilement servir à amplifier le financement du Fonds de prévention¹¹⁵.

Les élections présidentielle et législatives sont, pour le CRAPS comme pour DNF, une nouvelle occasion de faire connaître nos analyses et propositions pour la santé publique et le modèle français de Protection sociale.

Malheureusement, ces thématiques essentielles ne sont pas suffisamment mises en lumière et débattues dans l'espace public au cours de cette séquence électorale de 2017. C'est tout l'honneur et la vocation du CRAPS d'agir sans cesse pour imposer ces débats nécessaires.

Le tabagisme, fléau de santé publique et cause d'une part importante du déficit de notre Assurance maladie, devrait être au cœur des propositions des candidats. Force est de constater que ce n'est pas le cas, même si certains ont fait des déclarations plutôt positives mais manquant encore de corps.

Espérons qu'ils trouveront à travers cette analyse du CRAPS de quoi susciter et nourrir une ambition politique forte et déterminée contre le tabagisme.

En effet, pour paraphraser un célèbre révolutionnaire devenu icône marketing, la lutte antitabac c'est comme une bicyclette : quand elle n'avance pas, elle tombe.

¹¹³ Sur la rémunération des buralistes, voir Gérard Audureau, Rémunération des buralistes, Présentation au groupe Indicateurs Tabac de l'OFDT, 27 février 2017.

¹¹⁴ Cour des comptes, Rapport public annuel, 2017.

¹¹⁵ Gérard Audureau, Rémunération des buralistes, Analyse et Proposition modificative, Etude DNF, juin 2016.

PROPOSITIONS

1. Recourir à l'instrument fiscal pour mener une politique déterminée de hausse des prix.
2. Renforcer les contrôles et assurer l'effectivité de la législation.
3. Renforcer l'interdiction de fumer et étendre les espaces sans tabac.
4. Prévenir le tabagisme et protéger nos enfants.
5. Aider les fumeurs à l'arrêt du tabac.
6. Libérer les buralistes de leur dépendance à l'industrie du tabac.

Addiction à l'Alcool

QUELLE POLITIQUE MENER ?

En 2015, les débats autour de la loi de modernisation de notre système de santé, au Parlement comme dans les médias, ont illustré la difficulté de définir en France une politique de réduction des risques liés à la consommation d'alcool, deuxième facteur de mortalité évitable après le tabac. Depuis l'adoption de la loi Evin en 1991 – une loi prise en modèle dans de nombreux pays – des initiatives parlementaires, sous la pression de la filière vitivinicole, ont conduit à son affaiblissement progressif, d'abord en supprimant l'interdiction relative à l'affichage publicitaire, puis en autorisant la publicité sur Internet, et enfin, en la dénaturant totalement au nom de la défense des terroirs dans le cadre de la loi de modernisation de notre système de santé votée en 2015.

Pourtant, les risques et les dommages sanitaires et sociaux liés à la consommation d'alcool sont de mieux en mieux connus. Face à ces risques, l'objectif des acteurs de santé n'est ni l'abstinence ni la mise en place d'une politique prohibitionniste qui a déjà fait la preuve de son inefficacité. La consommation d'alcool trouve sa source dans la recherche de plaisir qu'il ne s'agit pas de nier et que rien ne sert d'interdire, mais les consommateurs ont le droit de connaître les risques associés à la consommation d'alcool. Le CRAPS et l'Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie (ANPAA) appellent dès lors le prochain gouvernement à apporter une réponse cohérente et résolue via l'adoption d'un plan national de réduction des dommages.

CHAPITRE I : QUE PRÉVOIT LA LOI EVIN ?

À la différence de la publicité pour les produits du tabac qui a été interdite, la publicité pour les boissons a été autorisée mais encadrée avec l'objectif d'empêcher l'incitation à boire de l'alcool, notamment pour protéger les jeunes, plus vulnérables à l'influence du marketing. Dans cet esprit, le texte de 1991 interdit les supports publicitaires qui s'imposent à tous (télévision, cinéma, affichage) ainsi que les opérations de parrainage. La loi encadre également les supports et contenus autorisés (tout ce qui n'est pas autorisé est interdit), l'objectif étant de permettre une information objective sur le produit (nature, composition, élaboration, dénomination, terroir de production...) sans pour autant inciter à la consommation.

Cependant, depuis 1991, la loi a été dénaturée par un grignotage progressif. En 1994, la publicité par affichage est de nouveau autorisée partout en France, alors qu'elle n'avait été autorisée que dans les zones de productions viticoles. L'autorisation par la loi HPST en 2009 de la publicité sur Internet – média où la publicité s'impose à tous et utilisé massivement par les jeunes – illustre bien le glissement entre l'objectif initial et le texte amendé que les lobbys dénoncent aujourd'hui comme inefficace.

Dernière victoire en date du lobby de l'alcool, l'introduction, dans la loi de modernisation de notre système de santé – contre l'avis du ministère de la Santé – d'un amendement excluant des règles encadrant la publicité les « contenus, images, représentations, descriptions, commentaires ou références » relatifs notamment « à une région de production », « à une indication géographique », « à un terroir », « au patrimoine culturel, gastronomique ou paysager lié à une boisson alcoolique disposant d'une identification de la qualité ou de l'origine ». La plupart des boissons alcooliques pouvant exciper d'une origine géographique, on peut dès lors s'attendre au retour de toutes formes de communications promotionnelles, y compris à la télévision et au cinéma.

Pour justifier cet amendement, le principal argument avancé par la filière était l'insécurité juridique, à l'origine d'une prétendue autocensure de la part des annonceurs et des médias pour promouvoir l'œnotourisme. L'évolution des dépenses de publicité témoignait pourtant de la bonne santé du marketing alcool. Les dépenses de publicité pour la filière alcool n'ont pas cessé de progresser, passant de 237 millions d'euros en 2003 à 459 millions en 2011.

CHAPITRE II : QUELS SONT LES RISQUES DE LA CONSOMMATION D'ALCOOL ?

Les risques associés à la consommation d'alcool sont aujourd'hui incontestables, démontrés par de nombreuses études scientifiques et entérinés par les autorités sanitaires internationales. Ces connaissances, qui ont évolué grâce aux progrès de la recherche, remettent en cause un certain nombre de croyances préétablies :

1. La consommation d'alcool ne procure aucun bénéfice pour la santé. Les assertions contraires (allégations sur un bénéfice cardiovasculaire, réduction du risque de maladie d'Alzheimer, etc...) ont toutes été démenties ;
2. Les dommages sont proportionnels à la quantité consommée ;
3. Le risque de cancer pour plusieurs organes est significativement augmenté par les consommations régulières, même pour de faibles quantités ;
4. La consommation d'alcool aggrave ou provoque des violences, notamment les agressions sexuelles et les accidents sur la route.

L'avertissement sanitaire actuel, imposé en 1991 par la loi Evin, « L'abus d'alcool est dangereux pour la santé », est dès lors obsolète dans la mesure où le risque existe même pour des quantités faibles.

CHAPITRE III : CONSOMMATIONS NOCIVES D'ALCOOL, QUEL IMPACT SUR LA SANTÉ ET LES FINANCES PUBLIQUES ?

La consommation d'alcool en France est parmi les plus élevées des pays de l'OCDE (3^{ème} derrière l'Autriche et l'Estonie en 2012) avec une moyenne de 11,8 litres d'alcool pur par habitant contre 8,8 litres en moyenne¹¹⁶. L'alcool est ainsi à l'origine de 49 000 décès prématurés par an en France, constituant la deuxième cause de mortalité évitable, ainsi que la première cause d'hospitalisation en France (580 000 patients pour un coût estimé à 2,6 milliards d'euros)¹¹⁷.

Parmi les 8,4 millions de consommateurs réguliers en France, 31% relèvent de la catégorie des buveurs à risque ponctuel et 8% des buveurs à risque chronique. Si la consommation moyenne d'alcool baisse depuis 50 ans, on observe une augmentation préoccupante des ivresses alcooliques chez les jeunes (au moins 3 par an pour 30% des 18-25 ans). Plus de la moitié des jeunes de 16 ans qui avaient consommé de l'alcool au cours du dernier mois estimaient, en 2015, qu'ils n'avaient pas de difficulté à se procurer du vin ou des alcools forts ; ce niveau atteint 80% quand il s'agit de bière.

Alors que l'on entend souvent que les drogues licites rapportent plus qu'elles ne coûtent, l'analyse des chiffres montre que c'est faux. Chaque année, l'alcool rapporte 3,2 milliards d'euros de taxes à l'État. Mais, dans le même temps, celui-ci doit déboursier plus de 7,7 milliards d'euros pour couvrir le coût des soins engendrés par des maladies liées à l'alcool. La taxation sur les alcools ne représente ainsi que 37% du coût des soins. Allant plus loin, l'économiste Pierre Kopp a estimé à près de 120 milliards d'euros le coût social de l'alcool (comme pour le tabac), répartis entre la prise en charge des soins, le coût de la prévention et de la répression, la perte de production pour les entreprises et les administrations (arrêts maladies, accidents du travail) ou encore la valeur des vies humaines perdues¹¹⁸.

¹¹⁶ Tackling Harmful Alcohol Use, OCDE, 12 mai 2015.

¹¹⁷ Paille (François), Reynaud (Michel), L'alcool, une des toutes premières causes d'hospitalisation en France, InVS, Bulletin Epidémiologique hebdomadaire (BEH) 25-26, 7 juillet 2015.

¹¹⁸ Kopp (Pierre), Le coût social des drogues, OFDT, Tendances, septembre 2015.

CHAPITRE IV : QUELS SONT LES PRINCIPAUX LEVIERS D'ACTION RECOMMANDÉS PAR LES AUTORITÉS DE SANTÉ ?

Que l'on prenne le sujet sous l'angle de la santé, de l'économie ou de l'évaluation des politiques publiques, les analyses convergent sur les mesures à mettre en œuvre pour réduire les dommages liés à la consommation nocive d'alcool. L'OMS¹¹⁹, l'OCDE¹²⁰ ou plus récemment la Cour des comptes¹²¹ en France formulent les mêmes préconisations :

- Encadrer la publicité et le marketing pour l'alcool afin de limiter l'exposition des jeunes. L'exposition précoce à de la publicité pour l'alcool est associée à une image socialement positive de l'usage d'alcool et, ultérieurement, à un usage plus important et un risque plus important de dépendance et de complications.

- Agir sur le prix en augmentant les taxes afin de réduire les consommations nocives. Comparée aux autres pays de l'OCDE, la France a des niveaux de taxes sur l'alcool plus faibles, en particulier pour le vin¹²² qui jouit d'un privilège fiscal. La taxation sélective de boissons alcooliques destinées aux jeunes (prémix) en 2004 a considérablement réduit le marché de ces produits.

- Jouer sur l'accessibilité des produits. La facilité à se procurer de l'alcool influence les achats et la consommation. Limiter l'accessibilité peut passer par l'interdiction de la vente aux mineurs dans les cafés, bars et restaurants et dans les points de vente au détail, par la réduction du nombre de points de vente, par l'encadrement des heures d'ouverture ou encore par l'interdiction de certains emplacements (périmètre autour des écoles par exemple).

- Développer une politique de prévention indépendante de l'influence des producteurs. Comme le souligne l'OMS, « la participation de l'industrie des boissons à l'éducation des jeunes et aux activités destinées à la jeunesse pose un problème, étant donné que leur soutien, direct ou indirect, pourrait être considéré comme une tentative d'obtenir de la crédibilité auprès des jeunes ».

- Favoriser une recherche indépendante visant à garantir une production scientifique non biaisée. Des organismes scientifiques, reconnus internationalement, existent déjà et pourraient voir leurs moyens renforcés : Santé Publique France, l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT), l'Institut National du Cancer (INCa), l'INSERM (Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale), la HAS.

Des exemples pris à l'étranger montrent que l'action sur ces différents leviers est efficace. L'Australie a ainsi retrouvé en 2012 le niveau de consommation de 1992 après avoir atteint un pic 2006. C'est le premier pays membre de l'OCDE à expérimenter en 2011 le prix minimum, tout en réglementant strictement la publicité des boissons alcoolisées. En Écosse, l'interdiction des rabais depuis 2010 a permis une réduction de la consommation de l'ordre de 2,6 %.

¹¹⁹ Stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool, Organisation mondiale de la Santé, 2010.

¹²⁰ Lutter contre la consommation nocive d'alcool - Politiques économiques et de santé publique, Note de synthèse, OCDE, mai 2015.

¹²¹ Les politiques de lutte contre les consommations nocives d'alcool, Cour des comptes, juin 2016.

¹²² Panorama de la santé, OCDE, novembre 2016.

PROPOSITIONS

À l'aube d'une nouvelle législature, le CRAPS et l'ANPAA attendent la mise en œuvre d'une politique globale et cohérente en matière de conduites addictives, qu'il s'agisse de l'alcool, du tabac, des drogues illicites, des médicaments psychotropes et des addictions sans produit.

Afin de peser dans le débat, le CRAPS et l'ANPAA ont développé 5 propositions, basées sur des constats simples et des données objectives, invitant à la mise en œuvre d'une politique au bénéfice tant de la santé publique que de la sécurité publique et de la réduction des coûts pour l'ensemble de la collectivité :

PROPOSITIONS

1. Adopter un programme ambitieux en matière de conduites addictives, axé sur la réduction des risques et des dommages, conduit sous l'égide du ministère de la Santé.
2. Organiser un débat public sur le statut et l'usage du cannabis fondé sur une appréhension objective des données.
3. Réduire la consommation d'alcool chez les jeunes en instaurant un prix minimum de l'alcool.
4. Assurer l'information des consommateurs sur les boissons alcoolisées (composition et apport calorique, teneur en sulfites et en résidus de pesticides, pictogramme femmes enceintes plus visible).
5. Renforcer la prévention et l'éducation à la santé à tous les âges, dans tous les contextes et sur tous les territoires, et lutter ainsi contre les inégalités d'accès à la prévention.

Préserver ce qu'il reste de la loi Evin et de la renforcer en :

6. Interdisant l'affichage pour les boissons alcooliques autour des établissements d'enseignement.
7. Faisant évoluer le message sanitaire pour le rendre cohérent avec les dernières données scientifiques, à savoir « l'alcool est dangereux pour la santé ».
8. Intégrant les plateformes de vidéos à la demande et de partage de vidéos dans le périmètre des médias soumis aux règles relatives à la publicité pour des boissons alcooliques.

Ces mesures, sans coûts pour les finances publiques, témoigneraient d'une réelle volonté politique d'apporter enfin des réponses à un scandale sanitaire à l'origine de 130 morts par jour.

DIALOGUE SOCIAL

Dialogue Social

UNE QUESTION DE MÉTHODE

LE DIALOGUE SOCIAL : UN PROJET DE SOCIÉTÉ

Pour porter un jugement fondé sur l'état du dialogue social, en France, et sur son évolution, il est d'abord indispensable de resituer le syndicalisme français dans son contexte international et dans son histoire afin de bien en mesurer la spécificité. Il est ensuite nécessaire de s'interroger, selon les rédacteurs, sur les deux composantes du dialogue social dans notre pays : la négociation collective et la participation des partenaires sociaux à la gestion des grands systèmes de Protection sociale.

LES EXEMPLES ÉTRANGERS ET LE POIDS DE L'HISTOIRE POUR MIEUX COMPRENDRE LES SPÉCIFICITÉS FRANÇAISES

Ce sont les caractéristiques économiques, culturelles, historiques, politiques de chaque pays qui, au fil du temps, dessinent les différentes formes de syndicalisme et, les différentes formes de la négociation collective.

On peut, pour simplifier, distinguer trois grands types de situation :

- Un syndicalisme « de service » en symbiose avec la société et parfois avec les forces politiques.

Les exemples les plus complets de ce « syndicalisme de service », au sens de fourniture directe de services aux adhérents (gestion et paiement des allocations de chômage, formation des demandeurs d'emploi, gestion des dossiers de retraite) se trouvent dans les pays du nord de l'Europe (les pays dits du système de Gand (Danemark, Finlande, Suède)), mais aussi l'Italie.

Dans ces pays, les syndicats se sont historiquement développés en symbiose avec une large partie de la société ; ils ont souvent contribué à la création des grands partis socio-démocrates (sur un pied d'égalité avec eux et non de subordination) et ont noué des liens forts avec les mutuelles et les coopératives.

Ces syndicats pratiquent un syndicalisme de service, ils gèrent, le plus souvent, l'Assurance chômage (qui n'est pas obligatoire), les mutuelles et surtout, les avantages obtenus, grâce à la négociation qu'ils ont menée, sont réservés à leurs adhérents ; de même pour les prestations sociales qu'ils gèrent. Cette situation explique les taux élevés de syndicalisation.

- Un syndicalisme en milieu hostile : un syndicalisme de gestion de la force de travail.

L'exemple le plus typique est celui des USA. Les syndicats dans ce pays se sont développés, dans un milieu incroyablement hostile. On recense, jusqu'à la Première Guerre mondiale, des milliers de morts, après l'intervention de la troupe contre des grévistes, sur la base d'injonctions des tribunaux, pour conspiration contre la liberté du travail. Les USA n'ont pas signé les grandes conventions de l'OIT sur la liberté syndicale de 1948 et sur la négociation collective de 1949.

Dans ce contexte, la négociation sociale n'a de sens qu'au niveau de l'entreprise,

mais lorsque le syndicat parvient (avec difficulté) à s'implanter, sa fonction de négociation (syndicalisme de gestion de la force de travail) est clairement reconnue soit sous la forme (de plus en plus rare) de « closed shop policy » (l'employeur ne peut recruter que des syndiqués) soit sous la forme de quelques dollars versés par tous les salariés (syndiqués ou non) pour rémunérer la fonction « négociatrice » du syndicat. Dans tous les cas, les avantages obtenus sont réservés aux seuls syndiqués.

- Le cas français : un syndicalisme faible dont tout le monde profite et son meilleur allié, l'État.

A. L'Histoire

C'est l'histoire qui explique la situation française. Il faut tout d'abord intégrer la transformation en 1789 du monde rural en monde industriel qui donnera la naissance au libéralisme.

Il y a dans notre pays toujours eu une sorte de méfiance ancienne pour « les corps intermédiaires », méfiance qui se manifeste dès 1791 avec la loi Le Chapelier qui interdit les associations professionnelles : aucun corps ne pouvant être toléré entre le citoyen (au sens de Rousseau) et la représentation nationale.

Dès 1895, naissance de la CGT, le thème de l'indépendance du syndicat par rapport aux partis politiques devient central.

La charte d'Amiens (adoptée au congrès d'Amiens qui a eu lieu du 8 au 14 octobre 1906) indique clairement : « La CGT groupe, en dehors de toute école politique, tous les travailleurs conscients de la lutte à mener pour la disparition du salariat et du patronat ». Texte adopté par 830 voix, contre 9 et 1 blanc.

Le syndicalisme est à la fois, indépendant des partis politiques, mais se veut, en lui-même, outil de transformation de la société.

La différence est très grande avec les syndicats d'Europe du Nord qui ont souvent été, eux-mêmes, à l'origine de la création des grands partis, travaillistes ou sociaux-démocrates, considérant qu'il devait exister un « partage des tâches » entre le syndicat qui défend les intérêts de ses membres et le parti politique qui fait évoluer la société.

Deux (les IX et X) des 21 conditions d'adhésion à « l'international communiste » adoptées au congrès d'Orléans en 1920, mettent le syndicat sous l'autorité du parti. En 1921, ce thème de l'indépendance syndicale provoquant la première scission au sein de la CGT entraîne la création de la CGTU par les communistes. Cette scission se renouvellera pour les mêmes raisons, en 1947, avec la création de la CGT-FO.

C'est d'ailleurs le poids du communisme, en France, qui expliquera, à la fois, le maintien en 1948 d'une FEN (Fédération de l'Education Nationale) autonome et son éclatement en 1992 donnant naissance à l'UNSA et à la FSU.

En 1919, en même temps que sont adoptés en France les premiers textes sur la négociation collective, apparaît le premier syndicat chrétien, CFTC (Confédération Française des Travailleurs Chrétiens) dont l'inspiration se trouve notamment dans l'encyclique papale « Rerum Novarum » et qui met l'accent sur le respect de la personne humaine et la recherche de l'intérêt général (et non sur la lutte des classes) ; la CFTC deviendra CFDT (Confédération Française et Démocratique du Travail) en 1964 (avec là aussi une scission qui donnera naissance à une CFTC maintenue).

B. Le débat sur la représentativité

La conséquence de ce pluralisme syndical est la nécessité, pour le pouvoir politique, de reconnaître (ou de mesurer puis de reconnaître) la représentativité des différentes organisations (avec qui signe-t-on ?). Une telle question ne se pose évidemment pas là où existe un syndicat de masse et unitaire ou aux USA.

De 1945 à 1988, la situation était simple : fixation d'une liste d'organisations syndicales reconnues comme représentatives sur la base de critères (effectifs, indépendance syndicale (par rapport à l'employeur), cotisations, ancienneté...). Ces critères étant soumis au pouvoir d'appréciation du juge.

Depuis la loi du 20 août 2008 (et la position commune CGT, CFDT, MEDEF, CGPME), le critère essentiel de représentativité (d'autres critères subsistent cependant : indépendance, respect des valeurs républicaines...) est le résultat obtenu dans les différentes élections professionnelles dans les entreprises et dans les administrations, avec fixation d'un plancher « d'audience » en deçà duquel une organisation syndicale ne serait plus considérée comme représentative : 10% des suffrages exprimés au premier tour des dernières élections professionnelles dans les entreprises

(8% au niveau des branches).

Le collationnement de tous ces votes donne le résultat suivant : CGT : 26% ; CFDT : 26% ; CGT-FO : 16% ; CFTC : 9%, CFE-CGC : 9%

C. La spécificité française

L'histoire nous montre que le syndicalisme français s'est développé dans un contexte idéologique très marqué.

Son mode de rapport à la société ne rentre dans aucune des grandes catégories d'organisation que l'on peut repérer au niveau international : pas de fourniture de services ; pas de liens avec les mouvements coopératifs ou mutualistes, pas de liens avec les partis politiques ; pas de reconnaissance explicite d'une fonction de gestion.

Mais conséquence (positive ou négative) de cette histoire, il a très tôt, été considéré qu'au nom de la tradition républicaine les avantages obtenus par le syndicat bénéficiaient à tous les salariés, syndiqués ou non. Il est clair dans ces conditions que personne n'a, en France, intérêt à se syndiquer.

LE PARADOXE FRANÇAIS : UN FAIBLE TAUX DE SYNDICALISATION ET UN NIVEAU DE PROTECTION DES SALARIÉS PARMIS LES PLUS ÉLEVÉS EN EUROPE

La France enregistre, en effet, un des taux de syndicalisation le plus bas d'Europe. En termes de taux moyen, le taux de syndicalisation (nombre de syndiqués rapporté au nombre total des salariés) serait en France de 8%, à comparer aux taux Suédois ou Danois de 80%, au taux Belges de 60% ou au taux Anglais ou Italiens, plus modestes de 25%.

L'interprétation de ce taux moyen de syndicalisation doit cependant être nuancée, car cet indicateur gomme d'une part les différences importantes existant entre secteur public et secteur privé et d'autre part l'effet « structure » des entreprises. Il est sans doute important de rappeler que la population salariée est de 22,8 millions dont 3,1 millions d'emplois précaires, 5,4 de demandeurs d'emplois - catégories A, B et C - ce qui n'est propice à une syndicalisation.

De plus, 91% des entreprises ont, en France, moins de 10 salariés ce qui signifie que 4 millions de salariés travaillant dans ces entreprises ne voient jamais un syndicat.

Il serait plus intéressant de mesurer le taux de syndicalisation non pas sur l'ensemble des salariés mais sur le nombre de salariés des entreprises de plus de 10, voire de plus de 50, dans lesquelles les salariés ont une probabilité non nulle d'être mis en contact avec une présence syndicale.

Il faut enfin souligner l'un des autres paradoxes français selon lequel, on ne s'interroge jamais sur la représentativité patronale alors qu'il existe plusieurs organisations d'employeurs (Medef, CGPME, UPA) et nous pourrions rajouter l'UNAPL et le domaine de l'économie sociale qui, au niveau des branches, sont en concurrence ouverte.

Il n'en reste pas moins que le taux de syndicalisation des salariés est faible pour la simple raison que 80% des salariés français sont dans la position d'un « passager-clandestin » qui bénéficient de l'action des syndicats sans avoir besoin d'en être membres.

En dépit de cette faiblesse syndicale, les salariés français ont un taux de couverture par des accords conventionnels parmi les plus élevés d'Europe (90% des salariés sont ainsi couverts contre 30% en Grande-Bretagne).

L'explication de ce paradoxe est l'État : l'omni présence de l'État et du législateur. Le pouvoir politique est, en France, le principal producteur de normes, soit directement par la loi et/ou le décret soit, par la procédure d'extension des conventions collectives.

LE CADRE DE LA NÉGOCIATION COLLECTIVE ET SON ÉVOLUTION

Il y a presque un siècle, en 1919, la création, dans le cadre de la Société des Nations, de l'OIT (Organisation Internationale du Travail) s'appuyait, à l'issue de la Première Guerre mondiale, sur la conviction qu'il ne saurait y avoir de paix universelle et durable sans justice sociale. Les missions de cette nouvelle organisation étaient d'améliorer l'accès des hommes et des femmes à un travail décent et productif, dans des conditions de liberté, d'équité, de sécurité et de dignité ; ses principales tâches consistaient à promouvoir les droits au travail, encourager la création d'emplois décents, développer la Protection sociale et renforcer le dialogue dans la recherche de solutions aux problèmes du monde du travail.

Dans cet esprit, très rapidement en France, la loi du 19 mars 1919 (prolongée par la loi du 24 juin 1936) apportait un premier cadre institutionnel aux conventions collectives marquant ainsi, le choix de la négociation collective comme mode de régulation, à côté de la loi.

En 1946, le préambule de la constitution indiquait : « Il est loisible au législateur après avoir défini les droits et obligations touchant aux conditions et aux relations de travail de laisser aux employeurs et aux salariés, ou à leurs organisations représentatives, le soin de préciser, notamment par la voie de la négociation collective, les modalités concrètes d'application des normes qu'il édicte. »

La loi du 11 février 1950 a structurée et hiérarchisée la négociation collective en trois niveaux : le niveau interprofessionnel, le niveau de la branche et l'entreprise, en privilégiant l'accord interprofessionnel et en ne laissant à l'entreprise qu'une marge de manœuvre limitée. Cette loi a, de plus, encadré la liberté contractuelle, laissant la latitude au gouvernement de fixer dans les conditions définies par le législateur, un salaire minimum obligatoire pour tous les salariés.

La loi du 31 janvier 2007, dite loi Larcher, relative à la modernisation du dialogue social a entrepris de trouver un meilleur équilibre entre loi et négociation collective en se fondant sur ce constat : « LA DIMENSION SOCIALE DE NOTRE DÉMOCRATIE EST ESSENTIELLE, elle est trop souvent négligée ».

Cette loi institutionnalise une procédure de négociation tripartite gouvernement-syndicats-patronat.

« Tout projet de réforme envisagé par le gouvernement qui porte sur les relations individuelles et collectives du travail, l'emploi, la formation professionnelle et qui relève du champs de la négociation nationale et interprofessionnelle fait l'objet d'une concertation préalable avec les organisations de salariés et d'employeurs, représentatives au niveau national et interprofessionnel en vue de l'ouverture éventuelle d'une telle négociation. Le gouvernement à l'initiative, en adressant aux partenaires sociaux une « documentation d'orientation » exposant son diagnostic, ses objectifs et les modalités envisagées pour une éventuelle négociation. Les partenaires doivent faire savoir aux pouvoirs publics s'ils veulent négocier et quels sont les délais qu'ils estiment nécessaires. Les projets législatifs éventuellement issus de cette négociation doivent ensuite être soumis pour avis à la commission nationale collective. »

On pourrait résumer l'évolution de la négociation collective tout au long de cette période autour de deux termes :

- La persistance de la méfiance à l'égard des partenaires sociaux. Le partage entre le domaine de la loi et celui des accords collectifs s'est toujours fait au détriment de ces derniers et donc des partenaires sociaux ; ce qui explique, notamment, la critique récurrente quant au poids du code du travail (multiplication par 3 en trente ans du nombre de pages) auquel s'ajoute le poids de la jurisprudence ;
- L'ambiguïté de la décentralisation de la négociation collective, envisagée comme seule solution.

A. La persistance de la méfiance à l'égard des partenaires sociaux

On n'a jamais autant négocié au niveau de l'entreprise (36 500 accords en 2014 contre environ 2 000 au début des années 1980...) mais il s'agit là pour l'essentiel de négociations collectives annuelles obligatoires et malheureusement souvent formelles.

On n'a jamais autant parlé de négociation sociale et autant voté de lois et promulgué de décrets sur ce sujet que depuis la loi du 31 janvier 2007 (dite loi Larcher) qui a, certes, donné une impulsion positive (amélioration du dialogue social dans la fonction publique, plus grande transparence, notamment financière des organisations syndicales et portant une légitimité moins discutée...) ; le sentiment prévaut néanmoins que la méfiance à l'égard des partenaires sociaux persiste.

Plusieurs éléments illustrent cette situation :

- Le non-respect de l'autonomie des partenaires sociaux qui négocient l'épée (du gouvernement) dans les reins, avec un agenda et des thèmes imposés (et la menace d'une loi en cas de refus ou d'échec des négociations ; alors qu'il doit exister un droit à l'échec) ;
- Le non-respect du temps des partenaires sociaux qui est plus long que celui du politique ; la négociation collective n'est pas l'équivalent de la loi ou du décret pour faire des réformes ;
- La faiblesse de la croissance qui accroît la difficulté de l'exercice car elle modifie le rapport de force entre employeurs et salariés, alors même que le compromis serait particulièrement nécessaire ;
- Une certaine confusion des esprits qui conduit à soumettre au dialogue interprofessionnel des questions relevant de la responsabilité du pouvoir politique.

Enfin, le fait qu'une loi doit obligatoirement entériner les résultats d'une négociation est un élément de désresponsabilisation des négociateurs et milite en faveur d'une séparation plus nette entre ce qui relève de la loi et ce qui relève de la négociation collective. L'État ne négocie pas, il essaye de faire entériner par les partenaires sociaux ses positions.

B. L'ambiguïté du mouvement de décentralisation de la négociation vers l'entreprise

L'une des voix qui a été explorée depuis 30 ans au nom de la démocratie sociale a été la décentralisation de la négociation vers l'entreprise.

Ce mouvement a été initié en 1982 par les lois Auroux qui autorisaient des dérogations à la loi et aux accords de branche, notamment en matière de modulation du temps de travail (jusqu'à là les dérogations ne pouvaient viser que des dispositions plus favorables aux salariés).

Depuis 2004, une quinzaine de textes tendent à rendre davantage autonomes les accords d'entreprise par rapport aux accords de branche ; la loi du 9 août 2016 (loi El Khomri) étant la dernière manifestation de cette tendance.

Cette évolution pose un certain nombre de questions : s'agit-il d'une simple question de méthode : assouplissement au niveau de l'entreprise des accords de branche ou ce repli sur l'entreprise est-il porteur d'une évolution plus profonde ? D'un projet de société ?

L'argument généralement avancé pour soutenir ce type d'évolution est, bien sûr, l'emploi mais cet argument, outre qu'il n'est pas démontré, renvoie à une autre question : la souplesse plus grande dans la gestion, obtenue par cette négociation au niveau de l'entreprise se traduit-elle par une diminution de la protection des salariés ?

S'il s'avérait que la réponse à cette question était positive on rentrerait alors dans une spirale infernale car, pourquoi s'arrêter ? Si il n'y avait ni accords de branche, ni code du travail, ni salaire minimum, mais uniquement des accords de gré à gré entre un employeur et un salarié ; alors la souplesse serait maximale.

On sent bien que l'idéologie n'est jamais loin dans ce genre d'affaires et la CFDT qui a toujours soutenu cette évolution devrait, aussi, en marquer les limites.

De même, la CGT devrait clarifier sa position : peut-on à la fois signer, en 2008, avec le MEDEF et la CFDT une position commune aboutissant à ce que la représentativité syndicale se mesure essentiellement au niveau de l'entreprise et être vent debout contre la loi El Khomri qui tend justement à donner plus d'importance à la négociation d'entreprise.

Une remise à plat des règles et de la place de la négociation sociale est donc indispensable dans notre pays et non un simple replâtrage ; un quinquennat y suffira à peine ; autant donc commencer rapidement.

Les propositions qui suivent se veulent ambitieuses et réalistes.

S'engager dans un double mouvement d'une part de reconnaissance de l'autonomie des partenaires sociaux et de la centralité de la négociation de branche dans la sphère des relations du travail et d'autre part de clarification de la gouvernance des grandes fonctions sociales, il faut donc repenser entièrement notre modèle social.

Il s'agit d'une proposition ambitieuse dans la mesure où elle traduit un projet de société : prendre pour référence l'Europe du Nord et non les Etats-Unis ; proposition ambitieuse également en cela qu'elle marque clairement que le dialogue social est un des éléments d'une ambition plus large : la cohésion sociale de notre pays.

A. Autonomie des partenaires sociaux et centralité de la négociation de branche

Regarder vers l'Europe du Nord signifie faire évoluer notre droit et nos pratiques vers une authentique autonomie des partenaires sociaux et vers la centralité de la branche dans la négociation sociale.

Il s'agit là d'une profonde évolution par rapport à la situation actuelle puisque ces propositions impliquent un cantonnement de la loi (une législation par défaut) et la reconnaissance de la convention collective de branche comme source autonome de droit.

Il ne s'agit toutefois pas d'un saut dans l'inconnu, une telle évolution a déjà été esquissée dans les rapports Badinter et Combexelle et le précédent de la loi Larcher nous montre qu'une loi Larcher II pourrait être une « loi de méthode » qui définirait la procédure et les étapes pour préciser ce qui relève de la loi (le code du travail) et ce qui relève de la négociation collective.

Dans ces pays d'Europe du Nord, la négociation collective de branche représente les trois quarts des règles de droit applicables ; elle définit sa durée de validité, les modalités de conclusion et les procédures de conciliation ; elle traite de l'ensemble des conditions de travail : conditions de rémunération d'emploi et de travail (qualifications, formation, flexibilité).

Dans un tel cadre nouveau, la place de l'accord d'entreprise serait définie dans l'accord de branche et les procédures d'extension considérablement réduites. C'est également dans ce cadre que devrait être traitée la question du financement des syndicats.

Il va de soi qu'une telle évolution suppose un effort drastique de réduction du nombre de branches.

B. Clarifier la gouvernance des grandes fonctions sociales

On ne peut, dans une réflexion sur le dialogue social, laisser de côté la question de la place des partenaires sociaux dans la gestion des grands risques sociaux (santé, famille, vieillesse, chômage, formation professionnelle...).

La question rarement posée est : la place et le rôle actuel des partenaires sociaux dans les conseils des grandes institutions (CNAMTS, CNAF, CNAVTS, Pôle emploi) apportent-ils une contribution positive au dialogue social et à la cohésion sociale dans notre pays ?

Dit autrement, la répartition du pouvoir et des rôles entre le pouvoir politique et la représentation des salariés ou d'autres composantes de la société civile est-elle aujourd'hui satisfaisante ? Est-elle de nature à renforcer la cohésion sociale ?

La réponse à cette question est d'autant plus délicate que nous sommes ici dans le domaine du faux-semblant et du dogme qui permet de ne jamais se la poser.

Domaine du faux-semblant. La gouvernance des grands « risques » maladie, famille, vieillesse, chômage s'est peu à peu solidifiée dans un « jeu de rôle », qui convient à tout le monde : l'État détient la réalité du pouvoir et les partenaires sociaux siègent dans des conseils de surveillance.

Domaine du dogme. Le paritarisme n'étant plus qu'une façon commode pour l'État, de dissimuler son propre pouvoir ; État et partenaires sociaux sont tacitement d'accord pour ne pas soulever cette question de la signification profonde du paritarisme (c'est-à-dire au-delà des accidents historiques) de la manière dont il pourrait évoluer.

Là aussi un peu d'histoire est nécessaire : à l'origine, c'est-à-dire en 1945, le social et le politique étaient totalement distincts ; la Sécurité sociale naissante porte en elle-même un mode de gestion extrêmement innovant : « des caisses autonomes gérées par des conseils d'administration issus d'élections (les élections à la Sécurité sociale !) ».

Ce modèle durera une vingtaine d'années ; le pouvoir politique va peu à peu reprendre le pouvoir ; le vote par le Parlement du budget de la Sécurité sociale étant l'aboutissement de ce processus en 1996.

Pour de bonnes et de mauvaises raisons, cette évolution était vraisemblablement inéluctable.

De bonnes raisons. Le poids croissant des transferts sociaux dans l'économie rendait illusoire d'imaginer que des partenaires sociaux décident librement d'augmenter des cotisations ou des prestations.

De mauvaises raisons. Les dits partenaires sociaux, faute d'une culture de gestion, ont souvent refusé, en tout cas pour les régimes obligatoires, de prendre leur responsabilité financière. Il incombait donc à l'État de prendre les mesures nécessaires pour combler les déficits.

Il n'en reste pas moins vrai qu'aujourd'hui, et la campagne présidentielle le montre, c'est le politique qui se prononce sur tout, du remboursement des soins dentaires à l'âge de départ à la retraite, comme si ces questions ne concernaient pas les partenaires sociaux.

Il ne s'agit pas de revenir à 1945 ; un certain nombre d'évolutions étaient positives, comme par exemple la création en 1967 de caisses par risques (maladie, famille, vieillesse), d'autres étaient inéluctables.

La Protection sociale est tellement au cœur de la vie quotidienne de l'ensemble des Français (et pas seulement des salariés) que c'est au pouvoir politique qu'ils demandent directement des comptes.

La Protection sociale représente de telle masse financière qu'elle met en cause, à court ou à long terme, les grands équilibres macroéconomiques dont l'État est garant.

Personne ne remet plus en cause la responsabilité finale du politique sur ces sujets mais... pas tout seul.

Il serait donc plus claire de prendre acte que le pouvoir politique est responsable de la gestion collective d'un certain nombre de grands « risques » sociaux comme la maladie, la famille, la vieillesse, l'indemnisation du chômage ou la politique de

l'emploi et de concentrer la réflexion, risque par risque, sur la place que devrait occuper les partenaires sociaux dans cette nouvelle gouvernance pour exercer une véritable influence.

- Il n'existe pas dans ce domaine de solution simple, tout est toujours compliqué lorsqu'il s'agit de mettre en place un processus équilibré de prise de décisions, permettant de faire entendre la voix des partenaires sociaux, tout en maintenant le poids de l'État.

- Les solutions de gouvernance peuvent être nécessairement différentes selon les risques. Le poids des partenaires sociaux (au sens de représentants des salariés) devrait être directement proportionnel aux situations concrètes du travail (ou résultant de situation de travail) ; leur pouvoir de « veto » ou de « demande d'une seconde lecture » devrait exister dans le domaine des accidents du travail, de la retraite, du chômage et des politiques de l'emploi et être largement partagé avec d'autres représentants de la société civile dans des domaines qui concernent l'ensemble de la population comme la famille ou la maladie.

- L'application aux établissements publics, que sont les caisses nationales ou Pôle emploi, de la formule organisationnelle « la composition des conseils de surveillance » mériterait d'être réexaminée : à l'État la nomination du Directeur Général et des grandes orientations stratégiques aux partenaires sociaux (d'administration) la composition du conseil de surveillance.

La difficulté de l'exercice est bien sûr de trouver le bon équilibre des pouvoirs entre les deux instances, ni trop de pouvoir au conseil de surveillance ni trop peu comme aujourd'hui.

Dans une société de communication comme la nôtre il faut aussi imaginer, l'existence, entre l'État et les caisses, d'instances, à l'expertise et à l'indépendance reconnues, chargées d'éclairer l'avenir et de communiquer en permanence.

La réussite du COR (Conseil d'Orientation des Retraites) composé de représentants des partenaires sociaux d'experts et de parlementaires devrait être méditée.

Le jour où les notes du COR ou les rapports d'un HCAAM, revu, (Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie) feront le « 20 heures » à la TV, comme le rapport de la Cour des Comptes, la démocratie sociale aura avancé.

- La lettre du paritarisme est aujourd'hui en train d'en tuer l'esprit : La lettre est la facilité de mettre toujours et partout autant d'employeurs que de salariés ; l'esprit c'est de faire en sorte que toujours et partout aucun des partenaires sociaux ne soit (sauf si il le souhaite) mis à l'écart.

Le paritarisme, au sens actuel, n'a pas de réel fondement économique. L'incidence finale des cotisations sociales (quel est le payeur final de la cotisation ?) est un sujet complexe qui relève à la fois de la problématique de la formation des prix et de l'incidence du coût du travail sur l'emploi ; ce n'est en tout cas pas l'employeur qui paye « de sa poche » ce qui était censé justifier la présence des employeurs.

Le paritarisme s'explique à la fois par l'histoire : la place du patronat dans la création des prestations familiales et par la politique : comment assurer une majorité de gestion grâce à des alliances entre les employeurs et les syndicats réformistes.

On peut très bien imaginer, dans des structures de gestion renouvelées, des « paritarismes à la carte » avec une large majorité de représentants des employeurs ou des indépendants à l'ACOSS, un paritarisme arithmétique pour l'emploi et les accidents du travail, une majorité de représentants des salariés pour la CNAVTS et une représentation minoritaire des employeurs et des salariés dans les conseils de la CNAF et de la CNAMTS.

- Il faut enfin aborder de front la question de la légitimité démocratique des organisations syndicales de salariés (curieusement on entend jamais cette phrase à propos des employeurs) et répondre définitivement à cette phrase trop souvent entendue : « ils ne représentent rien ».

Tout, en effet, a été fait pour que cette légitimité soit contestée.

Comme rappelé précédemment, des dizaines de millions de salariés sont en France des « passagers clandestins » qui bénéficient de l'action syndicale sans avoir besoin d'y adhérer. Peut-on modifier cette tradition et réserver les avantages obtenus aux adhérents ? La question vaut au moins la peine d'être posée.

Tout a également été fait pour qu'on ne mesure pas, ou imparfaitement, la représentativité des organisations syndicales.

Initialement, il y avait pour fonder la présence syndicale les élections à la Sécurité sociale ; les dernières ont eu lieu en 1982 !

Subsistaient les élections prudhommales ; celles-ci disparaissent avec les nouveaux modes de calcul de la représentativité syndicale (position commune CGT, CFDT, MEDEF, CGPME) qui sont fondés sur les seules élections professionnelles (en entreprises et dans les administrations) avec l'inconvénient que les retraités, et les chômeurs ne peuvent plus voter.

Le déséquilibre de légitimité par rapport au politique qui, lui, est soumis à des élections générales est flagrant et contribue à cette tendance du « tout politique ».

Peut-on imaginer de refaire, à date fixe, des élections « sociales » comme cela se pratique dans plusieurs pays d'Europe ; faut-il imaginer des élections « sociales » réservées aux seuls retraités (qui représentent 20% de la population) et qui ne sont plus consultés ? La question mérite, au moins, là aussi, d'être posée.

Cet ensemble de propositions est, quoiqu'il en paraisse, réaliste dans la mesure où elles tiennent compte des équilibres de pouvoir.

Il est, en effet, proposé aux partenaires sociaux d'obtenir, à terme, un réel pouvoir dans la détermination des conditions de travail, pouvoir aujourd'hui limité par l'intervention de la loi et du gouvernement, et d'échanger, dans le domaine de la gestion des grands risques sociaux, un pouvoir qu'ils n'ont pas contre un réel pouvoir d'influence.

Cette proposition devrait être également politiquement acceptable par les grands courants politiques. Les droites républicaines libérales et « bonapartistes » et les vraies gauches devraient trouver positif de redonner du pouvoir aux chefs d'entreprise et aux organisations syndicales de salariés tout en clarifiant le rôle de l'État et en sauvegardant l'héritage de la Résistance.

Cette proposition suppose cependant que les partis politiques fassent preuve de réalisme et de « retenue » et sachent résister à leur pente naturelle respective.

Pente naturelle qui consiste : à droite à ne pas beaucoup aimer les organisations syndicales de salariés (accuser de tous les maux) et donc de chercher tout ce qui pourrait les affaiblir, et à gauche, de tellement les aimer, que de toujours vouloir faire le travail à leur place, les exemples abondent notamment depuis la réduction « autoritaire » du temps de travail.

Réalisme et retenue signifient également prendre les organisations syndicales, « telles qu'elles sont », et prendre conscience de leur histoire. Notre histoire politique a façonné notre paysage syndical, il ne sert à rien de se lamenter sur son éclatement.

Comme le rappelle un expert concernant une « fragmentation de la représentation syndicale avec l'apparition de « syndicats » d'entreprise et le développement d'une représentation purement catégorielle qui est induit par la disparition du monopole. Fragmentation conduisant, de facto, à l'absence de véritables interlocuteurs et par conséquent, non seulement à un dialogue social plus difficile mais aussi à un risque majeur d'absence d'interlocuteurs en cas de crise et à la multiplication de « coordinations », n'ayant nulle autre représentativité réelle qu'un état de fait ponctuel et provisoire. »

Comme cela a été rappelé à plusieurs reprises, le syndicalisme français n'est pas historiquement un syndicalisme de masse. Dans la situation actuelle personne n'a intérêt à affaiblir le syndicalisme.

PROPOSITIONS

1. Reconnaître le dialogue social en France et repenser le modèle social.
2. Réduire de façon drastique les branches professionnelles, qui d'ailleurs pour certaines n'ont aucune activité.
3. Redéfinir le champ d'application du paritarisme.
4. Faire des élections sociales tous les 5 ans, les électeurs étant les actifs, les demandeurs d'emplois et les retraités du public et du privé. Ces élections donneront un véritable test de représentativité et une légitimité à tous ceux qui représenteront leurs organisations.
5. Les accords signés ne s'appliqueront qu'aux adhérents des organisations signataires.
6. Privilégier les accords de branches, véritable régulateur du dialogue social.



GLOSSAIRE

ACOSS	Agence Centrale des Organismes de Sécurité Sociale
AFD	Agence Française de Sécurité Sociale
AFPA	Association pour la Formation Professionnelle des Adultes
AGEFIPH	Association de Gestion du Fonds pour l'Insertion Professionnelle des Personnes Handicapées
AGIRC-ARRCO	Association Générale des Institutions de Retraite des Cadres Association pour le Régime de Retraite Complémentaire des Salariés
ALD	Affections de Longue Durée
ANI	Accord National Interprofessionnel
ANPAA	Association Nationale de Prévention en Alccologie et Addictologie
ANSM	Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé
ARS	Agence Régionale de Santé
AVC	Accident Vasculaire Cérébral
BEH	Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire
Big Data ou Données Massives	Ensembles de données volumineux qui ne peuvent être traités avec des outils de base de données ou décisionnels classiques
BIT	Bureau International du Travail
CADES	Caisse d'Amortissement de la Dette Sociale
CCLAT	Convention-Cadre de Lutte Anti-Tabac
CCMSA	Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole
CEC	Contrat Emploi Consolidé
CES	Contrats Emploi Solidarité
CESE	Conseil Economique Social et Environnemental
CFAI	Centre de Formation des Apprentis de l'Industrie
CFDT	Confédération Française Démocratique du Travail
CFE-CGC	Confédération Française de l'Encadrement - Confédération Générale des Cadres

CFTC	Confédération Française des Travailleurs Chrétiens
CGPME	Confédération Générale des Petites et Moyennes Entreprises
CGT	Confédération Générale du Travail
CGT-FO	Confédération Générale du Travail - Force Ouvrière
CGTU	Confédération Générale du Travail Unitaire
CHG	Centre Hospitalier Général
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CI-RMA	Contrat d'Insertion - Revenu Minimum d'Activité
CICE	Crédit d'Impôt pour la Compétitivité et l'Emploi
CIE	Contrat Initiative Emploi
CJE	Contrat Jeune en Entreprises
CMU	Couverture Maladie Universelle
CNAF	Caisse Nationale des Allocations Familiales
CNAMTS	Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
CNAVTS	Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse des Travailleurs Salariés
CNCT	Comité National Contre le Tabagisme
CNIL	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
COR	Conseil d'Orientation des Retraites
CRDS	Contribution à la Réduction de la Dette Sociale
CREDOC	Centre de Recherche pour l'Etude et l'Observation des Conditions de vie
CSG	Contribution Sociale Généralisée
CSP	Code de la Santé Publique
CUI	Contrat Unique d'Insertion
DARES	Direction de l'Animation de la Recherche , des Etudes et des Statistiques
DGEFP	Délégation Générale à l'Emploi et à la Formation Professionnelle
DGOS	Direction Générale de l'Offre de Soins
DGS	Direction Générale de la Santé
DHOS	Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins

DIRECCTE	Directions Régionales des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation du Travail et de l'Emploi
DMC	Dispositifs Médicaux Connectés
DNF	Droits des Non-Fumeurs
DREES	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
EPCI	Etablissement Public de Coopération Intercommunale
ESCAPAD	Enquête sur la Santé et les Consommations lors de l'Appel de Préparation à la Défense
Eures	European Employment Services
EVASAN	Evacuation Sanitaire
FEDER	Fonds Européen de Développement Régional
FHF	Fédération Hospitalière de France
FIR	Fonds d'Intervention Régional
FSE	Fonds Social Européen
FSU	Fédération Syndicale Unitaire
FSV	Fonds de Solidarité Vieillesse
GAFA	Google, Apple, Facebook, Amazon
GHT	Groupement Hospitaliers de Territoire
GIP	Groupement d'Intérêt Public
HAS	Haute Autorité de Santé
HCAAM	Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie
IDC	International Data Corporation
IDH	Indice de Développement Humain
IGAS	Inspection Générale des Affaires Sociales
INCa	Institut National du Cancer
INPES	Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
INRIA	Institut National de Recherche en Informatique et en Automatique
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
INSERM	Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

Intermédiation	Capacité à se placer entre des utilisateurs pour jouer un rôle d'intermédiaire (Ex : moteur de recherche, réseau social, ...). Un système d'intermédiation présente deux caractéristiques, (I) un accès direct aux utilisateurs et (II) une plateforme permettant le développement d'applications
INVS	Institut Français de Veille Sanitaire
IRM	Imagerie par Résonance Magnétique
IRPP	Impôt sur le Revenu des Personnes Physiques
IS	Impôt sur les Sociétés
LFSS	Loi du Financement de la Sécurité Sociale
Loi HPST	Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires
Loi NOTRe	Nouvelle Organisation Territoriale de la République
Lois MACTAM	Modernisation de l'Action Publique Territoriale et Affirmation des Métropoles
MCO	Médecine Chirurgie Obstétrique
MEDEF	Mouvement des Entreprises de France
MIGAC	Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contribution
MOOC	Massive Open Online Course
NEET	Not in Education, Employment or Training (ni étudiant, ni employé, ni stagiaire)
NTIC	Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication
OCDE	Organisation de Coopération et de Développement Economiques
OFDT	Office Français des Drogues et des Toxicomanies
OIT	Organisation Internationale du Travail
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONDAM	Objectif National des Dépenses de l'Assurance Maladie
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONU	Organisation des Nations Unis
Open Data ou Données Ouvertes	Données structurées, libres de droits, accessibles à tous. L'objectif est de favoriser la réutilisation des données pour générer de nouveaux usages.
OSS	Organismes de Sécurité Sociale

PARE	Plan d'Aide au Retour à l'Emploi
PIA	Programme d'Investissements d'Avenir
PIAAC	Programme for the International Assessment of Adult Competencies
PLFSS	Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale
PLIE	Plan Local d'Insertion par l'Economique
PME	Petite et Moyenne Entreprise
PMP	Projet Médical Partagé
PNRT	Programme National de Réduction du Tabagisme
PSAD	Plateformes d'Appui et de Soutien au Décrochage
RG	Régime Général
ROSP	Rémunération sur Objectifs de la Santé Publique
RSA	Revenu de Solidarité Active
RSI	Régime Social des Indépendants
SAMU	Services d'Aide Médicale Urgente
SCAD	Suivi Clinique A Domicile
Shared Data ou Données Partagées	Données échangées de manière restrictive entre organisations ou individus
SMIC	Salaire Minimum de Croissance
SPE	Services Publics de l'Emploi
SS	Sécurité Sociale
SSR	Soins de Suite et de Réadaptation
T2A	Tarifcation à l'Activité
TIC	Technologies de l'Information et de la Communication
TPE	Très Petite Entreprise
TUC	Travaux d'Utilité Collective
UICTMR	Union Internationale Contre la Tuberculose et les Maladies Respiratoires
UNSA	Union Nationale des Syndicats Autonomes
UNV	Unité Neuro-Vasculaire
UPA	Union Professionnelle Artisanale
URSSAF	Unions de Recouvrement des Cotisations de Sécurité Sociale et d'Allocations Familiales

LES RÉDACTEURS

Didier Bazzocchi - Directeur Général Santé Prévoyance de Covéa

Fabien Brisard - Délégué Général du CRAPS

Hervé Chapron - 1^{er} Vice-Président du CRAPS, Ex-DGA de Pôle emploi, en charge de l'Audit interne

Pierre-Maxime Claude - Responsable de la Communication du CRAPS

Patrice Corbin - Vice-Président du CRAPS, Conseiller Maître Honoraire à la Cour des comptes, Avocat

Alain Gilles - Vice-Président du CRAPS en charge des relations internationales, Ex-DRH de l'Armée de Terre

Dominique Hénon - Ex-Directeur Financier de la CPAM de Paris

Stephen Lequet - Directeur de DNF, Board Member - European Network for Smoking and Tobacco Prevention

Jean-Claude Mallet - Président du CRAPS

François Perez - Directeur Général d'Eurynome Consultant

Gwenaël Prouteau - Spécialiste des politiques de l'emploi au Bureau International du Travail

Philippe Roussel - Chargé de mission au CNEH, Ex-Directeur Général du CH du Mans

Myriam Savy - Chargée de mission Plaidoyer France et International à l'ANPAA

Jean-Paul Ségade - Vice-Président du CRAPS, Inspecteur Général des Affaires Sociales, Ex-Directeur Général de l'AP-HM

D^r Pierre Simon - Past-Président de la SFT-ANTEL, Néphrologue

LES PARTENAIRES



LES DIRIGEANTS

CONSEIL D'ADMINISTRATION DU CRAPS

Hervé Chapron - 1er Vice-Président du CRAPS et Ex-Directeur Général Adjoint de Pôle emploi
Patrice Corbin - Vice-Président du CRAPS, Conseiller Maître Honoraire à la Cour des Comptes et Avocat
D^r Charles Descours - Vice-Président du CRAPS, Sénateur Honoraire
Bernard Euzet - Secrétaire Général du CRAPS, Président de l'APAMP
Alain Gilles - Vice-Président du CRAPS en charge des relations internationales et Ex-DRH de l'Armée de Terre
Annie Lefranc - Vice-Présidente du CRAPS et Membre du CESER IDF
Jean-Claude Mallet - Président du CRAPS, Ex-Président de la CNAM et Ex-Inspecteur Général des Affaires Sociales
Jean-Paul Ségade - Vice-Président du CRAPS, Inspecteur Général des Affaires Sociales et ex-Directeur Général de l'AP-HM

BUREAU DU CRAPS

Didier Bazzocchi - Directeur Général Santé de Covéa
Benoît Briatte - Président de la Mutuelle Générale de la Police
Bruno Caron - Président de MFP Services
Philippe Fourny - Délégué Général de l'UFOP
Jean-François Furet-Coste - Président d'UNÉO
Dominique Henon - Ex-Directeur Financier de la CPAM de Paris
François Kerzhero - Directeur des services de CEGEDIM
Stephen Lequet - Directeur de DNF et Board Member - European Network for Smoking and Tobacco Prevention
Jean-Louis de Mourgues - Membre du CESE et Ex-Président Directeur Général d'AG2R La Mondiale
François Perez - Directeur Général d'Eurynome Consultant
Philippe Roussel - Chargé de mission au CNEH et Ex-Directeur Général du CH du Mans
Thierry Schifano - Chef d'Entreprise et Président de la FNFS
Christian Schmidt de la Brélie - Directeur Général de Klésia
D^r Pierre Simon - Past-Président de la SFT-Antel et Néphrologue
Jean-Louis Walter - Médiateur de Pôle emploi

LES PUBLICATIONS

LES PUBLICATIONS DU CRAPS

- LES MUTUELLES AU COEUR DE NOTRE AVENIR - CRAPSLOG N°6 - Janvier 2017
 - UNE ÉPIDÉMIE NOMMÉE TABAC - CRAPSLOG N°5 - Mai 2016
- LE NUMÉRIQUE AU CHEVET DE LA MÉDECINE... - CRAPSLOG N°4 - Mars 2016
- LA PROTECTION SOCIALE EN 500 MOTS - DICTIONNAIRE PASSIONNÉ - Octobre 2015
- L'ENJEU DU VIEILLESSEMENT SUR LA POPULATION - CRAPSLOG N°3 - Mai 2015
 - EMPLOI : NÉCESSAIRE MAIS PAS SUFFISANT - CRAPSLOG N°2 - Janvier 2015
 - DÉMOGRAPHIE MÉDICALE - CRAPSLOG N°1 - Avril 2013
 - LE LIVRE BLANC - Novembre 2012

LES PUBLICATIONS DE NOS MEMBRES

- TOUT VA TRÈS BIEN, MADAME LA MARQUISE ! - Hervé Chapron - Janvier 2017
 - TÉLÉMÉDECINE : ENJEUX ET PRATIQUES - Pierre Simon - Octobre 2015
- POLE EMPLOI : AUTOPSIE D'UN NAUFRAGE - Hervé Chapron - Octobre 2014
 - HOMO ERECTUS - Philippe Fourny - Novembre 2011

NOUS SUIVRE

www.association-craps.fr



ÉDITION ET CRÉATION

DIRECTEURS DE PUBLICATION

Jean-Claude Mallet et Fabien Brisard

REMERCIEMENTS À

Jeanne Defever, Valentin Aubry, Renéo Maleombho et Gabriel Gallienne

CONCEPTION ET RÉALISATION

Pierre-Maxime Claude

CRAPS

54, rue René Boulanger, 75010 PARIS - 01 73 75 41 09 - accueil@association-craps.fr

© CRAPS 2017

Tous droits réservés.

Toute reproduction ou transmission, même partielle, sous quelque forme que ce soit, est interdite sans autorisation écrite du détenteur des droits.

Achévé d'imprimer sur les presses de l'imprimerie GUILLOTTE - LAVAL

Dépôt légal

Mai 2017



Jamais le concept de changement n'a été autant au cœur du débat public ! Certains osent même parler de refondation ! Si la Protection sociale a été depuis la Libération un formidable amortisseur des crises économiques qui se sont succédé, si la Protection sociale est constitutive de notre pacte républicain, il n'en demeure pas moins vrai que dans un pays sur-endetté, elle s'inscrit désormais résolument dans les défis de toute nature - financiers, sociétaux, républicains. . . - à surmonter pour que ce patrimoine commun, issu d'un combat pour la Liberté, forgé par des Hommes et des Femmes venus d'horizons divers reste un instrument de réduction, voire d'éradication des inégalités. Pour continuer à « ne pas subir les aléas de la vie » selon la définition des pères fondateurs de la Protection sociale, plus que jamais il convient de sortir des lieux communs, des idées toutes faites, du prêt à porter intellectuel. Exit la pensée unique, « de l'audace, toujours de l'audace, encore de l'audace ! ». Dans cet esprit, le CRAPS, fidèle à ses orientations républicaines, a tout au long de la campagne présidentielle émis des propositions concrètes, applicables rapidement à travers les trois grands piliers de notre système de Protection sociale : l'emploi, la santé et le dialogue social. À l'occasion de ce nouveau quinquennat, vous les trouverez tout au long de ces pages. Puissent-elles provoquer questionnements, réflexions, débats. Puissent-elles renforcer notre devoir citoyen !

