

Penser globalement la protection sociale

Dominique Libault

René Sève

Après tant d'années de débats sur la réforme des retraites, comment ne pas être étonné de ce que la protection sociale continue de passer pour irréfutable, que des éléments essentiels du débat restent méconnus et que les solutions proposées manquent si souvent de cohérence ?

En Temps Réel est heureux de contribuer aux réflexions en cours en ces semaines décisives de septembre 2010 en y introduisant les réflexions croisées, pratiques et stratégiques, de Dominique Libault et René Sève. Ces auteurs parlent depuis des lieux différents et avec des perspectives nécessairement différentes. Pourtant indépendants, leur propos convergent sur trois éléments essentiels au débat actuel.

D'abord, le refus du catastrophisme. L'état des lieux du système de protection sociale dressé par Dominique Libault au début de ce Cahier permet notamment de prendre la mesure de la force et de l'équité globales du système actuel. Il montre la diversité des partenariats qui ont su être noués à l'intérieur de l'administration pour aborder l'enjeu de la protection de façon toujours plus réactive et globale. Il assure aussi que la générosité du modèle français autorise des adaptations qui ne remettraient pas en cause ses principes fondamentaux. Ainsi des retraites où notre dynamisme démographique permettrait éventuellement de pérenniser notre système par répartition de façon solidaire et équitable.

Pour autant, les deux auteurs soulignent l'importance qu'il y a à mener les réformes aujourd'hui. Certaines restent internes à l'administration, comme pourrait l'être le rattachement de la Direction de la sécurité sociale au Ministère de la santé. D'autres sont largement débattues publiquement. Alors que le RSA jeune est instauré ce 1^{er} septembre, Dominique Libault rappelle par exemple que le RSA est bien adapté à la situation des travailleurs pauvres et travaillant peu mais que son illimitation de principe pourrait créer un risque social

conséquent. Au-delà des quelques années nécessaires à ce qu'il atteigne son rythme de croisière, il faudra donc probablement en limiter l'application dans le temps. Les deux auteurs sont en outre convaincus que la progression significative de l'emploi des seniors passera par un recul de l'âge légal du départ à la retraite. Ici comme sur d'autres points traités dans ce Cahier, les auteurs considèrent que l'urgence fait que les réformes envisagées ne peuvent plus être affadées par crainte de l'enjeu.

Enfin, les auteurs s'accordent sur la nécessité de rendre les réformes engagées beaucoup plus cohérentes. C'est le point essentiel de leur propos. Comme le souligne longuement René Sève, le cloisonnement des politiques publiques les a progressivement rendues sous-optimales globalement. C'est notamment l'enjeu, au-delà de notre politique familiale, en matière d'éducation et d'emploi où les réformes doivent se fonder sur une perception globale du cycle de vie. Le contexte actuel de contraintes sur les finances publiques et d'amélioration des connaissances technologiques conduit René Sève à insister sur quatre leviers déterminants. En matière de famille, où les dispositifs de congé parental mixés avec l'offre d'accueil de la petite enfance se révèlent déterminants, il préconise de s'attacher à trouver un optimum entre le soutien aux naissances, l'activité professionnelle des parents et la réussite scolaire des enfants. Quant au marché de l'emploi, il privilégie la réforme de la formation professionnelle car les lacunes de cette dernière ont des conséquences sur les capacités productives de la France, sa spécialisation sectorielle et sa compétitivité internationale, notamment industrielle. S'il note des évolutions en matière de santé, il souhaite un allègement des contraintes pesant sur la présence physique sur le territoire et sur la prétendue rencontre des libertés du patient et du médecin. En matière fiscale enfin, il estime que l'optimisation de l'activité sur le cycle de vie commande à privilégier les incitations aux individus plutôt que le soutien indirect de secteurs économiques particuliers.

Ces orientations sont essentielles car elles permettraient d'améliorer un système satisfaisant et perfectible dans le sens d'une offre de protection sociale toujours plus globale et mieux adaptée à la réalité du cycle de vie. D'autres préconisations non évoquées ici seront naturellement discutées publiquement dans les jours à venir. En matière de retraite par exemple, quid de l'inégalité dans le traitement des retraités, du sort à réserver à la diversité des trajectoires professionnelles ou aux polypensionnés... Les auteurs ont moins vocation à être exhaustifs que méthodiques. Leur apport essentiel consiste à montrer que la cohérence de la réforme doit conduire à privilégier trois principes.

D'abord, la réforme doit être indexée de façon au moins partielle sur l'objectif de compétitivité, et incidemment sur le taux d'emploi qualifié de façon à assurer l'équité.

Ensuite, des signaux forts doivent être adressés aux comportements des individus et des entreprises de façon qu'ils limitent toujours davantage le recours superflu au système de solidarité. Le maintien de la vocation réparatrice des systèmes sociaux ne doit pas empêcher cette évolution, et celle-ci ne s'obtiendra que par un travail d'appropriation des valeurs collectives et de diminution des externalités négatives, sur lesquels la réforme ne saurait faire l'impasse.

Enfin, comme le préconise René Sève, il pourrait être utile de mettre bien davantage à profit les technologies de l'information et de la communication pour pallier les risques d'interdépendances. Les dernières évolutions de la recherche le permettent utilement désormais.

La mise en œuvre de ces principes diffère sans nul doute selon les auteurs, surtout lorsqu'il s'agit du recours aux technologies de l'information et aux enjeux induits de captation de données. René Sève privilégie de recourir massivement à l'intelligence

artificielle et, surtout, à la création de relations et de réseaux virtuels pour accroître la réactivité et l'adaptabilité, maîtriser les dépenses et réduire les externalités. Les ambitions des Dominique Libault sont ici très mesurées : elles consistent à favoriser la protection sociale, en tâchant surtout d'anticiper les événements à venir et d'éviter les trajectoires indésirables. Mais l'essentiel est ailleurs : les auteurs convergent sur le fait que la recherche de marges de progrès supplémentaires justifiant l'adaptation des mécanismes de solidarité ne conduit pas nécessairement à renoncer à cet objectif de solidarité. La réforme en cours pourrait même fonctionner comme une opportunité : la crise aide à mieux coordonner les calendriers.

L'aboutissement de la négociation sur les retraites jouera donc un rôle structurant. Comme le montre ce Cahier, elle doit être menée d'une manière enfin réellement coordonnée et cohérente. Sa pérennité et son équité sont à ce prix.

Dominique Libault est Directeur de la Sécurité sociale

René Sève est haut fonctionnaire. Il a dirigé le Centre d'Analyse Stratégique de 2007 à 2010.

© EN TEMPS RÉEL

SOMMAIRE

Entretien avec Dominique Libault :	
La Sécurité sociale, état des lieux	9
Contribution de René Sève :	
Améliorer l'efficacité du système de solidarité	18
Vivre avec Louise et Amélie	20
Prendre en compte la vraie rationalité (limitée)	23
La famille	26
La formation professionnelle	33
Santé et travail	36
Aspects fiscaux	43
Débat entre Dominique Libault et René Sève	47

LA SECURITE SOCIALE, ETAT DES LIEUX

(entretien avec Dominique Libault, Directeur de la Sécurité sociale)

La Direction de la Sécurité Sociale, qu'est-ce que c'est ?

Dominique Libault : Une direction d'administration centrale, rassemblant 250 personnes chargées de piloter une masse supérieure à 400 milliards d'euros de dépenses sociales et 400 milliards de recettes afférentes, de préparer la rédaction des lois et règlements organisant le système de redistribution français, et de superviser la gestion du service public de la Sécurité Sociale, regroupant 160 000 agents. La Direction de la Sécurité Sociale élabore le droit des prélèvements sociaux et des droits sociaux des assurés. Elle couvre l'ensemble du champ de la redistribution, du régime général aux régimes spéciaux, en passant par la mutualité sociale agricole et les mutuelles de protection complémentaire. Par analogie avec le monde des prélèvements fiscaux et du budget de l'Etat, elle rassemble dans le secteur social l'équivalent de la Direction générale des impôts et de la comptabilité publique, du service de la législation fiscale (qui forment aujourd'hui la DGFIP), de la Direction du Budget et de la Direction de la Prévision.

La Direction de la Sécurité Sociale est donc une direction de finances publiques mais avec deux spécificités capitales par rapport à la Direction du Budget :

- elle gère à la fois les dépenses et les recettes ; elle est donc attentive à l'adéquation recettes/dépenses et donc au solde et pas seulement à la norme des dépenses. Ceci, à mes yeux, n'est pas totalement indifférent au fait que les ressources de la sécurité sociale ont été plus préservées que celles de

l'Etat dans les 20 dernières années. Nous menons à cet effet un lobbying constant au sein de l'Etat.

- elle veille à la compatibilité des objectifs financiers avec les objectifs sociaux. La Direction de la Sécurité Sociale a notamment développé une annexe à la loi de financement : les programmes de qualité et d'efficience. Ils servent à répondre aux questions fondamentales : quels sont les objectifs de notre système de retraite ? à quoi servent les dépenses d'assurance maladie ?...

Bref il s'agit moins pour nous de cantonner le niveau des dépenses que de dépenser utile, avec des recettes suffisantes en face.

Conséquence de sa responsabilité transverse, la Direction de la Sécurité Sociale est rattachée tout à la fois au ministère du Travail et de la solidarité, au ministère des Comptes publics et au ministère de la Santé. Elle est donc en relation avec les trois cabinets ministériels, et s'efforce de favoriser l'harmonisation des positions qui sont ensuite soumises au Premier Ministre. C'est la Direction de la Sécurité Sociale qui prépare la loi de finances sociales et la soumet aux trois ministres précités. La tutelle des réseaux (URSSAF, Pôle emploi, Caisses nationales) s'exerce à l'occasion de la négociation pluriannuelle des budgets de gestion. Ces derniers sont octroyés en échange d'objectifs publics discutés en échange des moyens accordés. Les Caisses nationales sont la CNAV (Vieillesse), la CNAM (Maladie), la CNAF (Allocations familiales et RSA) et la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. Les trois premières caisses garantissent des droits objectifs et les financent par des ressources propres, sous la vigilance des partenaires sociaux dans le cadre du paritarisme de gestion. La quatrième ne garantit pas de droits objectifs, bénéficie de ressources indirectes (contribution jour de solidarité, crédits de

l'Assurance maladie), et n'accorde pas le même statut de cogestion aux partenaires sociaux.

Les relations entre la Direction de la Sécurité Sociale et les Caisses sont fluides et moins formelles que par le passé. La relation entre la CNAM et l'Etat reste chargée d'une grande dimension politique, dans la mesure où la Caisse négocie périodiquement les conventions de tarifs avec les professions de santé. Depuis 2004, cette négociation s'inscrit dans le cadre de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) fixé par le Parlement. La Direction de la Sécurité Sociale est fortement impliquée dans le pilotage de l'ONDAM, qui, plus que par le passé, porte sur les outils d'incitation aux changements comportementaux des assurés et les évolutions nécessaires de l'organisation de l'offre de soins. De ce point de vue, la professionnalisation de la CNAM et son basculement progressif vers un statut d'assureur solidaire gérant le risque sont un progrès marquant des dernières années. La création des agences régionales de santé représente une opportunité nouvelle de faire évoluer l'offre de soins en privilégiant les alternatives à l'hospitalisation lorsque c'est possible. A titre d'exemple, une partie de la rémunération des médecins n'est plus exclusivement liée au nombre d'actes, mais peut prendre en compte des objectifs plus qualitatifs de santé publique ou d'efficacité. Progresser vers une partie de la rémunération à la performance nous semble un axe majeur pour les années à venir.

Où en est-on sur le sujet des retraites ?

Il y a déjà eu plusieurs étapes dans un processus de réformes très cohérent. Elles ont toujours engendré des débats vigoureux, ce qui est normal. Si on n'avait pas fait ces réformes, le niveau de vie moyen des retraités serait supérieur à celui des actifs, ce qui serait quand même paradoxal. Aujourd'hui, après ces réformes, il

y a quasi parité de niveau de vie entre actifs et retraités en prenant en compte les revenus du capital et le logement, même si bien entendu ces moyennes recouvrent de fortes disparités. Il ne faut ni tomber dans une vision catastrophique « il n'y aura plus de retraites en 2040 », ni dans l'optimisme béat qui reviendrait à attendre que les choses s'améliorent d'elles-mêmes. La générosité encore réelle de notre modèle nous autorise des adaptations qui ne remettent pas en cause les principes fondamentaux de celui-ci. Adaptations qui reposent désormais essentiellement sur le ratio durée de vie au travail/durée de vie à la retraite.

Une de nos faiblesses réside dans l'évolution trop lente des mentalités sur les seniors. Le rapport inactifs/actifs en France ne bouge pas et le taux d'inactivité des seniors après 55 ans est toujours le plus bas d'Europe. Mais ceci est largement dû au niveau bas de l'âge légal, qui crée un « effet horizon » indéniable pour l'emploi des seniors et contribue évidemment à la faiblesse du taux d'emploi après 60 ans. Je ferais remarquer que la CFDT s'est opposée au dernier allongement de la durée des cotisations parce qu'elle considérait que l'emploi des seniors n'était pas suffisamment au rendez-vous. Or, sans recul de l'âge légal, il n'y aura pas de progrès significatif sur l'emploi des seniors – notamment entre 60 et 64 ans - même si jouer sur le levier juridique ne garantit pas à soi seul l'atteinte d'un résultat économique et social. Les régimes liquident environ 800 000 retraites nouvelles par an, contre 600 000 il y a quelques années. Ce niveau est désormais stable, et le restera durablement, puisque depuis 1994, la France enregistre 800 000 naissances par an. L'allongement de la durée de cotisation est bien évidemment un axe à consolider qui permet de prendre en compte la durée de vie travaillée et la contributivité ; mais ces deux leviers –âge légal et durée de cotisation– ne doivent pas être opposés ; ils se renforcent mutuellement.

Y a-t-il un modèle étranger qui puisse nous aider ?

Il n'y a aucun pays développé qui ne soit confronté à ce problème. Le problème ne trouve pas sa source dans le modèle de protection sociale de tel ou tel pays, mais dans le vieillissement démographique. Dès lors, les pays se distinguent surtout par leur modèle de gouvernance, et la capacité d'anticipation et d'adaptation est un critère fondamental.

La Suède, qui est passée à un système par points avec pilotage automatique de l'équilibre financier en fonction de l'évolution de la pyramide démographique, est très regardée. Le MEDEF, mais également un économiste comme Thomas Piketty, sont très favorables à ce système. Toutefois, toute remise à plat globale de notre système de retraite exigerait beaucoup d'énergie et beaucoup de préalables. Par ailleurs, c'est un système rigoureux qui privilégie la gouvernance du système sur la prévisibilité des pensions servies. En a-t-on les moyens et la volonté ? En tout état de cause, aucun système ne fait échapper aux arbitrages d'évolution moins favorables que dans le passé sur le niveau des recettes, le niveau des pensions et la durée vie travaillée/vie à la retraite.

Je suis de ceux qui considèrent que notre système a beaucoup d'atouts : il est réellement solidaire, - minimum contributif, validation gratuite période éducation enfants... - beaucoup plus juste qu'on ne le dit, et assure des niveaux de remplacement satisfaisants. Le problème c'est le déficit, immédiat et lourd.

Il est, en tout état de cause, impératif de prendre des décisions, maintenant. Il conviendra ensuite, en fonction de la croissance économique, de prendre ou non des mesures complémentaires sur les recettes ou les dépenses.

A plus long terme, où en est-on ?

A l'horizon de l'année 2050, et du fait de notre dynamisme démographique, notre situation sera meilleure que celle de nos voisins. Si nous faisons les efforts dès maintenant, si nous abordons la décennie 2030 en situation satisfaisante, nous aurons les moyens de pérenniser un système par répartition solidaire et équitable. Le sujet des retraites, c'est maintenant.

Nos régimes sont redistributifs. Quel est le rendement de cette redistribution ?

En effet, nos régimes de retraites, d'assurance maladie, d'allocations familiales, sans parler de l'impôt sur le revenu ou des prestations des collectivités locales, sont très redistributifs. C'est la raison pour laquelle la croissance des inégalités a été moins forte en France que dans d'autres pays dans la période récente, malgré les évolutions salariales qui ont creusé les écarts. L'inégalité des revenus primaires est en partie corrigée. La question est de savoir si cette redistribution est exclusivement ou aussi une réparation ou un investissement. Je penche nettement en faveur de la seconde réponse. La redistribution à la française engendre un dynamisme démographique, préserve un capital humain en bonne santé (et ce même si on redistribue beaucoup au profit de malades âgés sortis du monde du travail). Elle contribue aussi à la paix sociale, même si celle-ci ne peut être durablement acquise sans des progrès en ce qui concerne l'égalité des chances.

Parlons de la dette sociale :

Les régimes de sécurité sociale sont endettés depuis 1995. C'est le cœur du problème. La dette cumulée de la CADES (Caisse d'amortissement de la dette sociale) s'élève à 93 milliards d'euros fin 2009 - 45 milliards d'euros ayant déjà été amortis

grâce à la CRDS - auxquels s'ajoutent 55 milliards d'euros de dette de l'Agence centrale des organismes de Sécurité sociale à la fin 2010. On parle donc de 150 milliards d'euros.

Le cantonnement de cette dette dans un établissement public dédié –la Caisse d'Amortissement de la Dette Sociale– me paraît le moins mauvais système possible.

Dans le paysage de la sécurité sociale, la branche famille se distingue par la qualité de ses résultats :

La branche est en moyenne structurellement excédentaire. 2009 fait exception, avec -2,9 milliards d'euros. C'est une branche professionnelle, qui fonctionne bien. La performance démographique est bonne et l'harmonisation de la vie familiale et de la vie professionnelle est plutôt une réussite même si on peut toujours faire mieux, notamment sur les paramètres de l'allocation parentale d'éducation. On a beaucoup progressé sur la conciliation vie familiale/vie professionnelle et la qualité de l'accueil des jeunes enfants. Le taux d'emploi des mères de jeune enfant est quasiment le même que dans les pays nordiques.

Nous essayons de développer des nouveaux services à travers Internet pour aider les parents qui cherchent une garde à connaître l'offre disponible près de chez eux.

Je suis convaincu que la cohérence de notre politique familiale et la priorité donnée à l'accueil du jeune enfant est une des raisons fondamentales du niveau élevé des naissances dans notre pays.

Parlons du RSA :

L'analyse des résultats du RSA doit bien sûr s'inscrire dans un historique assez long de mesures d'intéressement au retour au travail. Depuis longtemps par exemple le problème des

coûts de garde d'enfants pour les femmes retournant au travail était posé, et des barèmes destinés à lisser les effets de seuil au moment de la reprise d'un travail salarié avaient été mis en œuvre. Ces mesures étaient insuffisantes et ne permettaient pas de dissuader le travail au noir. Le RSA amplifie ces mesures et incite plus qu'auparavant à déclarer les débuts d'une reprise du travail. Mais il pourrait aussi permettre une installation dans un mode de vie conjuguant un court travail salarié à mi-temps et du travail au noir. Une caissière de grande surface à mi-temps au SMIC et mère de deux enfants, bénéficiera du RSA, qui répond clairement de ce point de vue aux besoins des travailleurs pauvres. En tout état de cause le RSA est bien adapté à la situation des travailleurs pauvres dont la quantité de travail est faible. Cela étant, alors qu'on souhaitait limiter à trois ans le bénéfice du RSA pour éviter les dérives, le Parlement a décidé de l'accorder sans limite de durée. On a, ce faisant, créé un nouveau risque social. Il faudra probablement revenir à une limitation dans le temps. Par ailleurs 2 à 3 ans seront nécessaires pour atteindre le rythme de croisière du RSA, la montée en charge étant plus lente que prévu, ce qui ne me surprend pas.

L'assurance maladie pose un problème plus complexe :

On a en effet réussi, par des actions multiples depuis 15 ans, à diminuer de 7 à 3,5% le taux de croissance annuel des dépenses de santé, ce tout en préservant la qualité des soins et en préservant un taux moyen de remboursement supérieur à 75% pour l'assurance maladie obligatoire. Par ailleurs, plus de 93 % des ménages disposent d'une assurance maladie complémentaire. La part laissée aux ménages est donc inférieure à 10%, ce qui est quasiment un record mondial. Au total, même s'il y a des tensions dans le système, le résultat est assez convenable.

Après de nombreux échecs dans les années 70, 80, jusqu'au plan Juppé tout entier fondé sur une logique comptable, la maîtrise

médicalisée des dépenses de santé, à partir de 2004, a fait ses preuves. Le contrôle des comportements micro-économique est beaucoup plus efficace que les systèmes d'enveloppe nationale rigides. Quelques centaines de délégués de l'assurance maladie, sillonnant le territoire pour aller voir les professionnels de santé, font une différence certaine. Les gens ont par ailleurs adhéré au concept de parcours de soins avec le médecin traitant. Le succès des génériques est également là, aidé par l'absence de grandes innovations médicamenteuses depuis quelque temps. Le simple passage du plavix au médicament généricable rapporte 200 M€ à l'Assurance maladie en 2010.

Enfin la baisse de la démographie médicale a exercé un puissant effet déflationniste, réduisant la pression à la multiplication des actes. Le ratio médecins/population reste élevé par rapport aux pays comparables, mais il n'augmente plus. Plusieurs points noirs subsistent cependant : le problème des Affections de Longue Durées (ALD), c'est-à-dire la croissance forte des patients pris en charge à 100 %, du fait du vieillissement de la population ; la répartition des professionnels de santé est très inégale et commence à poser de réels problèmes d'accès aux soins sur certains territoires ; les établissements de santé ont des niveaux d'efficacité très hétérogènes et de multiples pistes de progrès existent grâce à une meilleure organisation des blocs, de l'urgence, de la nutrition, du temps médical... Enfin, il y a certainement à réfléchir sur le rôle de l'hôpital demain dans notre système de santé : le progrès médical a pour conséquence qu'on peut de plus en plus pratiquer des actes, y compris chirurgicaux sans immobiliser le patient, pour un séjour plus ou moins long à l'hôpital. Moins hospitaliser ou hospitaliser à bon escient, c'est de la qualité de vie gagnée et une moindre pression sur les dépenses de santé publique. Explorer ces pistes devrait nous permettre, si la croissance daigne revenir, de réduire progressivement un déficit revenu brutalement à plus de 13 milliards d'euros, ce qui n'est pas supportable.

A l'Hôpital, la T2A (tarification à l'activité), lancée par l'équipe Mattei en 2006, a bien fonctionné. Tous les hôpitaux, sauf les hôpitaux psychiatriques, sont désormais sortis du budget global. Comme partout dans le monde ! L'avantage est que les hôpitaux non performants sont immédiatement sanctionnés. La mission d'étude et d'audit hospitalier (MEAH, désormais intégrée au sein de l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux -ANAP) a produit de nombreux *benchmarks* qui permettent de mettre ces situations en lumière. L'inconvénient évident est le risque d'une course à l'activité, activité pas toujours pertinente. On a eu en 2009 un dépassement des charges par rapport au budget hospitalier présenté au parlement, pour cette raison précise. La question du contrôle des volumes n'est donc pas encore complètement résolue. Conjuguer l'incitation micro-économique à l'efficacité de la T2A et l'impératif de maîtrise des volumes est un des grands enjeux de demain

AMELIORER L'EFFICIENCE DU SYSTEME DE SOLIDARITE, par René Sève

Les nombreux débats, politiques ou techniques, sur les retraites, l'assurance-maladie, la famille, donnent parfois l'impression de fonctionner en économie fermée, en associant les exigences d'une soutenabilité à laquelle il faudrait bien se résoudre, à un critère primordial d'équité qui seule pourrait la légitimer. Le basculement progressif vers les pays émergents d'une grande partie des capacités de production et d'innovation mondiales conduit à appuyer l'exigence d'équité par un souci de compétitivité, avec l'objectif social incident de l'augmentation du

Commentaire [MSOffice1] :
eprend

taux d'emploi (surtout qualifié). Un ouvrage récent¹ l'a rappelé dans le domaine de l'immigration : la croissance démographique qu'elle entraîne, en se limitant certes à l'échelle du pays d'accueil, n'est favorable aux grands équilibres des finances publiques que si le taux d'emploi moyen augmente. Cela suppose une très grande efficacité des systèmes sociaux et éducatifs². C'est en prenant en compte cette dimension productive du « capital humain » que la France optimisera les importants investissements publics décidés en matière de recherche et d'enseignement supérieur et pourra rester une puissance économique importante, en jouant notamment sur la compétitivité-qualité de ses produits et de ses services. Il pourrait être tentant de rompre avec cette logique pour trouver un autre « modèle de croissance ». Mais la sortie du *so called* consumérisme aveugle, la réponse à des défis concrets, - la dégradation écologique, la maladie, l'ignorance, la ghettoïsation, la violence... - passent par un mouvement conjoint d'innovations scientifiques, techniques et sociales, un progrès, qui nécessite plus (et non pas moins) d'efficacité, de coordination, de régulation, de concurrence même.

Cette approche intégrée, « pro-compétitive », du système de solidarité peut susciter la critique, au prétexte qu'elle trouverait son origine dans une confusion entre « logique comptable » et « réalité humaine » - seule cette dernière permettant de prendre en compte toutes les dimensions des institutions publiques, notamment l'école ou l'hôpital. On peut déplorer au contraire que la comptabilité ne soit pas assez pratiquée ou étendue, afin d'envisager tous les mécanismes de solidarité dans leurs rapports réciproques et leurs externalités mutuelles, positives ou négatives. Dans les pays en développement, par exemple, à politique scolaire constante, le rendement du système éducatif (notamment la diminution de l'absentéisme) est significativement amélioré

¹ Michèle Tribalat, *Les yeux grands fermés*, Denoël, 2010.

² Puisque le taux d'emploi des populations immigrées ou issues de l'immigration est souvent inférieur au taux d'emploi moyen.

par la mise en place simultanée de mesures sanitaires très peu coûteuses³, mais qui nécessitent une approche globale. Nos pays n'échappent pas à ce type de causalité croisée et, en l'espèce, la médecine scolaire doit d'ailleurs y jouer un rôle important, sanitaire et éducatif, auprès des enfants des milieux défavorisés.

Les considérations suivantes cherchent ainsi à mettre en lumière quelques marges de progrès qui justifieraient une adaptation des mécanismes de solidarité sans renoncer pour autant à leurs objectifs.

Vivre avec Louise et Amélie

Louise est américaine. Son travail à l'hôpital de Boston consiste à expliquer aux patients avant leur sortie de l'établissement les prescriptions et les contrôles, souvent complexes, qu'ils devront suivre pour s'assurer une convalescence efficace. Elle exerce une fonction très importante car le respect de ces protocoles est essentiel pour la santé du patient mais aussi pour l'efficacité de l'ensemble de la chaîne sanitaire, afin notamment d'éviter les réhospitalisations. Très patiente, Louise y consacre environ 50 minutes par malade, alors cela prenait 8 minutes avant son arrivée.

Amélie, elle aussi peu avare de son temps, répond sur le site de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie aux interrogations diverses des internautes sur leurs droits et leurs possibilités de traitement, et même, avec sobriété, à des questions personnelles sur sa famille et ses enfants (deux garçons). Louise et Amélie contribuent donc à aider les patients et les assurés à être également acteurs de leur parcours médical, une condition essentielle aujourd'hui de l'efficacité des dépenses de santé.

³ Sur ce point cf. E. Duflo, *Le développement humain*, Paris, 2010, p. 34.

Si Louise et Amélie méritent d'exercer ici une certaine fonction symbolique, - comme, dans d'autres rôles, naguère Amandine... ou Dolly -, c'est qu'elles ne sont pas des êtres vivants, mais des « agents conversationnels », des avatars, assez simples d'ailleurs⁴ : elles s'adaptent à la compréhension de leurs interlocuteurs par un jeu de questions/réponses, alors que d'autres programmes, notamment dans le domaine de l'éducation, de la psychiatrie⁵ ou de l'accompagnement des seniors, disposent déjà de dispositifs de reconnaissance des émotions des personnes. Néanmoins, Louise et Amélie permettent d'illustrer la nécessité pour des systèmes publics de solidarité, soumis à de fortes contraintes financières, d'être ouverts aux évolutions technologiques de l'intelligence artificielle et d'être eux-mêmes des incitants à leur développement, en leur sein comme à leur périphérie.

La raison en est simple. Alors que dans tous les domaines de services, marchands ou non-marchands, l'individualisation des prestations est la condition de leur succès, des systèmes fondés sur des normes manquent de capacités à offrir un accompagnement personnalisé ou un *coaching* pour leurs bénéficiaires, pourtant indispensables en cas d'insuffisance de leur motivation ou de leur compétence. Même si la mise en présence reste structurante⁶ dans le domaine de la santé, de la formation (c'est le « socratisme *high-tech* ») ou du travail, la création de relations et de réseaux virtuels entraîne des gains considérables de réactivité et d'adaptabilité, avec des dépenses maîtrisées et des externalités réduites⁷. De ce point de vue, le développement des applications susceptibles de fonctionner sur

⁴ D'où le nom du programme américain, RED, pour *Re-Engineered Discharge*.

⁵ Depuis 1998, le programme britannique Aurore utilise des robots pour faciliter la socialisation des autistes. Cette démarche a été élargie depuis, notamment dans le cadre du projet européen IROMEC.

⁶ Cf. Haute autorité de santé, 2008, *Analyse économique et organisationnelle de l'éducation thérapeutique dans la prise en charge des maladies chroniques*.

⁷ 60 000 km par mois pour les réunions du seul Groupement de coopération sanitaire TéléSanté de Lorraine.

smartphones (« Devenir maman », « Nutriquizz », « VidyolHealth » ou diverses formations éligibles au Droit individuel à la formation) permet d'aborder avec un esprit nouveau certaines limites concrètes de l'État providence⁸.

Ces exemples ne concernent toutefois qu'une partie très émergée de l'intelligence artificielle. Plus fondamentales sont les avancées de la numérisation et de la modélisation dans la recherche elle-même, notamment médicale. La bio-informatique, qui a été décisive dans le décryptage du génome, commence à permettre d'effectuer des recherches sur des cellules virtuelles construites à partir des données du séquençage. Sur le plan clinique, la modélisation du cœur d'un patient⁹ peut guider le diagnostic, faciliter le choix d'un traitement, rendre plus efficaces les interventions, notamment chirurgicales. Une nouvelle donne « sociotechnique » s'installe progressivement dans l'ensemble du champ biomédical où, d'abord pour des raisons de fiabilité, de plus en plus d'interventions sont préparées et réalisées par des robots¹⁰, y compris en ce qui concerne le monitoring de l'anesthésie ou la téléradiologie.

La dégradation du rendement de la R&D observée au cours des années 2000 dans les grands laboratoires n'est pas une fatalité : selon une étude de *PricewaterhouseCoopers* parue en juin 2007¹¹, le domaine de la recherche lui-même va effectuer d'importants gains de productivité. La combinaison de l'imagerie en 3D et de l'informatique autorisera en effet une analyse robotisée et accélérée des expérimentations ; la modélisation des organes ou des systèmes biologiques permettra de tester virtuellement les effets des

⁸ Cf. Diabeo pour la prise en charge des malades du diabète.

⁹ Cf. le programme Cardiosense 3D de l'Inria.

¹⁰ 1 000 opérations au CHU de Nancy.

¹¹ *Pharma 2020 : La R & D virtuelle*.

thérapeutiques ; le développement des études épidémiologiques et les bio-marqueurs entraîneront une meilleure sélection des patients et des traitements etc. Ainsi la durée des processus de R&D pourrait être réduite des deux tiers d'ici à 2020 avec une augmentation du taux de succès et donc une meilleure productivité.

Prendre en compte la vraie rationalité (limitée)

Les agents non humains permettront de servir encore davantage les personnes. Il faut lire, *a contrario*, dans leurs caractéristiques « idéales » l'illustration des contingences (donc la noblesse) de l'humanité réelle, que la biologie et l'économie contribuent à préciser.

La connaissance du cerveau montre ainsi l'importance considérable, positive ou négative, des phases de développement de l'enfant, entre moins six mois et deux ans. Bien que la plasticité cérébrale permette à tout âge des évolutions¹², c'est aux premiers stades que se construit une grande partie des compétences relationnelles, cognitives et linguistiques de la personne. Dans la même logique, selon l'adage « *use it or lose it* », valable pour les capacités cognitives ou sociales des adultes, de nombreuses études ont montré comment elles pouvaient être entretenues par des programmes anticipatifs de façon à maintenir les compétences, conserver l'autonomie, retarder la dépendance éventuelle.

¹² À titre anecdotique, mentionnons qu'on a observé un grossissement de certaines parties du cerveau chez les adultes bénéficiant de programmes d'alphabétisation.

Dans le domaine de l'économie, l'idéal-type de l'agent rationnel a été depuis plusieurs décennies clairement complété et amendé par des recherches à dimension empirique, notamment d'économie expérimentale. Elles ont montré que les vrais agents avaient de fortes tendances à la procrastination, que leur calcul des risques était perfectible et en partie mimétique. Quant à l'opportunisme, il n'est pas seulement le fait de l'acteur égoïste de la société marchandisée.

Ces données biologiques et économiques¹³ aujourd'hui banalisées dans le monde académique ne sont néanmoins pas toujours prises en compte par des systèmes collectifs qui découpent les individus en catégories juridiques abstraites, définissant des statuts, avec comme variables principales notamment l'âge et le niveau de revenu. Le système de solidarité français en particulier, victime de ses nombreuses stratifications, semble donc souvent fonctionner (ou dysfonctionner) aux externalités négatives selon un « principe de mistigri ». Les politiques familiales, qui atteignent dans une large mesure leurs objectifs natalistes, ne permettent pas encore d'éviter que de nombreux enfants rentrent en primaire avec des difficultés d'expression, voire de comportements (y compris alimentaires). Comme l'école ne saurait suffisamment les corriger, ces défaillances se prolongeront au collège et au lycée, où seulement 25 % des élèves disposent du niveau attendu. En découlent les sorties du système sans diplôme (60 000 par an et 150 000 avec seulement le BEP ou le CAP), donc le chômage (dans certains cas la délinquance), puis la précarité, qui pèsent, à court ou à long terme, sur les autres régimes (maladie, vieillesse) et en général sur les finances publiques.

Cette sous-performance, qui entraîne déficits de ressources et surcroît de dépenses, est souvent signalée pour le système éducatif, encore récemment par les travaux du Conseil d'Analyse

¹³ Qui évidemment se rejoignent dans des protocoles expérimentaux combinant analyse des comportements et IRM fonctionnelle par exemple.

de la Société sur l'illettrisme. Elle est parfois occultée dans le domaine du travail, l'insuffisance du taux d'emploi français semblant compensée, par une excellente productivité. Or celle-ci découle d'un taux d'emploi insuffisant, puisque malgré les exonérations de charges, le niveau du SMIC écarte les travailleurs « improductifs », faute d'une formation initiale ou continue satisfaisantes¹⁴. Il en résulte globalement une importante proportion de personnes éloignées de l'emploi, alors même qu'un taux d'emploi insuffisant fragilise l'ensemble du système de solidarité.

Si les défauts de performance du système éducatif français sont reconnus (sans qu'il y ait consensus sur les causes ou les remèdes), les Français sont en général convaincus de la qualité de leur système de santé, peut-être « le meilleur du monde ». Or, le système ne manifeste pas de performances exceptionnelles par rapport aux autres pays européens en ce qui concerne certains de ses paramètres-clés, comme l'espérance de vie en bonne santé.

Tableau n° 3. Estimations du nombre de personnes, âgées de 15 à 64 ans, en situation de difficulté sur le marché du travail en France métropolitaine. Effectifs en millions, année 2006

Chômage	Effectifs	Emploi	Effectifs	Inactivité	Effectifs
Chômage total (1)	2,4	Emploi total (5)	25,1	Population inactive (9)	11,8
Dont chômage de longue durée :		dont sous-emploi (6)	1,3	dont PSTMRE' (10)	0,5
> 6 mois (2)	1,4	dont emploi à temps partiel pour maladie ou invalidité (7)	0,2	dont en recherche d'emploi et non chômeur au sens BIT (11)	0,4
> 12 mois (3)	1,0	dont emploi à temps partiel pour assistance de personnes en incapacité (8)	0,2		
> 24 mois (4)	0,5				
Scénario 1 (critères stricts) = (4) + (10) = 1 million Scénario 2 (critères élargis) = (3) + (10) = 1,5 million Scénario 3 (critères extensifs) = (1) + (10) = 2,9 millions					

Source : Eurostat, Forces de travail. Données brutes, provisoires et non ajustées. Calculs Centre d'analyse stratégique

La France affiche le deuxième niveau de dépenses de santé par rapport au PIB des pays de l'OCDE (loin derrière les États-Unis), alors que ses performances en termes d'espérance de vie ne sont pas nettement supérieures à celles de l'Espagne et de l'Italie, qui dépensent moins, et surtout restent très inférieures à celles du Japon et de l'Australie, qui dépensent beaucoup moins. Il faut

¹⁴ S'y ajoute l'effet de la durée du travail qui, quand elle diminue, augmente la productivité apparente. Sur ces questions, cf. Cette et Bourlès, *Bulletin de la Banque de France*, n° 150, juin 2006.

surtout remarquer la très forte disparité interne du système français puisque les hommes y ont une espérance de vie médiocre par rapport aux autres pays industrialisés (11^e rang) alors que les Françaises se placent juste derrière les Japonaises en championnes de la longévité. Quant au décalage coût/performance, il s'exprime par exemple dans le nombre de médecins (1 pour 300 en France avec de fortes disparités régionales¹⁵ contre 1 pour 500 au Japon) ou par celui des personnels non soignants dans les structures hospitalières (21 %).

La France est même « mauvaise élève » en matière de mortalité évitable avant 65 ans en raison de la persistance de conduites à risques (tabac, alcool) ou de difficultés dans le domaine du dépistage. Pour le cancer du sein, par exemple, avec un objectif européen de dépistage de 70 % de la population concernée, la situation française s'améliore lentement, à 53,5 %, mais avec des disparités régionales considérables (seulement 28,2 % à Paris) : c'est pour cette raison que les progrès du dépistage sont un des axes d'action prioritaire du second Plan Cancer.

Que l'on considère l'éducation, l'emploi ou la santé, le système français apparaît coûteux au regard des classements internationaux, avec un pourcentage important de dépenses collectivisées (par opposition aux dépenses directes des ménages) et des résultats corrects dans le domaine sanitaire mais peu satisfaisants pour l'éducation ou l'emploi. Le contexte de finances publiques extraordinairement contraint qui est le nôtre et les nouvelles technologies disponibles doivent conduire à privilégier de nouveaux effets de levier pour améliorer l'efficacité du système. On en esquissera quatre ci-dessous.

¹⁵ 742 médecins pour 100 000 habitants à Paris, 186 dans l'Eure.

La famille

Les leçons de l'économie de l'éducation et de la socialisation (l'économie du capital humain) sont à peu près claires : les capacités cognitives, émotives et relationnelles se forment très précocement (y compris lors de la vie intra-utérine) ; sur le plan physiologique, on rappellera que le cerveau passe de 400 grammes à la naissance, à un kilo à deux ans, 100 milliards de synapses se créant pendant cette période. On comprend donc que l'intervention publique est d'autant plus efficace qu'elle est précoce et ciblée aussi sur les publics les plus défavorisés. Inversement, l'absence d'intervention précoce est lourde d'externalités négatives et donc de coûts sociaux ultérieurs¹⁶.

L'action de l'État en matière familiale, sanitaire et éducative est légitime parce que les individus, même s'ils aiment leurs enfants, ne manifestent pas assez de cohérence temporelle dans leurs choix. Ainsi, les parents sont prêts à supporter des dépenses de soins si leur enfant est malade car le bénéfice supposé est immédiat, mais ils tendent à reporter la vaccination au profit différé alors qu'elle est moins coûteuse : c'est pourquoi la vaccination est obligatoire et souvent gratuite, de même que les visites médicales infantiles ou encore, plus récemment, la prophylaxie dentaire au bénéfice des jeunes. Ce raisonnement peut également s'appliquer à la scolarité obligatoire jusqu'à 16 ans, alors que l'investissement dans l'éducation supérieure ou la formation continue impliquent des bénéfices plus rapprochés et qui sont davantage d'ordre privé. Les principes sont les mêmes pour les politiques sanitaires générales : les individus retardent

¹⁶ Cf. le fameux *Perry Preschool Program* ainsi que les travaux de James Heckman et Pedro Carneiro ; cf. également Pierre Cahuc et André Sylberberg, *Le Chômage, fatalité ou nécessité*, Paris, 2005, spécialement le chapitre 7 « L'éducation n'est pas une potion magique ».

les mesures préventives, négligent les externalités (contagion, coûts collectivisés), justifiant, avec plus ou moins de volontarisme (*cf. infra*) l'intervention de la puissance publique. Dans le cas de la famille, la collectivité considère en outre que les individus auraient, selon la même logique, une tendance hédoniste à repousser la naissance des enfants ou à en limiter le nombre à un niveau qui ne permettrait pas le renouvellement des générations : tel est le principe de l'aide à la naissance et à l'éducation qui préside aux prestations familiales et au mécanisme du quotient familial.

La difficulté est ici que, toutes choses égales par ailleurs, la taille de la famille influence négativement les chances de réussite scolaire des enfants. Comme l'avaient rappelé Michel Godet et Évelyne Sullerot dans un rapport du Conseil d'Analyse Economique : « dès la scolarité élémentaire, le risque de redoublement augmente fortement avec la taille de la famille, notamment à partir du troisième enfant. Ce handicap de départ va se creuser tout au long de la scolarité et les chances d'accéder à l'enseignement supérieur pour les frères et sœurs d'une fratrie nombreuse sont beaucoup plus faibles [...] »¹⁷. Dans cette même logique, D. Goux et E. Maurin¹⁸ ont étudié les paramètres relatifs au logement et montré que la possibilité de disposer d'une chambre individuelle, qui varie selon la taille de la famille, le niveau de vie et le sexe des enfants (parce que des enfants du même sexe ont une plus grande probabilité de partager la même chambre), influence d'un peu moins du simple au double les chances de succès à l'école. Or, les familles très nombreuses, de 4 enfants ou plus, se trouvent essentiellement dans les familles les moins favorisées, celles des deux derniers déciles de niveau de vie¹⁹.

¹⁷ Rapport du CAE, *La famille, une affaire publique*, Paris, 2005, p. 147.

¹⁸ D. Goux, E. Maurin, *Journal of Public Economics*, 89 (2005), p. 797-819.

¹⁹ Là où se situe la moins mauvaise nouvelle est qu'on ne peut en déduire une stigmatisation des familles immigrées en tant que telles, puisque à données comparables (taille et revenus), la réussite de leurs enfants est meilleure, sans

Décile de niveau de vie	Nombre d'enfants à charge du ménage*						Total
	0	1	2	3	4	5 et plus	
1	1 565	407	351	168	65	33	2 588
2	1 602	352	352	206	60	17	2 588
3	1 694	332	352	178	25	7	2 588
4	1 678	365	369	152	19	4	2 588
5	1 710	395	366	103	14	1	2 588
6	1 680	429	353	113	9	4	2 588
7	1 714	446	323	94	10	1	2 588
8	1 790	404	312	71	9	2	2 589
9	1 900	341	263	70	10	4	2 588
10	1 929	303	251	87	17	2	2 588
Total	17 262	3 774	3 292	1 243	238	75	25 883

* le nombre d'enfants à charge considéré est le nombre d'enfants hors enfants en garde alternée

Le cloisonnement des politiques publiques les rend sous-optimales globalement. Des allocations familiales, à visée en grande partie nataliste, encouragent la naissance d'enfants (au moins jusqu'au 5^e), alors que le système dans son ensemble ne peut conduire la plupart d'entre eux, avec une probabilité raisonnable, à l'autonomie de l'âge adulte, si l'on considère que cette dernière repose en grande partie sur les capacités professionnelles. Sauf à baisser le seuil de dégressivité, on comprend alors l'importance, non seulement d'une réforme de l'école primaire sur laquelle vient d'insister vigoureusement l'Institut Montaigne²⁰, mais surtout celles des prestations d'accompagnement des familles (y compris des mères pendant leur grossesse) et d'accueil du jeune enfant.

Dans une optique d'efficacité de la dépense publique (et au-delà de l'amélioration de la compétitivité dans la société de la connaissance), on doit en déduire que les actions les plus efficaces seraient, dans l'ordre, le *coaching* parental, qui aide

doute parce que leurs aspirations sont plus élevées. Cf. Louis-André Vallet et Jean-Paul Caille, « La scolarité des enfants d'immigrés », in *L'école : l'état des savoirs*, Agnès Van Zanten (dir.), La Découverte, 2000, pp. 293-301.

²⁰ *Vaincre l'échec à l'école primaire*, Paris, 2010.

le(s) parent(s) à trouver le point d'équilibre de leur famille²¹, l'accueil des jeunes enfants (*cf. infra*), les politiques de logement, *mais* seulement si elles sont corrélées aux deux volets précédents, et enfin les politiques d'éducation qui pallient avec de grandes difficultés les effets plus qu'elles n'agissent sur les causes.

L'objectif serait ici de trouver un optimum entre le soutien aux naissances (pour ne pas dégrader le solde démographique), l'activité professionnelle des parents (pour ne pas dégrader le taux d'emploi à court terme) et la réussite scolaire des enfants (pour ne pas dégrader le taux d'emploi à long terme). De ce point de vue, l'idée récurrente d'une fiscalisation des allocations familiales n'est peut-être pas cohérente avec le troisième objectif. L'allocation généralisée dès le premier enfant produirait un effet d'aubaine sur les parents au-dessus du plafond de ressources de la Prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE), alors que pour eux le coût de l'enfant est en partie supporté par le mécanisme du quotient familial. Ce sont les dispositifs de congé parental mixés avec l'offre d'accueil de la petite enfance - objets notamment des travaux de Dominique Méda et d'Hélène Périer et du rapport de Michèle Tabarot²² - qui concentrent ou devraient concentrer

²¹ Alors que l'orthogénie hospitalière poursuit des fins de limitation des naissances *stricto sensu*.

²² *Cf.* un extrait de son rapport sur *Le développement de l'offre d'accueil de la petite enfance* (2008) : « Les besoins de garde, dans la perspective de la mise en œuvre d'un droit de garde, sont estimés à 60 places pour 100 enfants de moins de 3 ans. Un tiers des femmes qui se sont arrêtées de travailler à la naissance de leur enfant évoquent des raisons liées aux modes de garde. On peut donc estimer que pour 17 % des enfants, un problème de garde existe, soit que l'offre est insuffisante, soit qu'elle n'est pas adaptée. Par addition aux 48 places pour 100 enfants déjà gardés, l'objectif théorique serait donc de 65 places d'accueil pour 100 enfants de moins de trois ans. Le besoin semble cependant plus prégnant quand l'enfant atteint sa deuxième année. Compte tenu de ces éléments, il paraît raisonnable de proposer la fixation d'un taux d'objectif global de 60 places pour 100 enfants de moins de trois ans, avec un taux plus élevé de 65 % pour les enfants à partir de deux ans. À situation inchangée de scolarité, cela représente un besoin de places d'environ 322 000. Cette approche est cohérente avec celle de la plupart des experts qui estiment à 400 000 environ, le nombre maximum de places d'accueil correspondant à des

l'attention puisqu'ils sont finalement d'une importance cruciale pour le rayonnement ou la compétitivité du pays à long terme. Un congé parental plus court, mieux rémunéré, davantage partagé (à la scandinave) entre hommes et femmes, des places d'accueil plus nombreuses, - mais aussi des assouplissements des modalités d'accueil pour pallier l'urgence (par exemple la création de maisons d'assistants maternels, selon l'expérience mayennaise) -, sont les principaux instruments disponibles. Ils « méritent leur prix » puisque, d'un point de vue économique, certes contre-intuitif, l'investissement public devrait davantage glisser vers la période de l'enfance et de la petite enfance, où se construisent les bases de la personnalité, que se porter vers la jeunesse, qui, si ces bases sont constituées, pourrait davantage se financer par des mécanismes plus proches du marché (prêts aidés ou garantis). De plus, le coût collectif des familles d'accueil, structures sociales diverses ou centres éducatifs fermés est de 3 à 5 fois plus important que celui d'un mode d'accueil précoce. Enfin, comme le rendement des dispositifs d'accueil précoce est meilleur pour les publics les plus défavorisés, c'est sur eux qu'il faudrait cibler ces soutiens surtout s'ils permettent de réinscrire ces familles, et notamment les mères, dans une trajectoire de réinsertion professionnelle, propice à la réussite de leurs enfants. Contrairement à une idée reçue, le taux d'emploi féminin (65,9% en 2008) est inférieur en France, non seulement à tous les pays scandinaves, mais aussi à l'Allemagne (70,8).

Plus généralement, et surtout si l'on considère que les politiques publiques doivent s'inspirer des connaissances scientifiques, il faudrait favoriser une approche globale de la période clé de la petite enfance. Alors que les dimensions sanitaires,

besoins non couverts. Si les enfants de moins de 2 ans n'étaient plus scolarisés à l'école maternelle, ce chiffre avoisinerait les 500 000. » Dominique Méda estime quant à elle le nombre de places nécessaires à un million. Pour elle, même si le rapport de la députée constitue un pas dans la bonne direction, il ne retiendrait, pour des raisons budgétaires, que les estimations des besoins les plus basses (cf. D.Méda et alii, *Note de la Fondation Terra Nova*, 18 septembre 2009).

psychologiques et sociales forment un tout du point de vue des personnes, même les plus jeunes, les services de solidarité sont spécialisés, voire cloisonnés. Les visites médicales pré- et postnatales sont très axées sur le dépistage des maladies héréditaires ou des facteurs de risques sanitaires (liés par exemple au surpoids de la mère). Elles englobent peu les dimensions plus qualitatives et psychologiques du conseil à la parentalité. De même, les aides à la parentalité proprement dites, comme l'a rappelé la Cour des Comptes, restent encore éparpillées. Enfin, l'école primaire n'est pas organisée pour tenir compte des rythmes de développement distinct des enfants, qui peuvent connaître de fortes variations en fonction de leur personnalité propre ou des conditions spécifiques des familles.

De ce point de vue, des Agences régionales de la famille et de l'éducation scolaire, sur le modèle des agences régionales de santé (ARS), pourraient coordonner les procédures, les interventions et les financements, améliorer les recrutements et la formation des agents, de façon à mieux accompagner les trajectoires individuelles des enfants. La question de la bonne socialisation des enfants n'est en effet pas moins complexe que celle de leur santé, même si la coordination et l'individualisation des prestations de solidarité poseront à terme des questions délicates de traçabilité précoce et d'évaluation « non normative »²³.

²³ Alors que le « livret de compétences » au primaire n'a pas fait l'unanimité..... Le rapport récent d'Alain Bauer sur la violence à l'école met en évidence un grand nombre d'expériences réussies de lutte contre la violence et les incivilités fondées sur la co-responsabilité de la communauté scolaire élargie. Plus avant, ces compétences coopératives acquises par les jeunes peuvent favoriser leur employabilité dans la mesure où dans un monde en perpétuelle évolution, les capacités comportementales et relationnelles, tant au sein de l'entreprise que vis-à-vis de ses clients, sont valorisées par les employeurs. On peut même supposer que la confiance en soi ou dans la communauté de travail est un incitant important des efforts de formation tout au long de la vie et donc contribue à l'employabilité longue.

La formation professionnelle

Les lacunes du système éducatif ont naturellement des conséquences sur les capacités productives de la France, sa spécialisation sectorielle et sa compétitivité internationale, notamment industrielle, mesurée par exemple par l'évolution de ses parts de marché à l'exportation en comparaison avec l'Allemagne : en 1996, les deux pays représentaient respectivement 6,20 et 10,70% du commerce mondial, en 2009, 4,28 et 10%. Pour la proportion des personnes de 25 à 64 ans ayant un niveau de diplôme inférieur au deuxième cycle du secondaire, la France se situe au 17^e rang des pays de l'OCDE, avec un taux de 31% (contre 16% pour l'Allemagne). Le pourcentage d'emplois moyennement qualifiés est d'environ 40 % de la population active, contre 60% pour l'Allemagne, ce qui situe la France au 14^e rang. Enfin, la France présente un taux d'emploi des très qualifiés inférieur à ceux des autres pays européens (à l'exception de l'Italie, de l'Espagne et de la Grèce), ce qui dénote un décalage entre formations supérieures et marché du travail. Parallèlement, se développe une compétition internationale croissante pour les personnels hautement qualifiés, - dans un contexte d'entrecroisement des disciplines et d'évolution rapide des technologies, dû notamment au développement des puissances de calcul et de modélisation²⁴ -, mais qui constitue la partie la plus visible d'une montée en gamme générale des métiers.

Or les réformes récentes de l'enseignement supérieur, *a fortiori* du lycée ou du primaire, ne touchent pas le stock de la population

²⁴ De nouveaux métiers commencent déjà à apparaître ou se laissent entrevoir : géomaticien, bio-informaticien, agro-généticien, ingénieur en nano-robotique, éco-logisticien, technicien en nano-isolation, spécialiste en bio-traitement des déchets, etc. Même l'agriculture devra connaître de profondes évolutions. Les cultures et l'élevage biologiques (voire raisonnés) devront utiliser toutes les ressources de l'agronomie pour améliorer leur productivité, grâce à une connaissance modélisée de la microflore et de la microfaune des sols, et des outils de diagnostic génétiques banalisés.

active en place. On peut résumer la situation comme suit : servicisation du système productif, nécessité de transitions professionnelles parfois radicales (notamment dans les secteurs concernés par les mutations éco-énergétiques) et, en même temps, vieillissement de la population, sortie des baby-boomers du marché du travail, très fortes disparités d'efficacité dans la formation initiale et faible productivité de la formation continue. De cette conjonction, découlent des risques importants d'une cohabitation entre individus sans métiers et de métiers vacants. A cela s'ajoutent les nombreux départs en retraite des enseignants de la formation initiale et continue, au moment où toutefois des doutes sérieux s'expriment quant à l'efficacité globale du système actuel, en particulier en ce qui concerne les formations qui ne sont pas directement liées à l'effectuation d'un travail²⁵.

La numérisation de la pédagogie et de l'enseignement peut fournir toutefois une réponse transversale à ces nombreux défis. En premier lieu, elle correspond à l'environnement pour ainsi dire naturel de la vie professionnelle, y compris dans les métiers peu qualifiés, notamment de l'entretien, de la maintenance, de la relation clients même de premier niveau. Comme le fait observer dans une excellente étude F. Michaux²⁶, « la carrosserie, qui était traditionnellement un métier d'artisan recourant à la seule habileté manuelle, est impactée par la numérisation de nombreuses fonctions [...] pour changer une aile, un capot, un pare-chocs, il faut désactiver un ou plusieurs capteurs et calculateurs [...], déconnecter puis rétablir des connexions multiplexées, enfin réactiver les fonctions électroniques et en vérifier le bon fonctionnement »²⁷. Ce raisonnement pourrait

²⁵ Cf. P. Cahuc et A. Zylberberg, *loc. cit.*, La question générale porte aussi sur l'apprentissage (ici au sens cognitif) : dans un monde technologique, peut-on dissocier temps de travail et temps de formation ? On le voit, dans le domaine de la formation initiale, avec le développement de l'alternance, y compris pour les formations d'ingénieur.

²⁶ François Michaux, *Formation-emploi : choc démographique et sortie de crise. Confrontations Europe*, Option n° 27.

²⁷ *Op. cit.* p. 32.

s'appliquer au monde du bâtiment où, portée par les contraintes éco-énergétiques, l'électronique devient de plus en plus présente, le volet RH du bâtiment intelligent étant crucial pour assurer la transition énergétique et environnementale. Il en va de même dans les services, pour la relation client, notamment dès aujourd'hui en ce qui concerne les « métiers du soin ». Évidemment, la numérisation correspond aussi à la réorganisation de la vie sociale, dans les relations des individus avec la collectivité, ou entre les générations, et naturellement dans les groupes de pairs²⁸.

La numérisation pédagogique, couplée avec des dispositifs de bilan et d'orientation à distance (*cf.* l'impressionnant dispositif *O Net* mis au point par le Département du Travail américain) sera donc également indispensable pour la formation continue, y compris celle des enseignants eux-mêmes. Elle permettra d'économiser en coûts et d'améliorer l'adaptation, la souplesse et le monitoring individuel des systèmes. Outre les efforts de la puissance publique (comme la distribution de 50 000 clés numériques aux enseignants au début 2010, etc.) sur le mode *top-down*, on doit surtout observer le foisonnement de l'offre organisée par des réseaux spontanés d'enseignants, comme le célèbre Sésamath, avec ses dérivés (Statistix, Kidimath, etc.), qui vise la formation initiale mais sont susceptibles d'application très nombreuses dans la formation professionnelle et la remise à niveau des adultes. Les compétences sont bien présentes, les technologies de communication et d'enrichissement pédagogique aussi même si les modèles économiques (incluant une part de bénévolat) reste à stabiliser (*cf.* www.cours-de-profs.com qui cherche à combiner les incitations en monétisant sur une bourse d'échanges, au moins symboliquement, des matériaux à vocation non principalement lucrative).

Au total, au vu de ses performances passées en matière de formation et donc de son stock insuffisant de qualifications, la

²⁸ Y compris avec dorénavant les jeux vidéos sociaux en ligne pour enfants.

France, qui en a tout à fait les moyens intellectuels et technologiques, a un intérêt sans doute vital à rattraper son retard - une étude de la Cegos l'a rappelé encore récemment en matière d'e-learning et d'e-orientation. La réussite future des innovations administratives réalisées (fusion de l'Anpe avec les Assedic), en cours (fin du monopole de l'APEC) ou envisagées (fusion du Conseil National de l'Emploi et du Conseil National de la Formation professionnelle tout au long de la vie²⁹, des Missions de l'Emploi et des Missions locales, du Contrat de Transition Professionnelle et de la Convention de Reclassement Personnalisé, etc..) doit être envisagée dans une perspective structurelle de numérisation des fonctions d'évaluation, d'orientation et de formation, qui augmentera la productivité du système et facilitera aussi les co-financements.

Santé et travail

Les réflexions, négociations, réglementations consacrées au monde du travail, au vieillissement des actifs et à la retraite semblent parfois porter sur des individus distincts de ceux dont il est question dans le domaine de la santé : d'un côté, la pénibilité, la démotivation, le stress au travail, les espérances de vie différenciées selon les catégories professionnelles ; de l'autre, le surpoids, l'alcoolisme, le tabagisme, les maladies chroniques. Ces maux semblent affecter deux catégories de population différentes parce qu'ils correspondent à des régimes de protection sociale distincts. Se risquer à surmonter cette division, fictive d'un point de vue biologique et psychologique, permettrait peut-être d'envisager différemment notamment la question de l'emploi des seniors et du départ à la retraite.

²⁹ Cf. les préconisations du rapport Morange.

Il ne faut pas voir dans le seul travail la raison pour laquelle certaines catégories sociales ont une espérance de vie plus réduite. Un déficit d'accès culturel ou financier aux soins et aux dispositifs de prévention des maladies non professionnelles handicape leurs perspectives de vie, comme d'ailleurs leur employabilité, ou, en termes « seniens », l'ensemble de leurs capacités. Le souhait de partir en retraite provient certes d'une organisation du travail démotivante mais aussi de la volonté de « profiter de la vie » dans un pays où la mortalité précoce, notamment masculine, est plus élevée que dans les autres pays de l'OCDE. De plus, comme l'ont montré Thierry Debrand et Pascale Lengagne³⁰, « un niveau de demande psychologique peu élevé, une latitude décisionnelle forte et un niveau de récompense reçue important ont un effet protecteur sur l'état de santé des seniors ». La qualité du travail a un impact sur la santé qui, elle-même, favorise l'employabilité et la motivation selon un cercle vertueux³¹.

Il ne s'agit pas ici de procéder à une « sanitarisation du social » destinée à réveiller l'hypothétique Antoine Bernheim ou Sœur Emmanuelle qui sommeilleraient en chacun, mais de considérer que

³⁰ « Pénibilité au travail et santé des seniors en Europe », *Questions d'économie de la santé*, n° 120, mars 2007. <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes120.pdf>.

³¹ Le marché du travail français révèle un paradoxe bien connu : par rapport à d'autres pays de l'OCDE, la stabilité du travail est plus grande mais sans effet positif sur le sentiment de bien-être des salariés. Pour expliquer ce paradoxe, on peut supposer que ces derniers supportent des situations insatisfaisantes, par crainte de la mobilité et des risques qu'elle impliquerait, surtout si leur employabilité est spécifique à leur entreprise et leur auto-évaluation de leurs compétences sur le marché reste floue (d'où l'intérêt d'un système O Net à la française). Du côté de l'employeur, la difficulté du licenciement peut conduire à des stratégies de surpression ou de harcèlement qui dégradent la satisfaction des salariés, les relations de travail et la confiance interne de l'entreprise en général. S'engage ainsi une spirale de l'échec collectif aux antipodes des organisations apprenantes qui doivent assouplir les lignes hiérarchiques, favoriser la circulation verticale et horizontale de l'information, dégager des modes de rémunération incitatives, etc..

la correction de certains dysfonctionnements du système offre des pistes pour améliorer le taux d'emploi, notamment des seniors et, au-delà, la qualité de vie pendant la retraite. D'ailleurs de grandes entreprises ne s'y sont pas trompées. Dans un contexte plus large de réflexion sur le bien-être au travail, General Electric France propose aux volontaires de participer à des programmes de sevrage tabagique ou de lutte contre le surpoids, avec donc pour les salariés des gains « bio-économiques » (plus de santé, plus de motivation, moins de coûts de transaction, etc.). Autour de l'emploi des seniors, Merck France ou Rhodia ont également introduit des dispositifs de conciliation entre vie personnelle et vie professionnelle qui rentrent dans la logique du cercle vertueux évoquée ci-dessus.

Sur un plan plus général, sinon plus réglementaire, concernant les risques sanitaires ou professionnels, qui se multiplient tous deux, il importe sans doute de compléter la logique de compensation qui a longtemps prévalu (indemnisation, prise en charge, bonifications, notamment départ anticipé à la retraite) par un attachement plus important à la prévention et à la diminution de la survenance des accidents du travail ou des maladies eux-mêmes. D'un point de vue *purement théorique*, l'association d'assurances privées (régulées pour éviter les oligopoles, protéger le consommateur et limiter la sélection adverse) et d'une intervention publique de dernier ressort (pour les risques ou publics non assurables) devrait viser, par l'instauration de politiques de bonus/ malus bien étudiées, à délivrer aux agents, personnes morales ou physiques, les bonnes incitations préventives. Comme l'a bien montré Philippe Askenazy dans *Le Désordre du travail*³², les États-Unis ont su considérablement réduire les accidents du travail, notamment par des tarifications d'assurance variables en fonction des sinistres (et un grand usage d'Internet). En France, une mobilisation récente des parties prenantes, et en particulier des organisations syndicales, et des pouvoirs publics, dans le domaine du Travail, portant notamment

³² Paris, 2004 ; cf. notamment le chapitre intitulé « Le miracle américain »

sur les risques psychosociaux et les Troubles Musculo-Squelettiques, témoignent d'un premier changement d'approche³³.

La situation évolue aussi progressivement dans le domaine de la santé proprement dite, facteur essentiel dans une société vieillissante. Le système a longtemps souffert de la « fiction de l'âge adulte ». Alors qu'il semble normal de protéger les enfants de la procrastination des parents, d'encadrer leur parcours de santé de rendez-vous réguliers et d'objectifs prophylactiques, il est de tradition que, devenu adulte, aspirant à être libéré de tout paternalisme familial ou collectif, l'assuré social soit considéré comme parfaitement rationnel et informé³⁴. La prise de conscience de maux de société, comme la progression de l'obésité, ou l'impasse des dépenses d'assurance-maladie liée aux Affections de longue durée, commencent pourtant à impliquer des réorientations plus volontaristes vers la prévention et le dépistage actif (avec récemment des campagnes modernes de dépistage du cancer colorectal ou de prévention des accidents vasculaires cérébraux). Le résultat de ce type de campagne est d'ailleurs parfois décevant (20 % des diabétiques s'ignorent) et implique, même en cas de succès, une bonne gestion *ex post* de l'éventuelle prise en charge des examens subsidiaires et de l'intervention thérapeutique : il s'agit alors d'éviter l'hyperréaction du système ou du patient (comme pour le cancer de la prostate).

³³ Le Ministre du Travail a annoncé récemment (10 mai 2010) un objectif de baisse de 25 % des accidents du travail. Toutefois, les règles de calcul des cotisations à la branche ATMP mutualisent toujours les risques pour les entreprises de moins de 20 salariés et peuvent encourager les plus grandes entreprises à externaliser les travaux dangereux vers leurs sous-traitants.

³⁴ Si on introduisait des considérations de genre, on devrait rappeler que, selon des études récentes, cette fiction est encore plus fictive dans le cas des hommes que dans celui des femmes.

Le vieillissement de la population, l'intérêt commun à accroître le taux d'activité, - bref, le vieillissement actif -, et l'accroissement des déficits des comptes publics rendent donc capitales les actions sur d'importants sous-jacents négatifs de la santé publique : le surpoids et l'obésité, l'alcoolisme et le tabagisme. Dans le cas de l'alcoolisme, l'IRDES³⁵ (cf. tableaux ci-dessous) a estimé que 44% des hommes entre 25 et 64 ans étaient des « consommateurs à risque », dont 20% entre 55 et 64 ans « à risque chronique », données qu'on ne peut raisonnablement tenir à l'écart des réflexions sur les capacités, la productivité, l'employabilité, la pénibilité ou la prévention sanitaire.

De même, il est difficile de traiter la question du surpoids comme un simple facteur d'inconfort et de santé personnels, puisqu'il rend plus difficile l'exercice d'une activité et plus coûteux la prise en charge sanitaire, toutes pathologies confondues³⁶. Tous ces sous-jacents conduisent donc à envisager une sortie prudente de la « fiction de l'âge adulte », en prenant compte la rationalité limitée de l'assuré, avant même son éventuel parcours de soins.

Les mutuelles ou complémentaires-santé pourraient être les acteurs appropriés de ce *coaching*, de l'éducation sanitaire ou alimentaire, des mesures de prévention voire de dépistage (par exemple, bilan lipidique tous les 5 ans à partir de 18 ans), étant entendu que l'assurance-maladie couvre les risques réalisés. Axa ou la Mutualité française ont ainsi engagé des programmes de

³⁵ Laure Com-Ruelle, Paul Dourgnon, Florence Jusot, Pascale Lengagne, « Les problèmes d'alcool en France : quelles sont les populations à risque ? », *Questions d'économie de la santé*, n° 129, janvier 2008. <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes129.pdf>.

³⁶ Pour être complet, il faudrait ajouter que ces maux peuvent aussi affecter le personnel des services sociaux et de santé.

lutte en amont contre l'hypertension³⁷. Le système actuel fondé sur une approche essentiellement curative conduit cependant les principaux acteurs à rentrer en concurrence essentiellement sur le ratio primes/ taux de remboursement ; les comparateurs de prix ne viennent que renforcer (et améliorer) cette approche consumériste et court termiste. Les acteurs du marché ont de plus fort peu d'incitations à modifier leur politique à court terme puisque celui-ci est en forte croissance, avec une sinistralité inférieure à celle de l'assurance dommages, et donc une rentabilité forte, le consommateur n'étant en effet pas rationnel mais toujours inquiet... On doit cependant noter que, de plus en plus, des « réseaux de soins » se mettent en place, agréés par des assurances ou des mutuelles³⁸. Dans un premier temps, ils devraient monitorer le patient ou l'assuré à risques (mais tout le monde peut le devenir), pour idéalement prévenir ces derniers (par exemple viser non pas la bonne utilisation des hypotenseurs mais plutôt agir sur les causes de l'hypertension).

Par touches successives, peut-être encore trop discrètes, un nouveau système se met en place : davantage intégré, il est à terme plus solvable car il est moins centré sur la rencontre irrégulière, au sens propre, et souvent idéalisée, des libertés du patient et du médecin. Ce système permettrait que l'assuré à la fois devienne davantage acteur de sa santé (par son mode de vie, son alimentation, l'amélioration de sa culture thérapeutique) et

³⁷ L'hypertension artérielle concerne 8 à 11 millions de personnes en France. AXA Santé en 2007 s'engage auprès du CLHTA (Le Comité de Lutte de l'Hypertension Artérielle) sur le dépistage précoce de l'hypertension artérielle. La Mutualité française va lancer à l'automne 2010 une expérimentation sur la prévention de cette maladie chronique. Le but est d'éviter ou de limiter la survenue de l'hypertension artérielle afin de réduire le nombre de personnes atteintes et par la même occasion les dépenses qui y sont liées. Dans ce dernier cas, six mutuelles santé expérimentales y prendront part en offrant à leurs adhérents un nouveau programme d'éducation thérapeutique et de diminution des risques d'hypertension artérielle. Le financement de l'expérimentation se partagera entre la Mutualité française et l'Assurance Maladie.

³⁸ Avec une difficulté spécifique liée au Code de la mutualité, sanctionnée le 18 mars dernier par la Cour de cassation.

soit mieux accompagné par un réseau médical et médico-social organisé³⁹. Les NTIC, avec en particulier les premiers pas du Dossier Pharmaceutique et la relance du Dossier Médical Personnel (le second devant intégrer le premier), vont permettre d'optimiser en délai et en qualité conseils, soins, analyses, diagnostic et traitement. Elles aideront aussi à alléger les contraintes de la présence physique sur le territoire, par exemple avec la possibilité d'acheter des médicaments en ligne ou un nouveau « service public de conseil médical et d'orientation », annoncé par la Ministre de la Santé, qui devrait fonctionner comme une sorte de « O Net santé » ou de « Doctissimo officiel ». Dans la même perspective, des projets innovants (présentés par exemple au dernier salon Proxima Mobile) sont actuellement expérimentés sur tout le territoire pour faciliter le suivi des personnes âgées et leur maintien à domicile (DYJA, TEL&AGE, GERHOME, GENIGRAPH...). Qui plus est, cette évolution, qui devra intégrer l'ensemble des professionnels de santé (y compris les infirmiers et les pharmaciens), pourrait correspondre aux souhaits des nouvelles générations de médecins, moins tentés par un exercice libéral de leur profession, si l'on s'en réfère aux dernières statistiques d'installation (1 médecin sur 10 choisit la médecine libérale en 2010 contre 1 sur 2 en 1980). Sur le plan de l'accueil fixe, le développement des Maisons de Santé pluridisciplinaires, - objet du rapport Juilhard-Vallancien-Crochemore-Touba - , va permettre de faire converger tous les acteurs du système et d'instaurer progressivement une rémunération des personnels médicaux, non seulement à l'acte mais aussi au forfait pour la prise en charge notamment des maladies chroniques.

³⁹ À l'instar de la célèbre expérimentation de lutte contre l'obésité des enfants menée à Fleurbaix Loventie et étendue dans EPODE.

Aspects fiscaux

Si le système de solidarité s'efforce de mieux accompagner l'individu pour renforcer la cohérence de ses choix, il semble également souhaitable que le système fiscal agisse dans une logique similaire.

Dans une économie ouverte, la difficulté consiste à taxer les bases les moins mobiles *sans sacrifier l'équité*, par exemple, dans les débats actuels, à jouer sur les avantages fiscaux des retraités, la richesse foncière ou la consommation⁴⁰. D'un point de vue plus dynamique et de plus long terme, les réflexions en termes de capabilité, dans la logique « bio-économique » déjà évoquée, conduisent à encourager une fiscalité liée au cycle de vie, notamment sur le plan de l'incitation à l'épargne, comme le soulignait le dernier colloque du Conseil d'Orientation des retraites⁴¹.

Dans cette perspective, et suivant en cela beaucoup d'autres pays européens, la France s'acheminerait vers une individualisation de l'impôt sur le revenu, dans la mesure où le quotient conjugal tend à favoriser la mono-activité des couples mariés dans un contexte démographique où il s'agit au contraire de maximiser le taux d'emploi⁴². Puisque l'ISF est devenu progressivement un impôt immobilier supplémentaire, sa suppression pourrait intervenir « à la hollandaise » avec l'imputation au revenu de loyers virtuels correspondant à la résidence principale ou aux biens inoccupés.

⁴⁰ Ainsi, les collectivités locales vont être indirectement poussées à taxer davantage le foncier bâti.

⁴¹ Colloque du 3 décembre 2009, *Les systèmes de retraite face à la crise en France et à l'étranger*, <http://www.cor-retraites.fr/article317.html>.

⁴² Et de diminuer les coûts de perception grâce au prélèvement à la source facilité par l'abandon du quotient conjugal. S'y ajoutent des avantages variés dans le calcul et la chronologie des prestations. Cf. D. Échevin, « L'individualisation de l'impôt sur le revenu », *Économie et Prévision*, 2003/4-5, n° 160-161, p. 149-165.

Enfin, et surtout, dans une perspective d'optimisation de l'activité sur le cycle de vie, le système fiscal gagnerait à délivrer les bonnes incitations aux individus sans chercher indirectement à soutenir des secteurs économiques particuliers. En matière d'épargne, comme l'a rappelé le Conseil d'analyse économique, il pourrait encourager les agents à se porter vers le marché des actions par des avantages fiscaux, en début et non en fin de trajectoire professionnelle⁴³. Dans la même logique de répartition des risques et compte tenu que les salariés spécifient leurs compétences dans l'entreprise qui les emploie, les Plan d'Epargne Entreprise (PEE) et Plan d'épargne pour la retraite collective (PERCO) devraient surtout être proposés aux salariés jeunes et investis en OPCVM diversifiés, toutes choses égales par ailleurs⁴⁴. L'action de l'État gagnerait donc à se concentrer sur la résolution des insuffisances du marché, liées aux limites de la rationalité des agents et à la mauvaise couverture de certains risques (par exemple en favorisant des produits financiers permettant de se couvrir contre les risques de chute des prix de l'immobilier⁴⁵). La capitalisation et l'épargne en général seraient ainsi envisagées non comme un bouche-trou du régime de retraites par répartition ou comme un facilitateur des relations sociales dans l'entreprise mais comme un élément naturel de la trajectoire économique des agents.

⁴³ Cf O. Garnier et D. Thesmar, *Épargner à long terme et maîtriser les risques financiers*, Rapport du CAE, Paris 2009.

⁴⁴ Inversement, comme le propose le rapport du Sénateur Retailleau sur les ETI (Entreprises de Taille Intermédiaire), dans les entreprises en croissance, on pourrait envisager un régime spécifique d'actions gratuites et de bons de souscription ouvert au personnel, assorti d'un dispositif garantissant leur liquidité, qui quant à lui pourrait bénéficier d'un avantage fiscal pour l'entreprise si la garantie est activée

⁴⁵ Un facteur important de mobilité professionnelle, comme l'a souligné récemment Mathilde Lemoine pour le CAE. Les derniers États Généraux de l'Habitat ont esquissé l'idée d'assurance revente, envisageable quand les pouvoirs publics auront achevé le reformatage statistique des données immobilières, aujourd'hui très imparfaites.

*
* *

Les systèmes dont les parties prenantes sont des élus, politiques ou syndicaux, souffrent naturellement du décalage de calendriers correspondant à leurs constitutions propres, notamment au rythme de leurs échéances électorales externes ou internes. Les instances collectives formelles ou informelles qui les réunissent voient rarement les horizons temporels des participants harmonisés : les décisions structurelles, par opposition aux aménagements au fil de l'eau, ne sont donc envisagées qu'en cas de crise majeure. En bref, le système ne peut réagir aux signaux faibles (même répétés) et tend à faire perdurer certains de ses vices cachés. Or la crise a mieux coordonné les calendriers, et donc facilité les progrès récemment réalisés, par exemple sur les risques psychosociaux, l'accès aux contrats de professionnalisation, l'indemnisation des chômeurs en fin de droits... L'aboutissement de la négociation sur les retraites jouera naturellement un rôle structurant. Toutefois au-delà de ses paramètres de premier rang (durée de cotisation, âge de départ, décote, surcote,...), des sous-jacents importants, relevant d'autres branches de l'action publique, déterminent la validité des scénarios et la solidité du compromis auquel la négociation aboutira.

Continuer à jouer sur ces paramètres est une condition essentielle de la résolution de notre équation démographique et économique. Cela peut impliquer un engagement plus fort de la collectivité dans les choix individuels « intimes » (vie familiale, capacités professionnelles, mode de vie, santé) et demander aussi à chacun d'être davantage responsable de la cohérence de ses choix dans la durée. Les nouvelles technologies, en rendant accessibles des informations complexes, facilitent grandement la rencontre de ces deux exigences.

Un monde façonné par l'intelligence artificielle tend à échapper aux qualifications sociopolitiques courantes. La création de

fichiers, leur interconnexion, les grands acteurs internationaux de l'informatique, de la téléphonie, de la santé, tirent vers la métaphore orwellienne du *Big Brother*, du repérage de l'ensemble des composantes de l'individu (y compris génétiques) du berceau à la tombe, qui plus est par un système dont les acteurs privés auront les clés technologiques. On ne peut cependant obérer la puissance des contreponds : des milliers d'acteurs du logiciel et des applicatifs, des réseaux coopératifs souvent sans but lucratif, un nombre croissant d'autorités de régulation transversales ou sectorielles, et, en matière de recherche et R&D, l'importance des financements publics dans le numérique et l'intelligence artificielle, qui, même s'ils ne sont pas idéaux, relèvent du débat public.

Mais il importe surtout de bien garder à l'esprit qu'à l'école, à l'hôpital, dans l'entreprise, les NTIC produisent leurs meilleurs effets lorsqu'elles facilitent le fonctionnement de communautés entre différents intervenants à la recherche de solutions communes, pédagogiques, médicales, entrepreneuriales, correspondant aux situations particulières mais bénéficiant des connaissances les plus larges... C'est le volet *smart grid* de l'intelligence artificielle, grâce auquel la solidarité se rend efficace dans des équilibres concrets de coopération. Une approche « bio-économique », renforcée par les NTIC, n'est pas un individualisme crypto-darwinien. En prenant en compte la dimension sociale et émotionnelle de la rationalité et du comportement, elle insiste au contraire sur la résolution collaborative des problèmes auxquels tous et chacun sont confrontés.

DEBAT ENTRE DOMINIQUE LIBAULT ET RENE SEVE

En Temps Réel : René Sève soulignait notamment que la protection sociale doit à l'avenir relever aussi d'une prise en main individuelle du capital santé et du capital professionnel. Qu'en pensez-vous ?

Dominique Libault: Le système actuel de redistribution fondé sur la solidarité ne survivra que si le système de production et la façon dont chacun organise sa vie sont tels qu'ils ne sollicitent pas en permanence les systèmes de solidarité pour compenser leurs propres faiblesses ou lacunes. Il ne peut y avoir d'Etat Providence sans évolution; c'est un leurre. Pour que les comportements des individus et des systèmes de production que sont les entreprises limitent davantage les occurrences de recours au système de solidarité, nous devons envoyer des signaux forts aux individus et aux entreprises pour qu'ils changent leurs comportements. C'est par ce travail soit d'appropriation des valeurs collectives soit de diminution des externalités négatives que nous pourrions conduire un vrai changement des comportements individuels et collectifs. Le maintien de la vocation réparatrice des systèmes sociaux ne doit pas nous empêcher d'aller plus loin dans cette voie. Nous devons investir dans l'évolution du système de production, notamment pour l'emploi des seniors, en agissant sur l'ensemble des facteurs au sein de l'entreprise qui peuvent pousser le salarié vers l'inactivité : usure précoce, pénibilité, conditions de travail en général, évolution de carrière.

Cette individualisation passe-t-elle par davantage de prévention ?

DL : Dans tous les domaines. Dans le système de santé, nous favorisons les dimensions de prévention par la prise en charge

précoce de certaines maladies, le dépistage du cancer du sein, des entretiens de prévention... Nous favorisons aussi les organisations qui y contribuent, en poussant par exemple à ce que des équipes pluridisciplinaires (de médecins, infirmiers, kinésithérapeutes...) prennent en charge des populations sur le long terme. Lorsqu'on est en présence de pathologies chroniques de plus en plus fréquentes avec le vieillissement de la population, ces logiques d'accompagnement et d'éducation thérapeutiques permettent aux personnes de mieux se prendre en charge. C'est le cas pour le diabète par exemple.

Pour les accidents du travail, il existe des systèmes de pénalisation financière lorsque des accidents du travail se produisent (ou certaines maladies professionnelles). Nous les réformons de façon à être encore plus incitatifs. Des propositions sur la traçabilité de la pénibilité pourraient être développées dans la future loi retraite : pourquoi ne pas aller jusqu'à suivre tout au long de leur vie les salariés de façon à identifier les postes sur lesquels ils sont en situation de pénibilité ?

Quel est le rôle de la tarification ?

DL : C'est un sujet très important. Nous réfléchissons à l'améliorer. De manière générale, la tarification est un des leviers d'action mais elle ne suffit pas lorsque l'accident se produit. Il faut se positionner bien en amont dans l'intérêt même de l'entreprise. De meilleures conditions de travail rejaillissent inmanquablement sur les résultats de l'entreprise. La difficulté réside plutôt dans le faible nombre de nos moyens humains et la difficulté que nous avons à diffuser les bonnes pratiques.

Nous avons lancé des expérimentations permettant de mieux valoriser les pratiques de travail collectif dans le cadre des maisons de santé pluridisciplinaires. Mais nous agissons en effet aussi sur les pratiques et la meilleure valorisation des bonnes pratiques. En matière d'assurance maladie la tarification doit

moins viser la juste couverture du coût que l'incitation au changement de pratiques. En matière de santé au travail, la réforme de la réglementation des accidents du travail devrait conduire les entreprises à une approche davantage préventive. En ce qui concerne la pénibilité au travail, nous incitons les ingénieurs-conseils à aller davantage encore dans les entreprises pour y faire des recommandations sur les machines, les postures et l'organisation. En ce qui concerne les seniors, nous avons envoyé un signal fort aux entreprises en leur disant qu'elles seraient mises à contribution, à l'occasion de la dernière loi de financement, si elles n'agissaient pas de façon proactive sur l'embauche et n'adaptaient pas les conditions de travail des seniors.

La traçabilité est une piste d'évolution significative...

DL : En effet, mais nous n'en sommes qu'au début. En matière de retraite par exemple, nous avons remarqué, lorsqu'il s'est agi d'instituer une cessation d'activité pour les personnes qui avaient été exposées à l'amiante, que nous étions dans l'incapacité de déterminer la pénibilité effectivement subie. Nous faisons donc encore face à cette demande de cessation d'activité à partir d'une liste de métiers de métiers et d'entreprises... Aucun pays n'a d'ailleurs encore su mettre en place un système de prise en compte de l'exposition individuelle à l'amiante.

RS : Prenons la question en amont. Comment optimiser les conditions de vie en termes de santé, de réussite scolaire, de formation de la personnalité ? Une action soutenue est requise dès l'amont, alors qu'une trajectoire de vie est découpée en politiques publiques étanches entre elles : la petite enfance puis la scolarité, qui est un système en soi, elle-même découpée entre le primaire et le secondaire, puis entre ce qui relève de l'insertion professionnelle et de l'emploi etc. Les politiques publiques donnent l'impression d'être dans un monde en mosaïque alors

que les incitations devraient être alignées au mieux. Les technologies pourraient y aider car elles permettent de garder mémoire d'une grande quantité d'événements et de créer des réseaux de compétences.

DL : Cette idée d'un univers « *monitoré* » par les nouvelles technologies de la naissance à la mort me paraît effrayante ! Ce n'est en tous les cas pas notre ambition. Je crois davantage à la protection sociale, qui a pour souci d'anticiper les événements et d'éviter les trajectoires indésirables. Prenons l'exemple du tabac. Sa nocivité pour la santé est connue de tous. Le choix a été fait d'augmenter le prix du tabac, d'interdire de fumer dans certains lieux, éventuellement d'aider les personnes à se désintoxiquer... mais les gens restent libres. L'équilibre n'est certes pas parfait, mais il faut d'abord viser de donner aux gens la maîtrise de leur choix. Lorsque l'on est contraint de faire des travaux pénibles qui affectent l'espérance de vie, alors là oui, bien sûr, la protection doit intervenir. Mais c'est différent, car il s'agit d'une situation subie.

Jusqu'où doit aller l'individualisation ?

DL : Pour ce qui est des accidents du travail par exemple, l'individualisation ne peut exister qu'à partir d'un certain nombre de salariés : une PME soumise à un événement lourd pourrait voir sa pérennité mise en péril ; et puis une individualisation systématisée à tous les niveaux de l'entreprise aurait un coût de gestion très élevé. Le cap de l'individualisation doit néanmoins être maintenu.

Le point commun à vos deux analyses est l'intérêt qu'il y a à développer des synergies

René Sève : Prenons le cas de la médecine du travail et de la médecine de ville. Il ne fait aucune doute qu'on doit pouvoir mieux globaliser le bilan des activités professionnelles des assurés et mieux les conseiller dans la gestion de l'ensemble de leur capital santé.

Justement, comment voyez-vous à terme l'optimisation de l'expertise médicale pour obtenir un bilan de santé qui intègre de manière globale les paramètres de mode de vie hors travail ?

DL : Les évolutions de la médecine du travail portent davantage sur le collectif que sur l'individuel. Dans la mesure où il manque actuellement de médecins du travail pour faire des examens attentifs et bien les suivre, nous travaillons à les concentrer sur l'environnement de travail, sur le collectif. Pour autant, la médecine du travail doit effectivement être mieux intégrée aux autres acteurs du système de santé : les médecins conseils de l'assurance maladie doivent par exemple dialoguer davantage avec les médecins traitants. Ne peut-on pas imaginer, même, que la médecine du travail quitte le ministère du travail pour le ministère de la santé ?

Pouvez-vous revenir sur le que vous souhaitez voir jouer aux nouvelles technologies ?

RS : Elles sont un élément de la solution, notamment parce qu'elles donnent à chacun, sous certaines conditions, l'accès à nombre de données utiles et à de bonnes pratiques. Elles accompagnent bien par exemple les actions de prévention ou d'éducation thérapeutique, qui sont limitées en présentiel, en permettant un suivi entre les visites. Sur un plan général, elles fluidifient l'information et touchent un public plus large sans coût budgétaires disproportionnés. *Doctissimo.fr* me semble un bon

exemple de cela. Dans le domaine pédagogique, elles présentent un potentiel encore très sous-exploité.

DL : Les laboratoires médicaux investissent sur les visiteurs médicaux parce qu'ils ont bien compris qu'aucune technologie ne remplacera jamais le contact humain. La Haute Autorité en Santé que nous avons créée n'a par exemple pas eu beaucoup d'impact en pratique. Je crois que l'information doit être portée en face à face. D'où la création des Délégués à l'Assurance Maladie (DAM) au sein de l'Assurance Maladie : ils rendent visite aux médecins pour porter directement les recommandations de la Haute Autorité de Santé. En revanche les nouvelles technologies permettent de modifier très sensiblement la relation entre le service public et les assurés sociaux par la voie de nouveaux services Internet.

RS : Prenons la lutte contre l'obésité. Elle doit être initiée dès l'enfance dans le cas où des risques apparaissent. On ne considère pas aujourd'hui comme orwelienne l'idée de repérer des enfants qui présentent des types de surpoids avant huit ans. Il en va de même pour la dyslexie. Ce système laisse pleine liberté aux parents, tout en apportant un surcroît de monitoring. Nous avons aujourd'hui atteint un point de consensus qui vise à prendre en compte les variations individuelles mais accepte l'idée d'une gestion commune. C'est une politique équilibrée qui va dans le sens du décloisonnement des réponses, du suivi à moyen et long terme, de la responsabilité individuelle sans tomber dans l'hygiénisme absolu, loin de là.

DL : Il faut prévenir les évolutions avant que les choses aient évolué au point de devenir compliquées à gérer. Cela étant, cette action sur les comportements ne résoudra pas tous nos problèmes... Ce genre de stratégie fonctionne si les familles y adhèrent.

Comment gérez-vous les questions relatives à la protection de la vie privée qui, outre la recrudescence de l'utilisation des NTIC, apparaîtront inévitablement avec l'individualisation?

DL : Il n'y a pas de règles générales, mais il faut évidemment trouver un équilibre au cas par cas entre la protection des données et l'efficacité des échanges. Ce qui est l'objet de notre dialogue permanent avec la CNIL. Nous sommes très vigilants. Le débat qui a entouré le « dossier médical personnel » a montré la complexité de ces questions.

Et l'éducation dans tout cela ?

RS : C'est le problème de base. Des personnes qui sortent du système scolaire seront durablement éloignées du marché de l'emploi alors que leurs difficultés sont apparues très tôt. Cela a donné l'idée d'associer très étroitement et très en amont politiques familiales et scolaires.

DL : La formation initiale me semble quelquefois trop longue. Elle a un coût élevé pour la société et retarde le début d'engrangement d'années de cotisations pour la retraite. Cela dit, tout n'est pas la faute de l'école ! Et du point de vue de ma compétence, je pense qu'il faut aussi investir sur ce qui se passe au sein des familles. Nous menons à cet égard des politiques d'aide à la parentalité et je voudrais développer l'éducation à la nutrition en associant l'action sociale des caisses maladie et des caisses d'allocations familiales.

RS : La formation longue, opérée en alternance a aussi beaucoup d'avantages. Les études sont poursuivies plus longtemps dans les pays scandinaves qu'en France mais, menées en alternance, elles permettent d'acquérir une expérience professionnelle forte. Cela ne signifie pas pour autant qu'il faille substituer le travail à la formation universitaire ! On le voit aux Etats-Unis où le travail pendant les études n'a pas d'impact négatif sur la réussite

scolaire, quand il reste limité. Ici comme ailleurs, notamment entre le travail des seniors et la période de retraite, il semble plus efficace de substituer des transitions aux découpages trop tranchés.

Revenons aux acteurs du changement. Dans quelle mesure le monde associatif fait-il partie de la solution ?

DL : Nous ne sommes pas sur le même terrain. Sans compter que le système de protection sociale aide au financement d'associations dans le domaine familial ou sanitaire, et que ces associations ne vivraient pas sans les abondements de l'Etat et de la Sécurité sociale... La tâche des services publics de protection sociale est d'organiser la redistribution et de viabiliser le système. Le rôle du secteur associatif, rôle d'ailleurs immense, n'est pas et ne peut pas être celui de la protection sociale. L'essor des solidarités collectives n'a pas vocation à remplacer les solidarités individuelles ou familiales. Une solidarité n'en remplace pas une autre. Le travail associatif permet de créer du lien social et permet aux gens de s'accomplir d'une manière que ne saurait permettre la distribution monétaire. Nous devons assurer un seuil de vie minimum aux retraités, comme aux handicapés, et dans le même temps des associations peuvent les aider à mieux vivre leur vie. Il en va de même pour les personnes handicapées. Mais je ne pense pas que ce soit leur rôle que de se substituer à la solidarité collective.

RS : Les associations de patients existent surtout grâce à l'échange d'informations permis par les nouvelles technologies de l'information et de la communication. Leur rôle est en quelque sorte horizontal : au-delà du seul dialogue entre le malade et le système médico-social, elles relient les patients entre eux et jouent sur d'autres ressorts de motivation et d'autres canaux d'information.

DL : La sécurité sociale est un dialogue entre les représentants des usagers et l'Etat. Les partenaires sociaux y ont longtemps incarné la démocratie sociale. Dans le domaine sanitaire, l'émergence des associations de patients a posé la question de savoir comment organiser et représenter le dialogue. J'y vois pour ma part une complémentarité : les associations de patients jouent un rôle très utile, notamment parce qu'elles ont des connaissances très pointues et dynamisent les questionnements. Mais elles ne peuvent pas jouer le rôle des partenaires sociaux, ni représenter ni hiérarchiser.

Au cœur de cela, il y a l'idée d'auto-organisation des personnes. Souhaitez-vous en faire un paramètre d'action publique ?

DL : Les systèmes reposant sur des associations caritatives fortes expriment des principes différents. La sécurité sociale repose sur l'idée que la société reconnaît des droits objectifs à la personne humaine, quelle que soit sa situation. C'est très différent aux Etats-Unis où l'Etat ne remplit pas certaines missions et organise l'aide sociale plutôt qu'il n'assure une aide objective. En France, l'idée de droits de l'individu est forte, tout comme l'est l'idée d'égalité d'accès : elle n'est pas seulement monétaire mais exprime l'idée que le service public doit assurer un accès effectif au droit. Pour la garde d'enfants par exemple, l'aide va bien au-delà d'une éventuelle aide de la communauté si l'on trouve une garde d'enfant : l'aide consiste à mettre en place des gardes d'enfant près des jeunes parents pour que cette aide soit effective. Il en va de même pour Alzheimer où l'aide consiste à mettre en place des établissements d'accueil. Ce principe d'action est louable, même s'il est coûteux. Il me semble un progrès en termes de civilisation.

RS : Les complémentarités doivent néanmoins être améliorées. Les mutuelles qui organisent des bus itinérants dans les

campagnes où n'exercent pas assez de médecins représentent une manière d'organiser l'aide pour les personnes qui ont du mal à se déplacer sans être nécessairement malades. Cela les maintient en contact avec une présence médicale. Il est ensuite possible de les relier à un système d'expertise plus important, qui permettra, lui, d'intégrer les patients à un réseau de traitement de très bonne qualité. Chacun a en effet le droit d'avoir la meilleure médecine possible mais doit pouvoir aussi accéder concrètement au système, et cela les associations ne peuvent seules le garantir.

Pour revenir au fond, vous avez beaucoup de points d'accord

DL : Les idées que nous pouvons porter ont peut-être moins d'échos quand les préoccupations sont autres mais au sein de l'Etat, la situation financière fait en sorte que nous n'avons pas trop de difficulté à être entendus aujourd'hui. Nécessité fait loi. D'autant plus qu'il ne s'agit pas de rétablir les finances publiques en remettant en causes certains principes qui nous semblent au cœur de la Sécurité sociale. Notre vocation est de faire vivre au nom de la pérennité de la Sécurité sociale des mesures qui assurent la sécurité des générations actuelles et futures et les droits objectifs fondamentaux de la personne humaine que nous défendons. Dans notre société prompte au dénigrement, à l'auto-flagellation, à la déprime, je regrette qu'on n'ouvre pas assez les yeux sur cette nécessité formidable dans l'histoire des sociétés humaines qu'est une protection sociale collective étendue à l'ensemble de la population.

Réussite fragile, imparfaite, menacée mais qui a connu des réformes cohérentes et qui court dans le bon sens au cours des vingt dernières années en France. C'est en pensant globalement la protection sociale, en dépassant le constat trentenaire de « la crise de l'Etat providence » qu'on fera émerger une nouvelle solidarité harmonieuse et féconde.

L'agenda actuel des réformes est chargé. Comment souhaitez-vous participer aux débats ?

DL : Je ne suis pas certain de vouloir me substituer aux responsables politiques dans le débat public. Un directeur d'administration centrale mène un dialogue très fort avec les pouvoirs publics, mais ce n'est à lui qu'il revient de porter la parole publique. Nous resterons en amont, dans des structures en lesquelles je crois beaucoup comme le Conseil d'Orientation des Retraites ou le Haut Conseil pour l'Assurance Maladie. C'est par ce dialogue avec les partenaires sociaux et les parlementaires que l'on essaie d'infuser des idées nouvelles dans le débat public. Etre veilleur et diffuseur d'idées plus qu'intervenant direct en quelque sorte.