



## **Compte rendu de l'atelier 2 Eradication de la pauvreté et équité sociale 12 juin 2010**

Pierre ALVISET, vice-président du Comité français d'action et de développement social, ouvre cet atelier qui est organisé à la demande conjointe du CFADS et du Groupement d'intérêt public Santé et Protection sociale Internationale. Ce thème a déjà été abordé en séance plénière et en symposium. La pauvreté évolue, dans son intensité comme dans ses modalités, ce qui explique qu'il faille consacrer à ce problème des analyses et des débats importants.

Françoise RAYNAUD, ancienne directrice adjointe des services du département de l'Isère (France), fait une présentation inspirée des conclusions d'un atelier qui s'était déroulé lors du colloque organisé en novembre 2009 par le CFADS et par le GIP SPSI ainsi que par sa propre expérience de responsable du développement social du département de l'Isère. La lutte contre la pauvreté doit mobiliser cinq axes d'interventions :

- Assurer une stabilité de l'accès aux droits, favoriser une continuité du droit ;
- Privilégier une approche préventive plutôt que réparatrice ;
- Travailler sur les représentations, changer le regard sur la pauvreté, et changer corrélativement le regard des personnes en difficulté sur les institutions ;
- Organiser un accompagnement social des familles : les travailleurs sociaux passent en moyenne 25 % de leur temps auprès des familles, et cette présence devrait être d'autant plus étendue qu'il y a des enfants concernés ;
- Aller au devant des familles en difficultés.

Pascale TURQUET (Université de Rennes 2) part du fait que la couverture maladie en Europe est assurée par des systèmes d'inspiration bismarckienne ou beveridgienne selon les pays. Les systèmes bismarckiens rencontrent aujourd'hui des difficultés pour maîtriser l'accroissement des dépenses de santé, d'où un désengagement de la part publique de prise en charge et un recours accru au privé ; or l'assistanciel pour les plus pauvres ne suffit pas à leur assurer une protection correcte. En France et en Allemagne, la participation financière des assurés augmente, et l'on observe des reports de charge sur le privé sans vision stratégique des pouvoirs publics. En Suisse et aux Pays-Bas, l'assurance maladie de base est confiée à des assureurs privés réglementés par les pouvoirs publics. Il y a une tarification et un panier de soins déterminés par les pouvoirs publics, mais un tiers des dépenses restent à la charge des ménages. Tout ceci conduit à un affaiblissement des solidarités, à un système anti-redistributif aussi bien sur un plan horizontal

(entre malades et bien portants) que vertical (entre catégories d'âges et de revenus différents). Cela a conduit à doubler le système de dispositifs assistantiels (en France la CMU), mais cela génère néanmoins des phénomènes de renoncement aux soins.

Jean-Marie ANDRE (EHESP) fait observer que ces évolutions contredisent les objectifs que poursuit l'OMS. Aussi présente-t-il un instrument de régulation possible : le panier de biens de santé. Son principe de construction met en œuvre quatre critères : efficacité, efficacité ciblée, efficience, utilité sociale. Il a trois composantes : les biens et services couverts, les taux de prise en charge, les situations couvertes (par exemple la vaccination anti-grippe *pour les plus de 65 ans*, l'orthodontie *pour les jeunes enfants*, etc.). Il a quatre atouts :

- Permettre de prioriser les choix et de limiter les désengagements indifférenciés ;
- Mieux justifier des allocations de ressources publiques ;
- Inciter à un bon usage des soins ;
- Limiter le renoncement des plus modestes aux soins indispensables.

La mise en œuvre d'un tel instrument se fait de façon contrastée selon les pays :

- Pour ceux qui ont un système national de santé comme le Royaume-Uni, le panier détermine les devoirs des services publics ; il y a pour les usagers une liberté plus contrainte mais aussi davantage d'égalité ;
- Pour les pays qui ont un système basé sur l'assurance, l'instrument détermine les droits des patients. Sa mise en œuvre ne se traduit pas tellement par une réduction des dépenses publiques, mais plutôt et surtout par de meilleurs résultats sur le plan sanitaire.

Cette élaboration mobilise des experts mais aussi des représentants de la société civile. C'est ainsi que des associations de patients affectés de diverses pathologies font remonter des priorités ; celles-ci sont cependant difficilement agrégeables car chaque association défend « sa » pathologie.

Michel MESSU (Universités de Nantes et Paris 5) analyse la manière dont les associations françaises se saisissent du processus d'eupéanisation des politiques sociales en cours. Les institutions européennes mettent en œuvre la méthode ouverte de coordination pour réaliser un consensus. Il y a de la part des associations une imbrication entre les différents niveaux de décision et d'action, locaux, nationaux et communautaire. Elles perçoivent l'Europe aussi bien comme un ensemble de ressources que comme une série de contraintes. Au passage, il y a lieu de relever la tendance à édifier des politiques publiques sur la base des enseignements fournies par des expérimentations locales : c'est ce que la France a fait pour le RSA. Cela étant, de telles expérimentations ne garantissent que l'on obtiendra les mêmes résultats lorsque l'on passera du niveau local à un niveau supérieur.

Blandine DESTREMAU (CNRS / LISE-CNAM) poursuit cette présentation en observant que les associations sont impactées par l'Europe par de multiples manières. Cela crée des tensions lorsque l'impact du niveau européen est ressenti à la fois comme une opportunité et comme contradictoire par rapport aux terrains locaux, à leur histoire singulière et aux valeurs hétérogènes qu'ils véhiculent. De ce fait, on discerne mal par quel processus une association choisit ou non d'investir le niveau européen.

Le professeur Shimon SPIRO (Université de Tel Aviv) présente une étude qui a pour but de fournir un modèle permettant de prédire pourquoi les projets survivent ou non. Il est parti d'études de cas et il a fait un travail sur 200 projets menés en Israël. Le modèle intègre un ensemble de variables telles que l'environnement socio-politique, les pratiques des bailleurs de fonds, la taille et le budget des organismes qui mènent les projets en question, etc. Dans son échantillon, le taux de pérennisation des projets s'est élevé à 72 %. Les chances de survie des projets sont d'autant plus grandes qu'il y a diversification des sources de financement, et une véritable stratégie de recherche de fonds. La meilleure stratégie est celle qui est menée de façon « politique », c'est-à-dire avec recours au lobbying et aux médias. Dans les interactions qui se nouent entre les porteurs de projets et les pouvoirs publics, on rencontre 3 situations emblématiques :

- Le gouvernement désire lancer une politique publique déterminée et il lance à cet effet des projets pilotes ;
- Le gouvernement adopte une politique *parce que* des projets pilotes conduits par divers opérateurs se sont avérés des succès ;
- Des associations se lancent de leur propre chef dans des projets pilotes et elles cherchent à les « vendre » à des instances gouvernementales.

Elvire ARONICA, conseillère sociale à l'ambassade France en Chine, souligne l'importance des pouvoirs publics et des politiques publiques dans les pratiques qui viennent d'être évoquées, mais aussi le rôle de la société civile qui leur apporte une dynamique.

Driss GUERRAOUI (président du réseau marocain du CIAS, conseiller social du premier ministre du Maroc) estime que l'on n'est pas seulement confronté à des problèmes d'ordre méthodologiques mais aussi proprement politiques. Il ne faut pas surestimer la capacité de la société civile à suggérer des solutions. Il y a clairement une responsabilité de l'Etat. Il faut à cet égard relever aussi l'importance d'un facteur tel que la gouvernance, face aux problèmes qu'occasionne la consommation médicale. De ce point de vue, une gestion de proximité favorise la viabilité et la durabilité des projets.

Amacodou DIOUF (président de la région Afrique de l'ouest et du centre du CIAS) estime que dans les projets, des indicateurs de pérennisation devraient être inclus dès le départ. De même que la consultation des bénéficiaires. Il faut également un accompagnement local de suivi du projet.

La fin de l'atelier est marquée par d'autres interventions portant sur l'évaluation des projets et des politiques publiques dans le domaine de l'action sociale, leurs conditions de viabilité et les éléments de contexte susceptibles de garantir leur qualité et leur adéquation aux besoins des bénéficiaires.