Allemagne

Un faible impact de la crise sur les ajustements des services publics

Marcus KAHMANN *

La crise financière de 2008-2009 a provoqué la récession la plus profonde de l'économie allemande depuis la Seconde Guerre mondiale, avec un recul du PIB de 5,1 % en 2009. Plus rude que dans d'autres pays européens, elle a révélé la fragilité d'un modèle de croissance dépendant des exportations de biens durables et d'équipement. Cependant, les ajustements sur le marché du travail ont été très différents des crises précédentes : contre toute attente, le chômage n'a que très peu augmenté et l'emploi a continué de croître. Même l'emploi des jeunes, ailleurs première variable d'ajustement des entreprises, est resté stable. Ainsi, entre 2007 et 2013, le nombre d'emplois assujettis aux cotisations sociales (*sozialversicherungspflichtig*) a augmenté de façon presque continue, pour passer de 27,15 à 29,7 millions. La quasi-intégralité de l'ajustement du volume de travail a de fait été opérée au travers de la durée du travail (Bosch, 2011).

La bonne situation de départ – un solde budgétaire légèrement excédentaire en 2007 –, le maintien de l'emploi pendant la crise et la reprise rapide – dès 2011, le PIB a dépassé son niveau d'avant 2009 – ont considérablement réduit la pression sur les comptes publics. De 2009 à 2013, l'effort d'ajustement budgétaire [1] a été six fois moindre que dans la moyenne de la zone euro (0,5 point de PIB, contre 3,1 pour la moyenne de la zone euro [2]). À la différence de nombreux pays voisins, le gouvernement allemand n'a ainsi mis en œuvre aucun programme d'ajustement ciblant spécifiquement les services publics depuis 2008. Mais la pression sur les budgets publics reste forte, du fait non seulement des règles de gouvernance budgétaire européennes, mais également, au niveau national, de l'adoption en 2009 d'une nouvelle règle d'or budgétaire, le « frein à l'endettement » (*Schuldenbremse*), inscrite dans la Constitution (Loi fondamentale) en 2009 (Chagny, 2010). Cette règle exige que les budgets

* Chercheur à l'IRES.

1. Mesuré sur la base de l'évolution du solde budgétaire primaire corrigé de la conjoncture.
2. Données Ameco, Commission européenne.

de l'État fédéral ainsi que des *Länder* soient équilibrés à partir, respectivement, de 2016 et 2020 [1].

Pour autant, l'Allemagne est un cas de figure important du point de vue de l'analyse des effets des politiques d'austérité présentées dans ce numéro spécial de la *Chronique internationale de l'IRES*. Car durant la décennie qui a précédé la crise (les années 1995-2007), l'Allemagne a mis en œuvre une politique de consolidation budgétaire (*via* une maîtrise des dépenses) de manière continue, à l'exception des années de mise en œuvre de la réforme fiscale de 2000 à 2002 (OFCE, 2003). La part des dépenses publiques dans le PIB (hors charges d'intérêt) a été réduite de 4,9 points entre 1996 et 2007. Le secteur public a été et continue d'être une cible centrale de ces politiques d'ajustement, notamment à travers des réductions d'emplois, l'augmentation du temps de travail, l'introduction des nouvelles méthodes de *management* et d'organisation, des privatisations et des concessions salariales. Si le cas allemand permet d'étudier les politiques de consolidation budgétaire – leurs effets, leurs procédés, leurs arbitrages, les réponses sociales – « avant l'heure », il y a aussi un intérêt plus politique, lié à l'intégration européenne : le gouvernement allemand est une force centrale de l'orthodoxie budgétaire à l'échelle européenne. Il a été – avec le gouvernement Fillon – à l'initiative du durcissement des critères de Maastricht dans le « pacte budgétaire européen » (TSCG), calqué sur le frein à l'endettement allemand [2]. La légitimité de cette politique en Europe tient *a minima* à la crédibilité de l'Allemagne comme modèle économique ainsi qu'à la détermination avec laquelle le gouvernement allemand lui-même poursuit la consolidation budgétaire au niveau national.

Cet article s'attache à décrire les politiques de consolidation budgétaire affectant les services publics allemands, mises en œuvre durant la décennie qui a précédé la crise, ainsi qu'à mettre en évidence leurs effets. La première partie présente les manifestations empiriques des ajustements opérés dans les services publics : ce sont les ajustements de l'emploi et des investissements publics qui ont le plus contribué au recul de la part des dépenses publiques. Rapportées au PIB, entre 2000 et 2011, les dépenses salariales des différents échelons fédéraux ont baissé de 8,3 % à 7,8 %. Pendant la même période, les dépenses en matière d'investissements publics ont baissé de 3,3 à 2,6 % (Vesper, 2012:7). Les secteurs de l'éducation et de la santé sont ensuite successivement traités dans les deuxième et troisième parties. Si ces derniers sont

1. Seul le gouvernement fédéral dispose d'une marge d'endettement structurel, à hauteur de 0,35 % du PIB. Le frein prévoit deux exceptions à cette règle du « zéro endettement ». Premièrement, en cas de ralentissement économique, des crédits additionnels peuvent être activés à hauteur de 3 % du PIB (« composante conjoncturelle »). Deuxièmement, sont mentionnées des circonstances exceptionnelles (récession forte, catastrophes naturelles).
2. Le « pacte budgétaire européen », ou « Traité sur la stabilité, la coordination et la gouvernance » (TSCG), entré en vigueur en janvier 2013, pose comme principe l'équilibre ou l'excédent des budgets publics. Il porte la limite du déficit structurel autorisé de 1 % à 0,5 % à moyen terme pour tous les États (comme la France et l'Allemagne) dont la dette publique est supérieure à 60 % du PIB. En cas d'excès de la dette publique d'un État membre par rapport à cette limite, l'écart doit se réduire au rythme moyen d'un vingtième par an. Deux exceptions sont reconnues : les « circonstances exceptionnelles » et un niveau de dette publique inférieur à la limite des 60 % du PIB fixée par le traité de Maastricht. Dans ce cas, les États peuvent afficher un déficit structurel de 1 %.

caractérisés par des tendances globales plutôt expansives, et ce indépendamment de la récession de 2008-2009, leurs dynamiques internes diffèrent. Enfin, la quatrième partie interroge les effets (« structurants ») des politiques d'ajustement budgétaire sur les acteurs collectifs des services publics, employeurs et salariés, et le système de négociation collective. L'analyse s'appuiera sur l'exemple de l'hôpital, lieu privilégié d'observation des politiques de « privatisation » du financement et de la production de soins (Math, dans ce numéro) ainsi que de la mise sous tension de la convention collective du secteur public.

En ligne de mire de la réduction des dépenses publiques : investissements et dépenses salariales

Depuis quelques années, la dégradation de l'infrastructure publique est un sujet récurrent du débat public. Dans la mesure où cette dernière est en très grande partie financée par les communes (encadré 1), sa détérioration reflète d'abord leurs difficultés à sortir d'une situation financière souvent précaire. Les contraintes budgétaires ont également pesé sur les effectifs publics, notamment par le biais des réformes successives de l'administration publique, la dynamique dominante étant celle du changement de périmètre de l'emploi public *via* des privatisations. Ces privatisations ne traduisent pas seulement la volonté des pouvoirs publics de bénéficier de recettes supplémentaires : elles symbolisent aussi un changement du rôle de l'État et du secteur public lui-même (Bieling, 2008).

Dégradation des infrastructures publiques : les communes, premières victimes de l'austérité

En 2013, les investissements publics (infrastructures, bâtiments et équipements) s'élevaient à 42,94 milliards d'euros [1]. En termes réels, cela signifie une baisse de 14,5 % depuis 1991. Le recul est aussi manifeste quand on le rapporte au PIB : entre 1991 et 2013, le taux d'investissement public est passé de 2,6 % à 1,6 % (Statistisches Bundesamt, 2014a). Le point le plus bas des efforts d'investissement a été atteint en 2005, avec 1,4 %. Depuis lors, et en particulier suite aux plans de relance mis en place pendant la crise, il s'est légèrement réorienté à la hausse [2]. Une baisse n'est pas un problème en soi dans la mesure où les besoins en investissement tendent à décroître avec le niveau d'équipement public, mais elle le devient à partir du moment où le stock n'est pas entretenu ou adapté aux nouveaux besoins.

La multiplication de signes annonçant une dégradation des infrastructures publiques fait l'objet de débat depuis plusieurs années [3]. D'un côté, des institutions telles que la Bundesbank ou le Conseil économique du gouvernement allemand (Sachverständigenrat, 2013) estiment que le recul du taux d'investissement public est le reflet d'une période de normalisation après les intenses efforts

1. Base 2005 des comptes nationaux.
2. Le second programme d'investissements de 2009 portait sur une enveloppe globale de 15,8 milliards d'euros.
3. Tout en reconnaissant le problème, le gouvernement actuel refuse de relancer l'investissement public pour ne pas mettre en danger les objectifs budgétaires. Le ministre des Finances a récemment déclaré qu'il veut, y compris au niveau européen, élargir les possibilités légales pour que des assurances et des fonds de pension investissent dans l'infrastructure publique (*Der Spiegel online*, 9 septembre 2014).

d'investissements faisant suite à la réunification. D'autres institutions se montrent beaucoup plus critiques, pointant par exemple l'évolution du taux d'investissement public en comparaison des autres pays de la zone euro. Avec 1,5 % du PIB en 2013, les investissements publics de l'Allemagne se situaient ainsi bien en dessous de la moyenne européenne de 2,1 % (UE 17) (Sachverständigenrat, 2013:332). Pour atteindre le niveau de la moyenne de la zone euro, Rietzler (2014) chiffre le besoin d'investissements additionnels entre 20 et 25 milliards d'euros supplémentaires en 2014.

Selon les calculs de Rietzler (2014) et les données du Panel communal (KfW, 2014), depuis 2003, les investissements nets (tous niveaux administratifs confondus) sont négatifs, ce qui signale une dégradation lente de l'infrastructure publique (routes, rail, ponts, télécommunications, écoles, hôpitaux), dans la mesure où les nouveaux investissements ne permettent pas de couvrir l'amortissement économique du stock existant. Le sous-investissement concerne avant tout les communes, qui, avec leur grand parc d'écoles, de routes et de bâtiments administratifs, réalisent près des deux tiers des dépenses d'investissement public. De 2003 à 2013, la baisse cumulée du volume d'investissements nets se monte à 42 milliards d'euros dans les communes (Rietzler, 2014:5) [1]. Ces dernières ont été les principales bénéficiaires du paquet conjoncturel de 2009, mais une fois ces moyens épuisés, les investissements communaux ont de nouveau reculé.

Le sous-investissement des communes renvoie à plusieurs facteurs sociaux, économiques et institutionnels (Holtkamp, 2007). D'une manière générale, la pression budgétaire sur les communes a augmenté dès la fin des années 1980 dans un contexte de montée du chômage de longue durée et de transferts des ressources des communes de l'Ouest vers celles de l'Est dans le cadre des obligations émanant du « pacte de solidarité [2] ». Des modifications en matière de fiscalité nationale ont en outre conduit à exempter en partie certaines entreprises de la taxe professionnelle. Enfin, et surtout, de nouvelles obligations sociales émanant des *Länder* ou de l'État fédéral ont été décidées sans qu'elles soient suffisamment financées par ces instances (non-respect du principe dit de connexité [3]). Les communes ont ainsi dû assurer la montée en charge d'une multiplicité de dépenses sociales : financement des crèches, des services à la jeunesse (*Kinder- und Jugendhilfe*) ainsi que de divers type d'aides sociales (intégration des handicapés, minimum vieillesse, allocation soins ambulants (*Hilfe zur Pflege*), assistance sociale et allocation logement spécifique) (Deutscher Städtetag, 2010). L'augmentation des dépenses sociales communales, qui passent de 30 à 45 milliards d'euros au cours des dix dernières

1. Les investissements nets cumulés sont restés positifs au niveau des *Länder* et de l'État fédéral sur la même période (respectivement +2,9 et 7,5 milliards d'euros).
2. Le « Solidarpakt » est un mécanisme de transfert de ressources vers les *Länder* de l'Est et la ville de Berlin. L'actuel pacte de solidarité (2005-2019) inclut une enveloppe de 156,7 milliards d'euros, dédiée au rattrapage en matière d'infrastructure, à l'équilibrage des différences fiscales et aux politiques d'industrialisation.
3. En droit public allemand, le principe de connexité crée l'obligation de chaque niveau d'administration transmettant des missions à d'autres niveaux de contre-financer les dépenses liées à leur exercice (« celui qui commande paie »). Le principe de connexité entre *Länder* et niveau fédéral est régi par la Loi fondamentale (article 104a), celui entre communes et *Länder* d'appartenance l'est dans les différentes Constitutions des *Länder* (*Landesverfassungen*).

Encadré 1

Missions et financement des communes allemandes

Le service public allemand (*öffentlicher Dienst*) est assez décentralisé. En 2009, seules 19,2 % des dépenses publiques étaient attribuées au niveau fédéral, comparé à 45,8 % en moyenne dans les pays de l'OCDE (Bosch, 2013:219). Une partie du budget fédéral est redistribuée à la Sécurité sociale et, *via* les *Länder*, aux communes.

Il existe environ 12 500 communes administratives en Allemagne. À côté de l'État fédéral et des *Länder*, elles constituent le niveau le plus décentralisé du système fédéral. L'article 28(2) de la Loi fondamentale (*Grundgesetz*) leur garantit le droit « de régler toutes les affaires de la communauté locale dans le respect des lois existantes ». Le principe d'auto-administration communale trouve ses origines dans le « Règlement des villes » de 1808 en Prusse. Il attribue aux communes des fonctions ainsi qu'une autonomie importante en termes budgétaires ou d'administration. Mais, du point de vue du droit public, les communes dépendent des *Länder* : leurs parlements décident de leur périmètre et de leur fonctionnement (*Kommunalverfassung*). Ce sont les *Länder* et l'État fédéral qui déterminent leurs obligations et les cofinancent. Contrairement aux deux échelons supérieurs, elles n'ont pas de droits constitutionnels.

On attribue aux communes des missions propres et des missions obligatoires. Les premières peuvent être volontaires (en fonction du budget communal et des priorités politiques) ou prescrites par l'État (gestion des déchets, électricité, gaz, eau, crèches et jardins d'enfants), mais en aucun cas l'État ne peut s'immiscer dans leur mise en œuvre ; une tendance à la privatisation et à des partenariats public-privé y est manifeste. L'État confie aux communes la responsabilité des missions obligatoires, dont il surveille la mise en œuvre pour qu'elles soient effectuées de manière homogène. Parmi celles-ci figurent les différentes aides sociales ou la mise à disposition de pompiers et d'ambulances.

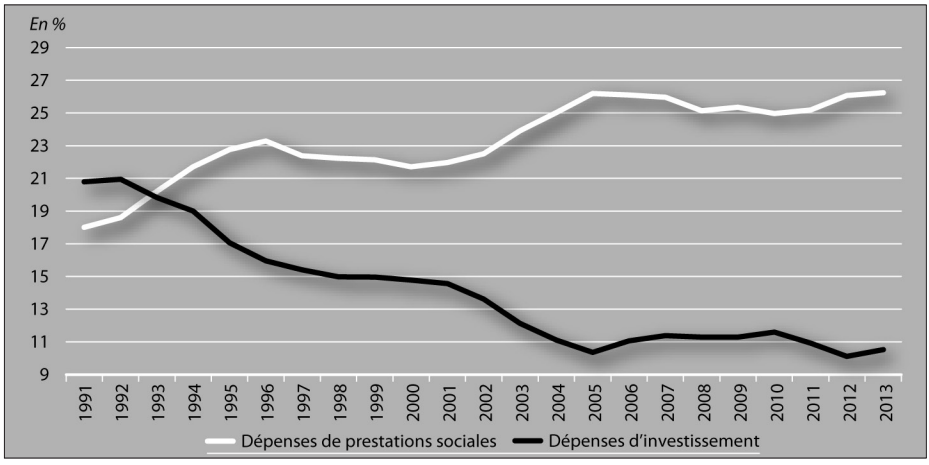
Le financement des communes est complexe. Il est défini par les articles 106 et 107 de la Loi fondamentale et est assuré par trois principales sources de financement ; chacune d'entre elles représente environ un tiers du budget :
- les impôts (impôt foncier, taxe professionnelle, autres impôts mineurs tels que la taxe canine ou la taxe boissons) ;
- les prélèvements aux usagers de frais pour certains services (piscine, bibliothèque, mariage civil…) ;
- les transferts de la part des *Länder* et de l'État fédéral. Les communes ont droit à une partie des recettes fiscales des *Länder* qui sont distribuées afin d'équilibrer les inégalités territoriales (*Finanzausgleich*). Elles en disposent librement.

Les débats sur les réformes du financement des communes sont récurrents. Ils sont en partie menés au niveau des *Länder*. En Rhénanie-Palatinat par exemple, la loi sur la réforme du mécanisme de compensation financière du 1er janvier 2014 augmente la somme des transferts de 25 % pour les trois années à venir, ciblant les entités finançant les aides sociales et à la jeunesse et leur permettant d'équilibrer leur budgets. La loi fédérale d'août 2012 prescrit la prise en charge progressive des dépenses liées au minimum vieillesse et de handicap (*Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung*) par l'État fédéral. Depuis 2014, elles sont entièrement couvertes par ce niveau. Le gouvernement fédéral attend que ces mesures redonnent des marges aux communes pour augmenter leurs investissements.

années, a pesé lourd dans des régions ayant un grand nombre d'ayants droit et une faible assise financière. Tandis qu'en 1991, le niveau moyen de dépenses sociales (monétaires et matérielles) était encore inférieur aux investissements, en 2013, il avait doublé. Désormais, les dépenses sociales représentent en moyenne 25 % du budget communal, loin devant les investissements qui ont baissé de plus de dix points depuis 1991 pour atteindre 10 % en 2013 (graphique 1) [1].

Pour faire face aux pressions budgétaires, les communes désavantagées (en termes de démographie, de taux de chômage, de recettes fiscales, de centralité ou de taille…) se sont fortement endettées. Ainsi, entre 1991 et 2012, la dette communale par habitant a presque doublé pour atteindre 1 782 euros (Keller, 2014:391). C'est dans les communes surendettées [2] que les citoyens sont particulièrement exposés au risque de dégradation des biens publics ; c'est ici aussi que la pression sur l'emploi public est la plus forte. Il existe néanmoins de fortes divergences entre les communes. En 2013, les finances communales étaient déficitaires en Hesse, Rhénanie du Nord-Westphalie, Schleswig-Holstein et Saare. Dans les *Länder* disposant d'une assise financière plus importante (Bavière,

Graphique 1. Part des dépenses de prestations sociales et d'investissement dans le total des dépenses des communes (1991-2013)



Source : Statistisches Bundesamt.

1. Ces dépenses sont en majorité insensibles à l'évolution conjoncturelle. Elles sont en partie cofinancées par les échelons supérieurs et l'évolution de leur participation fait l'objet d'intenses tractations.
2. Quelques-unes des communes les plus fortement touchées se trouvent dans la vallée de la Ruhr (Duisburg, Essen, Oberhausen...), l'ancien cœur industriel de l'Allemagne de l'Ouest. Les budgets de la plupart d'entre elles sont passés sous le contrôle du président du district (*Regierungspräsident* ; désigné par le gouvernement du *Land*). Cela implique que leur budget doit être approuvé par le *Land* et que leurs dépenses sont soumises à l'impératif de satisfaire les obligations statutaires. Les droits des communes à l'autonomie et à l'auto-administration sont mis entre parenthèses sous ce régime d'urgence budgétaire.

Hambourg, Saxe, Bade-Wurtemberg), les investissements par tête tendent à être considérablement plus élevés, à la fois au niveau du *Land* et des communes (Rietzler, 2014:10).

Recul et transformation de l'emploi public

Les politiques d'ajustement menées depuis le début des années 1990 ont fortement impacté le niveau de l'emploi dans le secteur public, et surtout celui des communes. Entre 1991 et 2013, l'emploi public total est passé de 6,7 à 4,6 millions. En 2011, la part de l'emploi public dans l'emploi total était de 11,2 % (pour la définition de l'emploi public, voir l'encadré 2). Outre les considérations d'ordre budgétaire, deux autres conditions particulières ont favorisé la diminution de l'emploi public : la chute du mur de Berlin, qui a rendu possible la réduction des forces armées, et la plus grande taille des administrations locales de l'ex-RDA.

Environ la moitié de cette réduction est à attribuer à la privatisation du rail (Deutsche Bahn) et de la Poste (Deutsche Post DHL ; Deutsche Telekom) (Altis, Koufen, 2011:1111), qui a été menée dans la première moitié des années 1990. Cette première vague de privatisations reflétait le souhait de soulager temporairement les budgets publics par les recettes liées à la privatisation et l'espoir de mobiliser du capital privé pour satisfaire les besoins d'investissement dans les nouveaux *Länder* (Bieling, 2008). De leur côté, les *Länder* et les communes étaient initialement plus réticents aux privatisations, avant de céder sous la pression budgétaire. Ainsi, dans le secteur des hôpitaux publics, par exemple, 194 000 emplois ont été détruits entre 2001 et 2010 (-61 %) suite aux privatisations (Altis, Koufen, 2011:1112). Sans toujours aboutir à une privatisation matérielle [1], les changements de statut juridique ont aussi concerné d'autres services publics tels que le transport public, le logement social et les régies communales. Sur la période récente, la dynamique de privatisation s'est ralentie [2], sans toutefois cesser : lors d'un sondage effectué en 2011, 43 % des communes envisageaient ainsi de nouvelles privatisations (Matecki, Schulten, 2013:9). Les baisses d'emplois publics n'ont été que partiellement compensées par des créations d'emplois par les nouveaux opérateurs privés. Brandt et Schulten (2008) estiment ainsi que la libéralisation et la privatisation des services publics auraient conduit à des destructions nettes de 600 000 emplois.

Comme le montre le tableau 1, entre 2000 et 2008 l'emploi dans le secteur public s'est mis à baisser continuellement et à tous les niveaux de l'administration (à l'exception de la Sécurité sociale). Ce sont les communes qui ont été le plus touchées, avec 240 000 pertes d'emplois (-15 %). À partir de 2009, au pire moment de la crise, on observe l'augmentation continue de l'emploi public total de 4,5 en 2008 à 4,63 millions en 2013. Elle est essentiellement due au renforcement des effectifs des *Länder* et des communes. Ceci n'est pas le résultat

1. Souvent, les pouvoir publics continuent d'être propriétaires – à part entière ou non – de ces entités, même si l'emploi n'est plus compté comme public. En 2010, on comptait 1,06 million de personnes employées par ces entreprises privées à participation majoritairement publique (Altis, Koufen, 2011:1111).
2. Depuis la deuxième moitié des années 2000, on observe une autre tendance dont on ne saisit pas encore l'ampleur : la re-communalisation de certains services publics et en particulier de la production énergétique (Matecki, Schulten, 2013).

d'un renversement de tendance générale, mais d'une expansion dans deux secteurs ciblés par les politiques publiques : l'accueil de la petite enfance et l'éducation [1]. Dans d'autres domaines du secteur public, la pression sur l'emploi se maintient. Selon les données d'Eurostat, la part des dépenses salariales dans le PIB du secteur public allemand (au sens des comptes nationaux) se situe à un niveau historiquement bas avec 7,7 % en 2011 (contre 8,2 % en 2003).

Un examen par statut de l'évolution de l'emploi dans le secteur public révèle

Encadré 2

L'emploi dans le secteur public allemand

La définition de l'emploi public retenue est celle du Bureau fédéral statistique (Statistisches Bundesamt, 2014a:8-9). Il comprend le personnel dépendant directement (*Kernhaushalt*) et indirectement (*Nebenrechnungen*) du budget des communes, des *Länder* et de l'État fédéral ainsi que celui des organismes et des institutions de droit public (*öffentlich-rechtlich*) sous contrôle public (sauf sécurité sociale et Agence publique de l'emploi (BfA)). En revanche, le personnel appartenant à des organisations de droit privé mais à participation publique majoritaire n'est pas compté.

Sur le plan statutaire, les effectifs des services publics relèvent soit du droit privé (*Tarifbeschäftigte*), soit du droit public (les fonctionnaires – *Beamte*). Les salariés de droit privé [1] représentaient plus de la moitié des effectifs des services publics en 2013 (Statistisches Bundesamt, 2014b). Pour autant, l'Allemagne a une longue tradition d'emploi de fonctionnaires, non seulement dans les fonctions centrales de l'État (administration, police, armée, ministères), mais aussi dans l'éducation et les caisses d'assurance sociale, et la plupart des employés des entreprises publiques sont des fonctionnaires. L'emploi des fonctionnaires est régi par les « principes habituels du fonctionnariat » (« *hergebrachte Grundsätze des Berufsbeamtentums* »). Ces principes comprennent l'emploi à vie ainsi qu'une obligation particulière de loyauté : les fonctionnaires ont le droit de se syndiquer mais il leur est interdit de négocier collectivement ou de faire grève. L'employeur a le droit de déterminer les conditions d'emploi des fonctionnaires plus au moins unilatéralement. En revanche, l'emploi des *Tarifbeschäftigte* relève du droit commun : ils ont donc accès à la négociation collective et la grève. Malgré ces différences de statut, les conditions de travail et d'emploi sont restées traditionnellement proches : les résultats des négociations collectives des employés sont appliqués à tous les fonctionnaires par décision parlementaire.

1. À la différence de salariés du secteur privé, l'emploi de *Tarifbeschäftigte* est caractérisé par des obligations et droits particuliers (*Nebenpflichten*), tels que l'obligation d'agir dans l'intérêt public, le devoir de loyauté ou la fidélité à la Loi fondamentale.

1. L'éducation est le secteur le plus intensif en main-d'œuvre du secteur public. Environ un tiers de la fonction publique y travaille. Après une période de stabilité du nombre d'emplois dans les écoles et les universités entre 2001 et 2007, l'emploi a progressé, entre 2008 et 2010, de 49 000 (+12 %) dans les universités, de 24 000 (+3 %) dans les lycées professionnels et le secondaire ainsi que de 21 000 (+15 %) dans les crèches (déjà depuis 2006) (Altis, Koufen, 2011:1112).

que les fonctionnaires ont été proportionnellement moins concernés par les réductions d'emplois que les employés de droit privé (*Tarifbeschäftigte*), ce qui s'explique par la protection spécifique que leur confère leur statut (encadré 2) : entre 1991 et 2013, le nombre de salariés de droit privé est passé de 4,6 à 2,8 millions (-39 %), tandis que le nombre de fonctionnaires passait de 2,1 à 1,7 million (-19 %) (Bosch, 2013:222 ; Statistisches Bundesamt, 2014c). La principale raison du recul des effectifs de salariés de droit privé a été la privatisation des entreprises publiques. L'État fédéral et les *Länder* ont eu tendance à augmenter le nombre de fonctionnaires dans une logique d'économies à court terme. L'employeur ne verse en effet pas de cotisations sociales pour les fonctionnaires, mais doit en contrepartie leur verser à moyen terme une retraite (Bosch, 2013).

Un autre trait saillant de l'évolution de l'emploi public au cours de vingt dernières années est la montée des contrats à durée déterminée. Traditionnellement, l'emploi dans le secteur public était caractérisé par le modèle de l'emploi à vie. Les contrats temporaires se limitaient à certaines catégories de candidats à la fonction publique (par exemple professeurs, juges, inspecteurs des impôts) effectuant un stage préparatoire (*Vorbereitungsdienst*). Si le candidat avait réussi son examen à la fin de cette période, il accédait à un contrat à durée indéterminée en tant qu'employé de droit privé, ou à un emploi à vie en tant que fonctionnaire. Or, depuis les années 1980, les possibilités de recrutement de personnel à durée déterminée ont été considérablement étendues. Ainsi, la part d'employés en contrat à durée déterminée a augmenté de 10 à 14,7 % de l'emploi public total entre 2002 et 2010, devenant désormais plus importante que dans le secteur privé (Bosch, 2013:223). Ces contrats sont utilisés pour contourner la faible flexibilité du marché de l'emploi public en termes d'ajustement quantitatif. Par conséquent, la part d'employés temporaires obtenant un contrat à durée indéterminée est plus faible que dans le secteur privé (*ibid*.), renforçant ainsi le dualisme du marché du travail public [1].

Une autre manière de peser sur les dépenses liées à l'emploi public a été de favoriser l'emploi à temps partiel. Au

Tableau 1. Emploi public (2000-2013)

En milliers

	2000	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
État fédéral	598	561	555	551	537	534	530	525	514	504
Länder	2391	2298	2287	2273	2263	2284	2317	2337	2347	2354
Communes	1572	1373	1358	1341	1331	1350	1355	1367	1386	1406
Sécurité sociale *	349	367	376	376	374	379	383	374	371	371
Total	4909	4599	4576	4540	4505	4547	4586	4602	4617	4635

* Agence pour l'Emploi (*Bundesagentur für Arbeit*), caisses de santé publiques, assurance retraite publique, mutuelles professionnelles, caisses maladies publiques. Saut en 2005 par l'inclusion des caisses maladie d'entreprise.
Source : Statistisches Bundesamt (2014b).

1. Selon Altis et Koufen (2011), 45 % de contrats à durée déterminée se concentrent dans les universités. L'augmentation du personnel universitaire ces dernières années s'est faite entièrement à travers les contrats à durée déterminée.

cours des vingt dernières années, celui-ci a augmenté de manière significative, passant de 16 % des effectifs en 1991 à 32 % en 2010. Derrière cette augmentation se dessinent d'autres phénomènes : la féminisation de l'emploi dans le secteur public et le recours massif au dispositif de temps partiel pour les travailleurs âgés (*Altersteilzeit*), qui permet d'étaler sur dix ans le passage à la retraite (Bosch, 2013). Dans la mesure où les employés passant à temps partiel ne sont souvent pas remplacés pendant leur temps d'absence (ou leur départ à la retraite), le travail s'intensifie.

Une façon de pallier à l'intensification du travail a été l'allongement de la durée hebdomadaire du travail (sans compensation salariale). Au début des années 1990, la durée hebdomadaire contractuelle du travail s'élevait dans le secteur public à 38,5 heures. Sous la pression des politiques d'ajustement budgétaire, elle a été relevée au cours de la seconde moitié des années 2000, et a été différenciée selon les niveaux d'administration (niveau fédéral : 41 heures ; *Länder* et communes : entre 39 et 42 heures) (Keller, 2013:362). L'extension de la durée de travail, qui peut être imposée par décision unilatérale aux fonctionnaires, a d'abord touché ces derniers, puis, à partir de 2006, les employés de droit privé, conduisant ainsi à un renversement du rôle « moteur » de la négociation collective pour l'emploi public.

Durant la crise, l'ajustement des salaires n'a pas été aussi important que dans d'autres pays européens ; les salaires de base dans le secteur public n'ont pas été réduits ou même soumis à des gels. Néanmoins, durant la décennie 2000, l'érosion de l'emploi public a contribué indirectement et directement à la modération salariale. Directement, car l'évolution des salaires de base a été modérée et régulièrement plus faible, en moyenne, que dans le secteur privé [1], y compris après 2008, conduisant ainsi à un découplage salarial croissant. À partir de la deuxième moitié des années 2000, contrairement aux pratiques établies, le gouvernement a décidé unilatéralement d'imposer des réductions, voire des suppressions d'éléments de rémunération comme les primes de Noël et de vacances (essentiellement pour les fonctionnaires). Hormis ces effets directs sur les salaires contractuels, des effets indirects résultent de la mise sous tension du système de négociation collective dans certains domaines par les effets de la libéralisation et la privatisation. Elle passe par la transformation en emploi privé sans ou avec convention collective (moins favorable). Ce processus sera analysé dans le cas du secteur hospitalier dans la dernière partie.

L'éducation : les suites du « choc PISA »

Depuis le blocage du débat public suite aux tentatives ambitieuses de démocratisation du système éducatif entre 1965 et 1975 (von Friedeburg, 1989), le personnel politique allemand a longtemps été réticent à l'idée d'impulser de nouvelles réformes. Ce n'est qu'à partir des années 2000 que cette donne a changé. Les réformes n'ont été déclenchées ni par un mouvement de société ni par les exigences budgétaires à proprement parler, mais plutôt sous l'influence de l'internationalisation des politiques d'éducation. Cette influence se manifeste par la montée des acteurs transnationaux dans les arènes politiques nationales et de deux

1. Voir à ce sujet les séries longues du WSI Tarifarchiv (http://www.boeckler.de/wsi-tarifarchiv_4828.htm).

processus particulièrement importants à cet égard : le « processus de Bologne » et le Programme international pour le suivi des acquis des élèves (PISA).

Une influence croissante des acteurs transnationaux

Pour l'éducation universitaire, le « processus de Bologne », initié en 1998 par l'UE, vise la création d'un espace universitaire homogène à l'échelle européenne (et au-delà). L'harmonisation des systèmes nationaux se fait en généralisant une division en trois cycles (*graduate, post-graduate* et doctorat), en mettant en œuvre une reconnaissance réciproque des qualifications (système de transfert de points et d'accumulation de crédits) et une coopération internationale en matière de contrôle de qualité, tant des établissements que des formations. En Allemagne, le processus de Bologne a multiplié les cursus universitaires et en a supprimé d'anciens dont la valeur a été pourtant reconnue par les employeurs. Le syndicat des enseignants (Gewerkschaft Erziehung und Wissenschaft) a régulièrement critiqué la mise en œuvre de ce processus en pointant la compression des matières dans le cursus du baccalauréat et la sélection des étudiants voulant accéder au niveau master. La remise en question de la gestion du système universitaire est un autre trait caractéristique des réformes menées en Allemagne. Elle consiste essentiellement en l'autonomisation des universités et l'attribution à leurs directeurs-*managers* des nouveaux pouvoirs de gestion du personnel et en matière financière. Devenues entrepreneuriales, les universités se concurrencent désormais sur un marché universitaire internationalisé pour obtenir des subventions de recherche, du personnel scientifique et des étudiants. Les appréciations de la montée des rationalités économiques aux dépens des institutions autorégulatrices de la communauté scientifique divergent parmi les acteurs du système universitaire (étudiants, enseignants et politiciens) : alors que certains se félicitent de la dérégulation du carcan bureaucratique universitaire, d'autres pointent au contraire la montée des exigences bureaucratiques d'un nouveau type (« gestion de processus ») et la réduction du savoir et de l'enseignement académique à un objet susceptible – ou non – d'apporter du capital aux universités (Münch, 2009).

L'un des problèmes fondamentaux de l'université allemande, sa forte sélectivité sociale à l'accès, se perpétue par ailleurs : selon l'enquête sociale du Deutsches Studienwerk menée auprès des étudiants en Allemagne (citée dans Blossfeld *et al*., 2012:156), la possession d'un diplôme universitaire par l'un des parents continue à déterminer fortement les chances d'accès aux études supérieures. Malgré la croissance du nombre d'inscriptions jusqu'en 2011 (restant toutefois en dessous du niveau moyen de l'OCDE), la situation ne s'est guère améliorée depuis le début des années 2000. En 2007, seuls 24 % des enfants issus de familles sans diplôme universitaire étudiaient à l'université, contre 71 % des enfants de parents possédant un tel diplôme. Les résultats sont encore plus défavorables si l'on considère le critère de « *background* migratoire » (*Migrationshintergrund* [1]) :

1. La notion statistique de *Migrationshintergrund* comprend des personnes ayant immigré en Allemagne avant 1949, les étrangers nés en Allemagne ainsi que les personnes ayant au moins un parent étranger né ou immigré en Allemagne avant 1949. Les données sont recueillies par micro-recensement. Aujourd'hui, 20 % de la population allemande a ce « *background* migratoire », dont deux tiers sont des immigrés.

seule 16 % de cette population étudie à l'université (Blossfeld *et al*., 2012:156).

Le deuxième processus significatif est l'enquête PISA de l'OCDE, qui mesure à l'échelle internationale l'évolution des compétences des élèves de 15 ans en mathématiques, sciences et lecture. En Allemagne, la publication des résultats du premier cycle de l'enquête en 2001 avait créé ce qui est communément appelé le « choc PISA ». Depuis, l'étude et ses préconisations plutôt implicites [1] sont devenues la référence du débat sur l'éducation scolaire en Allemagne, et les publications successives des résultats continuent d'attirer l'attention. La place du pays dans le classement international fait figure d'évaluation de la politique d'éducation ; l'amélioration de sa position confirme la justesse des politiques menées. L'étude PISA de 2001 avait jeté une lumière crue sur l'état de l'éducation secondaire en la plaçant à la 21e position sur 32 pays. De plus, elle pointait le rapport très étroit entre réussite scolaire et origine sociale en Allemagne. Entre autres, elle constatait que l'écart de compétences de lecture entre les élèves les plus brillants et les plus faibles était la plus élevée parmi les pays de l'OCDE, en raison des résultats désastreux de la population la plus faible, les résultats des élèves considérés comme les meilleurs restant, eux, moyens. L'étude pointait aussi la situation des élèves dont les deux parents avaient immigré en Allemagne : la moitié d'entre eux n'avait que des bases très rudimentaires de lecture, même si 70 % d'entre eux avaient été entièrement scolarisés en Allemagne (MPIB, 2002). Leurs problèmes se perpétuaient ensuite dans l'accès à la formation professionnelle duale, combinant contrat de travail et formation professionnelle. Les résultats de l'étude PISA évaluant les compétences des élèves en sciences et en mathématiques classaient également l'Allemagne en dessous de la moyenne de l'OCDE. Par la suite, ces résultats comparatifs ont été l'occasion de sortir des querelles politiques habituelles entre les *Länder* (collège intégré *vs* système éducatif différencié ; durée de scolarité et d'études) et de poser la question du système éducatif d'une façon plus générale. Ainsi, suite au choc PISA, d'importantes réformes ont été entamées en matière d'accueil et d'éducation des petits enfants et de l'offre scolaire dans le secondaire et tertiaire. En revanche, la formation professionnelle n'a été que très peu concernée par ces évolutions.

Des réformes dans le secteur de la petite enfance et l'éducation secondaire

Depuis quelques années, l'extension de l'offre d'accueil de la petite enfance est devenue un enjeu majeur de la politique éducative. Dans l'ancienne RFA, les structures d'accueil des enfants et des élèves étaient basées sur le modèle du « Monsieur Gagnepain » (modèle du soutien masculin de famille avec la femme au foyer), qui fustigeait les structures d'accueil de la petite enfance ou des écoles à horaire continu au titre qu'elles étaient nocives au développement de l'enfant. Face à la faible propension des femmes actives, et surtout de celles avec un niveau d'études supérieures, à avoir des enfants (Letablier, Veil, 2011), le parti conservateur du Christlich Demokratische Union Deutschlands (CDU) a lui-même fini par admettre que sa politique

1. Elle met à disposition des définitions de standards et de processus d'évaluation, et identifie des facteurs qui contribuent au développement de certaines compétences, qui sont par la suite transformées en recommandations (*best practices*).

familiale était dépassée par l'évolution démographique et les aspirations de son électorat. La « loi sur la promotion de l'enfance » (Kinderförderungsgesetz) de 2008 a institué à partir du 1er août 2013 un droit d'accueil pour chaque enfant entre 1 et 3 ans, obligeant les communes à créer quelque 750 000 nouvelles places. Au 1er mars 2014, 660 750 enfants de moins de 3 ans (32,3 %) avaient une place en crèche ou dans une autre forme d'accueil mise à disposition par les pouvoirs publics, soit une augmentation du taux d'accueil de 18,7 points de pourcentage depuis 2006 (BMFSFJ, 2014). En même temps, l'étude PISA avait pointé la nécessité d'améliorer la préparation des petits enfants à l'école (en introduisant des programmes préscolaires) et, par ce biais, le faible degré de professionnalisation du personnel des jardins d'enfants et des crèches.

Mais c'est sans doute surtout dans l'éducation secondaire que l'impact de l'étude PISA a été le plus fort : en effet, la remise en question du système scolaire secondaire à trois voies (encadré 3) en a directement découlé. Ce processus est différent d'un *Land* à l'autre, mais des tendances communes sont à l'œuvre, telles que l'intégration de la *Real*- et la *Hauptschule*. La croissance exponentielle du nombre d'écoles à temps plein (*Ganztagesschule*) suite à un programme d'investissement fédéral (2003-2009) est une autre évolution notable, tout comme la réorientation de l'enseignement pédagogique des futurs professeurs et l'introduction de standards d'éducation nationaux (Blossfeld *et al.*, 2012:91-97). Les résultats récents des études PISA tendent à indiquer que les mesures mises en œuvre ont eu des effets positifs sur les connaissances fondamentales des élèves du secondaire, avec une légère réduction des inégalités éducatives en fonction de caractéristiques sociales, d'origine et territoriales.

L'un des résultats des discussions consécutives au « choc PISA » a été que la réforme de l'école ne pouvait se faire sans investissements additionnels, d'autant plus que les données de l'OCDE montraient depuis longtemps que les dépenses privées et publiques allemandes en matière d'éducation se situaient en dessous de la moyenne (OCDE, 2014:222). En effet, depuis, les dépenses publiques d'éducation (communes, *Länder*, État fédéral confondus) se sont mises à augmenter d'une façon continue (graphique 2). En 2010, les dépenses publiques d'éducation étaient de 106,3 milliards d'euros, dont 75,1 milliards provenant des *Länder* [1]. La chute de l'activité économique en 2009-2010 n'a pas impacté l'évolution de ces budgets.

La petite enfance a ainsi connu au cours des dernières années l'augmentation de son budget la plus spectaculaire : entre 2005 et 2012, le budget des crèches – cofinancé presque à parts égales par les communes et l'État fédéral – est passé de 10,8 à 18,4 milliards d'euros (Statistisches Bundesamt, 2014c:47). Les dépenses des *Länder* pour les écoles (primaires et secondaires) ont augmenté plus modestement, pour passer de 50,2 milliards en 2005 à 59,1 milliards d'euros en 2010. Depuis, elles stagnent dans un contexte de fermetures d'établissements à cause du manque d'élèves dans les *Länder* de l'Est (Statistisches Bundesamt, 2014c:49). Les budgets publics dédiés

1. Les dépenses par tête augmentent encore plus fortement. En 2010, les dépenses publiques d'éducation pour les personnes de moins de 30 ans atteignaient 4 208 euros (4 799 euros estimés en 2013), alors qu'elles n'étaient que de 2 573 euros en 1995.

Encadré 3

Le système éducatif et son financement

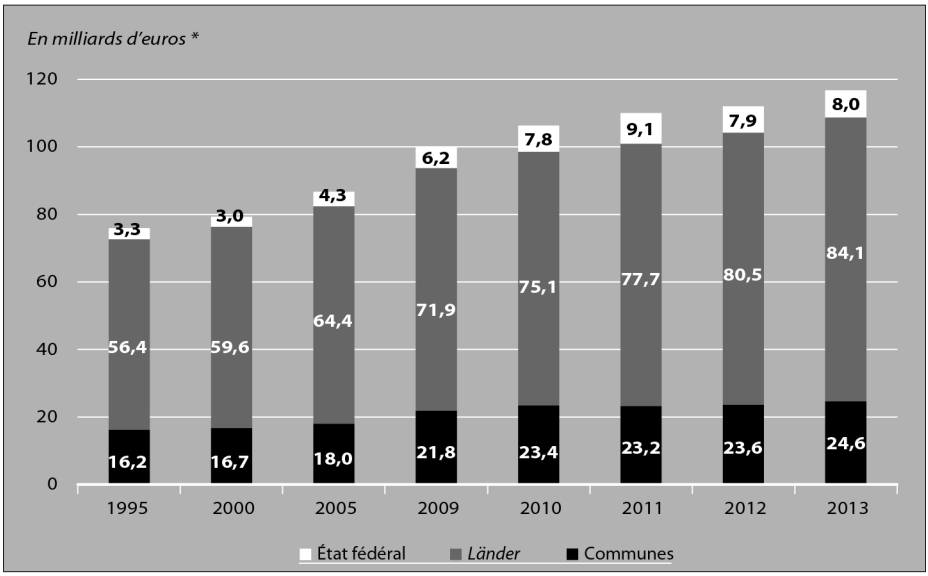
L'appréhension de la politique d'éducation allemande est rendue difficile par le fait que dans le système fédéral, l'éducation est avant tout l'affaire des *Länder*, selon le principe constitutionnel de « souveraineté culturelle » (*Kulturhoheit*). À quelques exceptions près, ils détiennent le pouvoir législatif. Ainsi, les programmes et la durée de la terminale se différencient selon les *Länder*, par exemple. C'est la « Conférence des ministres de la Culture » (*Kultusministerkonferenz*) qui doit garantir un minimum de coordination et d'homogénéité entre les politiques.

La scolarité est obligatoire entre 6 et 18 ans. Quant à la structure du système éducatif, elle se divise en :
- primaire ; école primaire (obligatoire à partir de 6 ans ; durée : entre 4 et 6 ans) ;
- secondaire I (système à trois voies (*Hauptschule*, *Realschule*, *Gymnasium*) plus collège unique (*Gesamtschule*) ;
- secondaire II (terminale – *gymnasiale Oberstufe* – ou lycée professionnel – *Berufsschule*) ;
- tertiaire (universités ; écoles professionnelles : *Berufsakademie, Fachakademie, Fachschule*) ;
- quaternaire (formation professionnelle continue, *Weiterbildung*).

Le système éducatif est majoritairement financé et organisé sur fonds publics, qui représentent quatre cinquièmes des dépenses. La Loi fondamentale dispose que l'éducation dans le primaire et secondaire est gratuite. En revanche, les structures d'accueil de la petite enfance (crèches et nourrices, traditionnellement très peu développées) et les jardins d'enfants (à partir de 3 ans) sont payantes. Elles sont organisées par les communes. Dans le tertiaire, les droits d'inscription à l'université ont été introduits depuis 2005 dans la plupart des *Länder.* Elles ont été la cible de plusieurs mouvements d'étudiants (*Bildungsstreik*), notamment en 2009 lors d'une action nationale qui a mobilisé au moins 100 000 étudiants. Actuellement, les frais d'inscription sont en train de disparaître, surtout en raison des changements de majorité politique dans les *Länder*. Beaucoup d'écoles professionnelles sont également payantes. Le financement du quaternaire est exclusivement privé (par les usagers ou les entreprises).

aux universités sont passés de 18,4 milliards en 2005 à 24,7 milliards d'euros en 2012. Les dépenses par étudiant ont par ailleurs relativement peu évolué depuis 1995 (Statistisches Bundesamt, 2014c:55), suggérant que l'augmentation des budgets universitaires a été consommée en grande partie par la croissance continue de la population étudiante jusqu'à son pic en 2011, avec 518 748 nouveaux inscrits. Les mobilisations régulières des étudiants contre les conditions d'enseignement universitaire y trouvent leur base matérielle. En revanche, des réductions nettes sont à constater dans le budget du ministère du Travail pour la formation initiale et continue. Les dépenses sont passées de 11 milliards en 1999 à 5,9 milliards d'euros en 2012 (Statistisches Bundesamt, 2014c:69).

Graphique 2. Dépenses publiques d'éducation (1995-2013)



* 2011-2012 : valeurs provisoires ; 2013 : valeurs cibles.
Source : Statistisches Bundesamt (2014c:37).

Malgré l'effet PISA sur les budgets publics d'éducation, l'Allemagne éprouve quelques difficultés à atteindre ses objectifs en la matière. Lors du « Sommet de l'éducation » de 2008, la chancelière et les présidents des *Länder* avaient formulé l'objectif de faire passer le budget d'éducation et de recherche à 10 % du PIB à l'horizon 2015. Or, les budgets peinent à augmenter au rythme prévu. Rapportées au PIB, les dépenses publiques et privées pour la recherche et l'éducation (235,4 milliards d'euros, dont 173,1 milliards pour l'éducation et 57,3 milliards pour la recherche et développement) s'élevaient à 9,4 % du PIB en 2010, contre 8,8 % en 1995. En 2011, ces dépenses atteignaient 9,3 % du PIB. Le financement majoritaire du système par les *Länder* – soumis par ailleurs à de nouvelles contraintes budgétaires résultant du « frein à l'endettement » – contribue certainement aux difficultés de rattrapage de la dynamique économique.

La santé : réformes du mode de gouvernance pour « maîtriser les coûts »

Soucieux de freiner ses dynamiques spécifiques (évolution technique et démographique, valorisation croissante de la santé) et de garder l'emprise sur l'évolution des cotisations sociales, les pouvoirs publics allemands n'ont cessé d'intervenir, depuis les années 1970, dans le secteur de la santé afin de « maîtriser les coûts ». Bien que le système ait gardé la plupart de ses caractéristiques historiques (encadré 4), d'importants changements sont intervenus depuis les années 1990. Ils concernent à la fois la production et le financement des soins. La nature de ces réformes sera abordée

en nous focalisant sur une activité particulière et emblématique des processus à l'œuvre, l'hôpital.

Des dépenses élevées et un niveau de santé plutôt moyen

En 2012, l'Allemagne dépense 300 milliards d'euros en matière de santé. Les deux tiers de ces dépenses sont financées par les quatre branches de la Sécurité sociale (santé, dépendance, retraite, accidents). La part des dépenses de santé dans le PIB est de 11,2 % en 2011. En comparaison internationale, ce niveau est parmi les plus élevés de l'OCDE (tableau 2). Par habitant, en 2011, le pays dépense 4 495 euros pour la santé, dont 3 436 euros provenant de ressources publiques (OCDE, 2013:155). En 2011, les dépenses privées et publiques par habitant placent l'Allemagne en septième position des pays de l'OCDE. Contrairement aux pays dont le rythme de croissance des dépenses de santé a baissé en termes réels suite à la crise, la comparaison de périodes 2001-2008 et 2009-2011 révèle la stabilité de leur évolution (en % du PIB) : l'évolution des dépenses est restée de +2,1 % par an pendant les deux périodes en question (OCDE, 2013:155).

À ce niveau élevé de dépenses globales correspond un système bien équipé si l'on considère les indicateurs synthétiques du type de ceux développés par l'OCDE – par exemple en matière de nombre de docteurs, infirmiers, gynécologues, sages-femmes ou psychiatres par habitant (OCDE, 2013). Avec en moyenne 1,8 % du revenu des ménages en 2011, les dépenses de santé à la charge du patient

Encadré 4

Caractéristiques du système de santé allemand

La protection sociale allemande s'est constituée à la fin du XIX[e] siècle autour d'une logique contributive d'assurance sociale tout en intégrant une dimension d'assistance sociale non contributive. Le système de santé s'imprègne fortement de ces origines bismarckiennes. Il partage d'ailleurs nombre de caractéristiques avec le système français (Hassenteufel, 2011), notamment le financement majoritaire par des cotisations salariales et patronales, le rôle gestionnaire de caisses d'assurance maladie, une médecine ambulatoire dominée par les médecins libéraux et la médecine hospitalière dominée par les hôpitaux publics (avec des médecins employés). Il est toutefois plus divers et décentralisé : en 2011, on comptait 156 caisses légales différentes et relativement autonomes (jusqu'en 2009, elles pouvaient fixer le taux de cotisation). Les caisses ont un rôle de négociation (plus) important avec les représentants médecins (*kassenärztliche Vereinigungen – KV*) et les hôpitaux. S'y ajoute le rôle important des *Länder* dans l'organisation des soins, donnant ainsi lieu à un système caractérisé par le fédéralisme et l'auto-administration (*Selbstverwaltung*), qui tranche avec des systèmes de gouvernance plus centralisés et étatiques. Depuis 2007, l'adhésion au système des caisses publiques de santé (*gesetzliche Krankenkassen*) est obligatoire. Les assurés dépassant un certain plafond de revenu (53 550 euros par an en 2014) ont le choix d'adhérer à une assurance privée ; ils représentent environ 11 % de la population en 2011 (OCDE, 2013).

Tableau 2. Dépenses privées et publiques de santé des pays de l'OCDE (2000-2011)

En % du PIB

	États-Unis	Royaume-Uni	Suède	Pologne	Italie	France	Allemagne
2000	13,7	7,0	8,2	5,5	7,9	10,1	**10,4**
2005	15,8	8,3	9,1	6,2	8,7	11,0	**10,8**
2006	15,9	8,4	8,9	6,2	8,8	11,0	**10,6**
2007	16,2	8,5	8,9	6,3	8,5	10,9	**10,5**
2008	16,6	9,0	9,2	6,9	8,9	11,0	**10,7**
2009	17,7	9,9	9,9	7,2	9,4	11,7	**11,8**
2010	17,7	9,6	9,5	7,0	9,4	11,7	**11,5**
2011	17,7	9,4	9,5	6,9	9,2	11,6	**11,2**

Source : OCDE (2013).

restent en dessous de la moyenne de l'OCDE. Toutefois, des problèmes structurels dans l'organisation des soins persistent [1]. Lorsque l'on prend en compte les inégalités sociales dans l'accès aux soins, cette image d'un système accessible à tous se nuance : parmi les pays de l'OCDE, l'Allemagne est aujourd'hui l'un des premiers où la population à bas revenus présente le taux le plus élevé de besoins insatisfaits en matière d'examens médicaux et est parmi les plus malades (OCDE, 2013:145, 41). Aussi, en termes d'indicateurs globaux de santé publique (espérance de vie, accidents cardiovasculaires, mortalité infantile…) et de perception par les citoyens de leur état de santé, l'Allemagne n'occupe qu'une place moyenne parmi les pays de l'OCDE. Ces résultats confortent de nombreuses études qui constatent une très forte corrélation entre statut social et morbidité/mortalité en Allemagne (notamment Richter, Hurrelmann, 2007) [2].

Entre 1992 et 2012, les dépenses de santé ont presque doublé en valeur absolue. Le débat public s'est focalisé sur cette « explosion », la traduisant en un besoin – non problématisé – de « maîtrise des coûts » (*Kostendämpfung*). Or, l'évolution des dépenses paraît plus mesurée lorsqu'elle est rapportée à l'activité économique et comparée à celle des autres pays (tableau 2). De plus, la part des dépenses

1. Les pouvoirs publics allemands ont identifié deux problèmes centraux dans l'organisation des soins : le faible rôle du médecin traitant, privant le système de coordinateur, ainsi que la fragmentation des structures de soins (en ambulatoire, stationnaires, rééducatifs). La création de structures intégratives pour le traitement de maladies dégénératives est une priorité des pouvoirs publics depuis la fin des années 1990. Cela a été longtemps empêché par le monopole de négociation des KV (Gerlinger, 2014). L'ouverture de la concurrence entre caisses de santé n'a pas généré les innovations attendues puisque les caisses ont été amenées à éviter d'attirer ce type d'assurés pour des raisons financières. Pour pallier à ce dysfonctionnement, le législateur a réformé le mécanisme de compensation des risques financiers (RSA) entre caisses en 2007, en intégrant des critères de maladie chronique et de morbidité dans les conditions d'attribution de financements par ce fonds (voir *infra*).
2. Le rapport entre augmentation de la pauvreté (laborieuse) et santé ne peut pas être éclairé pour l'Allemagne car on ne dispose pas de données en série chronologique.

des caisses publiques de santé (*gesetzliche Krankenkassen*) n'a que très peu évolué depuis la deuxième moitié des années 1970 : elle reste entre 6 et 7 % du PIB (Gerlinger, Schönwälder, 2012). En 2012, sur les 300 milliards d'euros de dépenses de santé, les caisses de santé publiques en finançaient 172 milliards. L'augmentation – très modérée – des dépenses mesurées en pourcentage du PIB est le résultat de deux décennies d'ajustements successifs.

La multiplication des réformes depuis les années 1990

L'évolution des dépenses de santé et les déficits récurrents des caisses publiques de santé ont fait du système de santé un enjeu central des réformes de l'État social en Allemagne depuis une vingtaine d'années. À cet égard, on peut distinguer deux phases. Jusqu'au début des années 1990, les réformes visaient surtout à stabiliser le taux de cotisation aux caisses de santé, sans toucher aux structures existantes de financement, de régulation et de soins. Les mesures contribuaient à freiner les dépenses, mais elles échouaient à réduire l'écart entre l'objectif global de stabilisation du taux de cotisation et la persistance des incitations financières des acteurs à étendre l'offre ou à ne pas économiser (Gerlinger, 2014). La deuxième phase d'ajustement a été entamée avec la réforme du système de santé de 1992 (Gesundheitsstrukturgesetz ; GSG). Elle représente un changement de cap décisif. Les lois qui ont suivi (une douzaine en tout) n'ont plus dévié du sentier tracé par elle, ce qui n'excluait pas que l'accent soit mis sur différents aspects des politiques de santé, tributaires souvent de la composition politique du gouvernement fédéral en place.

Au centre du nouveau mode de gouvernance se trouvent désormais des instruments créant des incitations financières pour les groupes d'acteurs (caisses, assurés, médecins libéraux, hôpitaux), visant à soumettre leur comportement aux impératifs globaux de réduction de dépenses et de quantités (Gerlinger, Schönwälder, 2012). Ils reposent sur un nouveau type de rationalité économique :

- l'introduction du libre choix des caisses de santé et d'un mécanisme de compensation du risque entre caisses (*Risikostrukturausgleich*) a considérablement renforcé la concurrence entre les caisses. Le taux de cotisation est devenu le paramètre principal d'attractivité et toute augmentation peut conduire à la fuite d'assurés vers la concurrence ;

- l'introduction de forfaits ou de budgets (individuels) a entraîné un déplacement du risque de financement des caisses vers les prestataires (médecins libéraux, hôpitaux). Ces nouvelles incitations devaient réduire leurs prestations par patient ou au moins ne pas les laisser dépasser certaines limites ;

- la privatisation des dépenses de soins par l'augmentation répétée des suppléments (lois de 1992, 1996, 2003) a accru considérablement la pression financière pesant sur les patients (au moins sur certains d'entre eux), censée produire un « meilleur calibrage » des décisions de soins [1]. La privatisation des risques a aussi été promue par la différenciation des conditions d'assurance (« tarifs à la carte ») ;

- les possibilités pour les caisses de négocier individuellement – en entamant le monopole de représentation collective des médecins (KV) – avec les prestataires ou leurs regroupements ont été élargies. Cela devait leur permettre d'agir

1. Au-delà de la maîtrise des dépenses, les conservateurs et les libéraux ont vu dans la privatisation des dépenses médicales un instrument pour dégager des potentialités de croissance et d'emploi, auparavant bridées par la limitation des dépenses par les caisses publiques de santé.

en faveur des réductions de coûts et de l'amélioration de la qualité des soins.

Parmi les réformes récentes de santé (2007, 2011, 2014), celle de 2007 est la plus importante dans la mesure où elle marque le passage vers un financement davantage centralisé dans lequel il revient désormais à l'État de fixer le taux de cotisation. Désormais, les caisses se voient attribuer un montant forfaitaire pour chaque assuré en fonction de ses caractéristiques (âge, sexe, morbidité) qui provient du « fonds de santé » central, créé en 2009 (Gesundheitsfonds). En intégrant 50 à 80 traitements très coûteux au financement solidaire par ce fonds, le législateur a cherché à équilibrer les conditions de concurrence entre caisses publiques avec des profils d'assurés « à risque » différents. Pour compenser d'éventuels surcoûts, les caisses peuvent soit réduire leurs prestations, soit demander (uniquement) aux assurés des contributions additionnelles (*Zusatzbeiträge*) plafonnées. Des voix se sont élevées pour critiquer les *Zusatzbeiträge* qui conduisent *in fine* à geler la quote-part des employeurs dans le financement des caisses (Gerlinger, 2008). Depuis 2005 déjà, les employeurs ne participent plus au financement des soins dentaires et des congés maladie pour lesquels désormais seuls les salariés cotisent. Le fonds est alimenté à la fois par des cotisations sociales et une contribution de nature fiscale (autour de 8 %).

Malgré les difficultés de financement du système de santé, le législateur n'a pas voulu mettre à contribution d'autres éléments de revenu que les salaires. Aussi a-t-il pris soin de ne pas bousculer les variables clefs du financement actuel : le plafond de revenu soumis à cotisation (*Beitragsbemessungsgrenze*) n'a pas été augmenté substantiellement. De même, le plafond de revenu en dessous duquel s'applique l'obligation d'adhésion aux caisses publiques (*Pflichtversicherungsgrenze*) n'a pas été revalorisé jusqu'en 2003, facilitant un mouvement de fuite vers les caisses privées. Depuis, ce seuil a été relevé, puis abaissé de nouveau.

Réforme du financement des hôpitaux et conséquences sur leur gestion et forme juridique

Outre la « privatisation » du financement des soins (transfert vers les ménages ; introduction de rapports de concurrence entre caisses de santé), les politiques d'ajustement ont aussi – d'une façon plus indirecte – entraîné une dynamique de privatisation de la production des soins. Elle concerne à la fois les rapports sociaux qui organisent les soins et la forme juridique sous laquelle ils ont lieu. L'hôpital, l'institution la plus importante en matière d'emploi dans le secteur de santé [1], en est peut-être l'exemple le plus emblématique. Dans la production de ces dynamiques, on voit à l'œuvre l'interaction entre des politiques sectorielles renforçant la pression économique sur les hôpitaux et l'impact des politiques d'ajustement plus globales pesant sur les principaux propriétaires de l'hôpital public, les *Länder* et les communes.

Depuis 1972, le financement des hôpitaux allemands est caractérisé par un système dual : les caisses de santé financent les dépenses courantes et les *Länder,* les investissements. Afin de limiter les dépenses des hôpitaux et de

1. En 2010, 1,1 million de salariés travaillaient dans les hôpitaux. Depuis 1991, ce chiffre n'a quasiment pas évolué. Derrière cette stabilité, il y a pourtant d'importants changements : l'importance croissante de l'emploi à temps partiel ainsi que l'augmentation de l'emploi des médecins, compensée par la baisse du personnel soignant (Bölt, Graf, 2012).

stabiliser le taux de cotisation au nom de la compétitivité du secteur industriel, le mode de financement des hôpitaux a été fortement remanié dans les années 1990. Deux mesures sont centrales du point de vue de leurs conséquences en matière de gestion du personnel et de privatisation de l'hôpital.

La loi GSG (voir *supra*) de 1992 a plafonné l'augmentation des budgets hospitaliers en les couplant à l'évolution des salaires soumis à cotisations sociales (*Grundlohnsumme*) et a créé de nouveaux mécanismes de gestion des déficits et des excédents budgétaires. Soucieux de réduire le nombre de jours passés à l'hôpital, le législateur a adopté en 2000 un système de financement forfaitaire par cas (Diagnostic Related Groups ; DRG). Depuis, en standardisant les remboursements selon le « coût de production moyen », les hôpitaux ont rencontré plus de problèmes à ne pas rendre leurs coûts explicites vis-à-vis des assureurs. En revanche, ces derniers avaient désormais plus de facilité à obtenir des concessions sur des diagnostics profitables qui contribuaient auparavant à subventionner d'autres activités hospitalières (Greer *et al.*, 2013). Bien avant leur mise en œuvre définitive en 2009, les DRG ont ainsi mis les hôpitaux sous une pression considérable. Ils les ont incités à réduire le ratio personnel-patients, tout en renforçant la compétition pour les diagnostics les plus rentables.

Pour éviter la faillite, de nombreux hôpitaux déficitaires se sont vus contraints d'engager des restructurations, tandis que d'autres, les plus profitables, accumulaient des liquidités prêtes à être investies dans le rachat d'autres entités : ce phénomène a débouché sur une concentration du secteur. Le nombre d'hôpitaux continue à décroître, et, en termes de parts de marché, trois grands groupes privés dominent (Rhön, Helios, Asklepios) [1]. Et la perspective, pour les communes financièrement fragiles, de devoir continuer à financer des hôpitaux déficitaires qui souffrent d'un sous-investissement chronique [2] les a poussées à les privatiser.

De fait, l'Allemagne est allée particulièrement loin en matière de privatisations. Aucun pays européen n'a privatisé autant d'hôpitaux depuis le début des années 1990 (Böhlke, Schulten, 2008). Au début des années 1990, le nombre de cliniques privées était encore très limité et leur profil plutôt spécialisé. Mais entre 2001 et 2011, le nombre de cliniques privées a augmenté de 37,4 %, pour atteindre 678 hôpitaux. Sur la même période, le nombre d'hôpitaux publics a reculé de 24,7 % et celui des hôpitaux à statut associatif [3] (*freigemeinnützig*) de 17,4 % (Anonymus, 2014:19). Certes, le statut associatif continue de caractériser la majeure partie des hôpitaux allemands (746 au total), mais les hôpitaux privés les talonnent désormais. Le déclin de l'hôpital public est le plus spectaculaire : alors qu'il dominait le paysage hospitalier au début des années 1990 avec presque 1 200 unités, il se retrouve désormais au troisième rang avec 621 hôpitaux en 2011. De nombreux hôpitaux encore publics

1. En 2014, Helios a obtenu l'accord de l'autorité de la concurrence allemande pour racheter une partie des hôpitaux à Röhn, créant à terme le groupe hospitalier européen le plus important (*Berliner Zeitung*, 20. Februar 2014).
2. Le déficit d'investissement des *Länder* dans leurs hôpitaux a été chiffré à plus de 50 milliards d'euros par l'association allemande des hôpitaux (Deutsche Krankenhausgesellschaft) (Böhlke, Schulten, 2008:26).
3. Églises, associations caritatives, fondations.

ont entamé leur transformation en établissements de droit privé (*Körperschaft privaten Rechts*), préparant souvent le passage vers une privatisation matérielle (Böhlke, Schulten, 2008).

Les nouveaux instruments financiers ont eu un impact notable sur l'organisation du travail au sein des hôpitaux (Schultheis, Gemperle, 2014). La pression sur les coûts traverse davantage que par le passé toutes les activités de l'hôpital, avec les conséquences qui y sont associées en termes de rationalisation et d'optimisation des processus. Les nouveaux impératifs économiques ont favorisé la montée d'un *management* (et de *managers* de formation) misant sur l'expertise économique. En quelque sorte rétrogradés par cette nouvelle élite hospitalière, les médecins hospitaliers et les chefs de service en particulier ont vécu une transformation de leur profession, qui a échangé pouvoir et statut contre un travail davantage administratif (par exemple recensement et calcul précis de tous les actes de soins afin d'optimiser le taux de remboursement et de se protéger contre des actions en justice). Sous la pression des indicateurs et des injonctions administratives, le travail du personnel s'est intensifié. Dans ces conditions, les tensions entre l'éthos professionnel et la réalité quotidienne en prise avec les impératifs économiques ont été grandissantes. Elles sont la source de conflits internes et entre individus mais peuvent aussi devenir une source de griefs collectifs.

Les acteurs sociaux du service public face aux politiques d'ajustement budgétaire : l'exemple du secteur hospitalier

Jusqu'aux années 1990, les relations professionnelles du secteur public étaient caractérisées par un système de régulation de l'emploi fortement centralisé et homogénéisant [1]. Du côté des acteurs collectifs, s'y opposaient la puissante fédération Gewerkschaft Öffentliche Dienste, Transport und Verkehr (ÖTV), affiliée au Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB) et comptant 1,5 million d'adhérents avant sa fusion avec le syndicat de services publics et privés Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di) en 2001, et une représentation unie des employeurs publics (État, *Länder*, communes) [2]. Malgré son taux d'adhésion important, la Fédération des fonctionnaires allemands (Deutscher Beamtenbund) ne jouait qu'un rôle mineur dans la négociation collective à cause de sa faible représentativité parmi les salariés de droit privé, seuls en droit d'engager la négociation collective et de mener la grève (encadré 2). Depuis les années 1960, les deux partis négociaient une convention collective nationale (*Bundesangestelltentarifvertrag* – BAT) qui couvrait tous les niveaux de l'État ainsi que les ouvriers et les employés. L'un des effets majeurs de cette centralisation – plutôt rare en comparaison internationale – a été une forte standardisation des rémunérations, y compris de leur structure, et des conditions de travail

1. Rappelons que l'Allemagne est connue pour son système dual de représentation, avec d'un côté une instance (formellement non syndicale) de représentation dans les entreprises et de l'autre une représentation syndicale au niveau de la branche, négociant les conventions collectives. Sur des bases légales spécifiques, ce système existe aussi dans le secteur public, avec les *Personalräte*, équivalent des *Betriebsräte*.
2. L'ÖTV et son successeur ver.di négocient conjointement avec deux petites fédérations du DGB du secteur public, le syndicat des policiers (Gewerkschaft der Polizei ; GdP) et le syndicat des éducateurs et professeurs (Gewerkschaft Erziehung und Wissenschaft ; GEW).

(temps de travail). Une fois la convention collective conclue, le gouvernement appliquait les nouvelles conditions aux fonctionnaires. Le rayonnement normatif de ce texte était tel qu'il était appliqué dans la plupart des entreprises publiques (poste, rail), ainsi que par les associations caritatives et les fournisseurs de service privés. Au sein des administrations, les conseils de personnel (*Personalräte*) fortement implantés veillaient au respect effectif de la convention, sans devoir s'attendre à des résistances fortes de la part des employeurs : par principe, le service public se devait de respecter les normes négociées.

Ce modèle continue de s'appliquer pour une très grande majorité des salariés et fonctionnaires du secteur public. 93 % des employés de droit privé sont couverts par la convention collective (Bosch, 2013:228), tranchant avec la diminution continuelle du degré de couverture dans le secteur privé (Hege, 2012). Pourtant, derrière la stabilité de la convention collective – qui se confirme par l'absence d'intervention du législateur, que ce soit avant ou après 2008 – se dessinent des processus de décentralisation et de fragmentation des acteurs : le nombre de salariés exclus de ce système s'accroît au fil des opérations de privatisation ou d'externalisation ; les organisations syndicales du service public longtemps hégémoniques se voient concurrencées par des associations professionnelles ; les intérêts des employeurs se différencient.

Ces processus concernent surtout les domaines (croissants) des services publics les moins protégés des rapports marchands, mais leur impact sur la régulation de l'emploi public est palpable : la pression qui s'exerce depuis les « marges » se diffuse par le biais de la convention collective jusqu'au centre de l'emploi public. Ce mécanisme de concessions consenties « d'en bas » s'ajoute ainsi aux politiques budgétaires « d'en haut », qui cherchent à réduire les dépenses salariales, donnant lieu à la modération salariale et la renonciation aux acquis sociaux tels que la réduction du temps de travail.

Cette dernière partie identifie ce double processus de mise sous tension de la convention collective du secteur public en s'appuyant sur l'exemple des hôpitaux, secteur à la fois emblématique des phénomènes évoqués ci-dessus et intéressant du point de vue des réponses que les acteurs sociaux y ont apporté.

Décentralisation de la convention collective du service public et recul de la couverture conventionnelle dans les hôpitaux

Pendant longtemps, les conditions de travail et de rémunération dans les hôpitaux (encore en majorité publics) ont été déterminées par la convention du secteur public BAT. Or, depuis la fin des années 1990, ce système est jugé trop rigide par les employeurs publics pour qu'il puisse satisfaire leur désir d'augmenter le temps de travail.

L'occasion de procéder à un ajustement s'est présentée dès 2003 lors des négociations autour de la nouvelle convention collective cadre (Tarifvertrag Öffentlicher Dienst ; TVÖD), destinée à remplacer le BAT dont le système de classifications et la distinction discriminante entre ouvriers et employés étaient devenu caducs. Après avoir conclu cette nouvelle convention avec les employeurs des communes et l'État fédéral en 2005, ver.di a cherché à l'appliquer également aux *Länder*. Or, ces derniers la jugeaient incompatible avec leurs revendications de baisse des primes annuelles et d'allongement de la durée du travail. Un deuxième front s'est ouvert lorsque quelques communes ont résilié la

convention collective sur le temps de travail récemment conclue dans le cadre du TVÖD. Dans les deux cas, l'unique argument des employeurs publics était que « les caisses étaient vides » (Bispinck, 2006). Craignant que dans ces conditions l'allongement du temps de travail se produise sans compensation salariale, ver.di a décidé d'engager la première grève dans le secteur public depuis 14 ans. Elle a commencé au printemps 2006 et a duré trois mois. Le mouvement pouvait compter sur un fort taux d'approbation des adhérents (plus de 90 %) et reposait sur de nouveaux groupes à prédominance féminine tels que les salarié(e)s des crèches ou des hôpitaux.

Soucieuse de défendre la convention collective unique, la grève au niveau des *Länder* s'est soldée par la signature du TVÖD, accompagnée de conventions collectives dérogatoires en matière de temps du travail. Ces dernières ont prévu l'augmentation du temps de travail hebdomadaire à 39,22 heures en moyenne, avec des différences selon les *Länder*. Pour certains secteurs, tels que les hôpitaux, le temps de travail est toutefois resté à 38,5 heures. Les primes de congés et de Noël ont également fait l'objet d'une clause d'ouverture dans le TVÖD des *Länder*, les remplaçant par une prime exceptionnelle. Dans les communes concernées, ver.di a signé des conventions régionales différenciant le temps de travail par groupe d'âge ou par activité (Bispinck, 2006).

Depuis lors, à cause de ces dérogations, le TVÖD se décline différemment dans les hôpitaux appartenant d'un côté aux communes et à l'État fédéral (*Universitätskliniken*) et de l'autre aux *Länder (Landeskliniken*). La différenciation ne s'est pas arrêtée aux échelons administratifs : malgré les concessions faites par ver.di, deux *Länder* ayant des difficultés budgétaires particulières ont refusé de signer le TVÖD (Hesse et Berlin), privant les salariés de leurs hôpitaux de couverture contractuelle.

Insatisfaits de cette « décentralisation coordonnée » (Traxler, 1995) de la convention collective du secteur public, les employeurs hospitaliers ont cherché à réduire sa portée. Les salaires, qui représentaient 60 % des dépenses hospitalières, sont alors devenus la principale variable d'ajustement. Ainsi, de nombreux hôpitaux ont acheté des services tels que la radiologie, le nettoyage ou la restauration à des fournisseurs privés, extérieurs à l'hôpital [1]. Une autre façon de procéder a été de créer des sociétés ou des agences de travail temporaire non soumises à la convention, et qui ont mis à disposition certaines catégories de personnel. Enfin, d'autres hôpitaux ont préféré sortir de la convention collective TVÖD, par le biais des opérations de privatisation. Dans ces conditions, le syndicat des services ver.di a été amené à négocier individuellement un accord d'entreprise ou de groupe avec l'employeur, s'approchant au maximum des normes du TVÖD (*Anerkennungstarifvertrag*).

1. Selon Michael Wendl, ancien dirigeant syndical de ver.di en Bavière, ce serait avant tout les hôpitaux publics qui auraient misé sur ce type de stratégies. En refusant de rompre avec l'organisation de l'hôpital traditionnel, ils auraient cédé aux chefs de clinique soucieux de protéger leur place dans la division du travail extrêmement hiérarchisée et les bénéfices économiques et symboliques qui vont avec. Ce point de vue ouvre sur le débat syndical entre Wendl et autres sur la privatisation des hôpitaux. Voir à ce sujet le journal *ver.di Infodienst Krankenhäuser*, n° 57, 58, 60 (https://gesundheit-soziales.verdi.de/service/publikationen/++co++b07f35e6-1f65-11e2-b271-52540059119e).

Suite à leur privatisation, nombre d'hôpitaux ont conclu ce type d'accord collectif « maison » ; d'autres ont préféré signer une convention collective défavorable aux salariés avec le syndicat chrétien, toujours très peu représentatif mais prêt à signer des conventions plus défavorables que celles signées par les fédérations du DGB. D'autres encore ont toujours refusé de signer un accord ou une convention (tableau 3). Beaucoup d'hôpitaux appartenant aux Églises (non lucratifs) bénéficient par ailleurs d'un statut dérogatoire au Code du travail. Au niveau communal, les hôpitaux publics sont traditionnellement membres de l'association patronale Vereinigung der kommunalen Arbeitgeberverbände (VKA, signataire du TVÖD), mais depuis une quinzaine d'années nombre d'entre eux ont choisi de se retirer du TVÖD. Pour répondre à la situation difficile des hôpitaux publics, manquant cruellement d'investissements pour pouvoir « revenir dans la course », le syndicat ver.di a conclu des « accords de sauvetage » (*Notlagentarifvertrag*). Objets de fortes tensions à l'intérieur de l'organisation, ces accords sont censés régler ces problèmes en dérogeant temporairement à la convention. Dans leur ensemble, ces évolutions ont conduit à une fragmentation du paysage contractuel dans les hôpitaux, plus prononcée que dans d'autres pays européens (Grimshaw *et al*., 2007) et contrastant fortement avec la situation d'il y a encore vingt ans.

Les acteurs syndicaux entre fragmentation et revitalisation

Si derrière cette fragmentation se trouvent des intérêts hétérogènes du côté des employeurs, une situation similaire s'est produite du côté des représentants des salariés du secteur hospitalier. En témoigne la montée d'un syndicat catégoriel de médecins hospitaliers, la « Confédération de Marbourg » (Marburger Bund) [1], qui remet en cause la capacité de ver.di de représenter tout le personnel de l'hôpital. Jusqu'en 2005, le Marburger Bund a essentiellement délégué son mandat de négociation en s'associant aux organisations syndicales reconnues par les employeurs publics et avec lesquelles il formait une unité de négociation

Tableau 3. Taux de couverture conventionnelle des hôpitaux allemands selon le statut * en 2007

En %

	Public	Associatif	Privé
Convention collective service public (TVÖD)	85,7	8,1	14,1
Accord d'entreprise (Firmentarifvertrag)	3,1	-	20,3
Autre accord **	10,7	17,3	41,6
Règlement pour hôpitaux ecclésiastiques	-	73,6	-
Pas d'accord collectif	0,5	1,0	24,0

* Tous les employés sauf médecins.
** Y compris convention de branche avec la Confédération chrétienne de syndicats.
Source : Blum *et al.* (2007).

1. Le Marburger Bund existe depuis 1947 en tant qu'association professionnelle indépendante du DGB. Il a longtemps cherché à améliorer les conditions de travail des médecins hospitaliers, sans réclamer le droit de négocier d'une manière autonome. Il compte 110 000 médecins adhérents, ce qui correspond à un taux d'affiliation de 60 % au sein des hôpitaux, largement supérieur à celui de ver.di (27 % selon Grimshaw *et al*., 2007).

(*Tarifgemeinschaft*). En 2005, après la signature de la nouvelle convention collective cadre (TVÖD) entre ver.di et les employeurs, le Marburger Bund a quitté l'unité de négociation avec ver.di : il affichait ainsi ouvertement son insatisfaction face aux résultats obtenus par le syndicat dans ces négociations. En 2006, le Marburger Bund a entamé une série de longues grèves dans les hôpitaux avec des taux de participation exceptionnels, avant de conclure des conventions (plus favorables que le TVÖD) pour les médecins des hôpitaux publics (Bispinck, 2006 ; Martens, 2008) [1]. La montée en puissance des organisations syndicales catégorielles entamant le monopole de négociation des syndicats du DGB ne concerne pas que le seul Marburger Bund : les pilotes (Vereinigung Cockpit) et les conducteurs de train (Gewerkschaft deutscher Lokomotivführer ; GDL) en sont d'autres exemples. Ce phénomène est toutefois resté limité aux entreprises appartenant ou ayant appartenu au secteur public. Des catégories de salariés combinant des identités professionnelles fortes avec un pouvoir de sanction supérieur sont tentées de sortir des organisations syndicales fonctionnant selon une logique de solidarité plus large, celle de branche, voire, dans le cas de ver.di, de secteur économique (Kahmann, 2009).

Outre la montée de la concurrence syndicale, les conditions d'exercice du mandat syndical de la quasi-fédération « Santé et services sociaux » au sein du syndicat ver.di ont changé [2]. Ce sont deux sujets majeurs qui marquent le passage vers un nouveau mode de relations sociales à l'hôpital et auxquels elle doit trouver des réponses.

Premièrement, les restructurations (*via* les fusions, rachats et fermetures, entraînant souvent des pertes d'emploi) des hôpitaux se sont – à l'image du secteur privé – démultipliées depuis une vingtaine d'années. Keller (2013) suggère que, dans les administrations publiques municipales, l'influence des représentants du personnel sur la conduite des politiques d'austérité a été négligeable. Les observations de Greer *et alii* (2013) divergent de cette analyse en ce qui concerne les hôpitaux. Leur étude de cas des pratiques de représentation en contexte de restructuration dans huit hôpitaux (public et privé ; de taille et de géographie différente) met en évidence une variété de rapports avec le *management* (« passivité », « co-*management* », « partenariat conflictuel », « mouvement social »), reposant sur des ressources souvent locales (politiques, organisationnelles, réseaux…) variées. Tous les représentants du personnel interrogés ont dû faire des concessions, mais ce qui les unit, c'est la capacité de la majorité d'entre eux à peser – parfois de manière innovante, et en utilisant les conflits pour susciter des campagnes d'adhésion – sur les décisions de restructuration malgré un environnement économique devenu plus hostile.

Deuxièmement, compte tenu du rôle central de l'acteur syndical dans la

1. Ce mouvement a été animé par les jeunes médecins hospitaliers, mobilisés contre la dégradation de leurs salaires, la pression aux heures supplémentaires (non rémunérées) ainsi que le blocage de leurs perspectives de carrière à l'intérieur comme à l'extérieur de l'hôpital (places limitées pour les médecins libéraux). Il mettait en garde contre le danger de la perte du statut du médecin d'hôpital par le rapprochement – effectif – de ce statut de celui de l'ensemble du personnel soignant (Greef, 2010).
2. Le secteur « Santé et services sociaux » (Fachbereich Gesundheit, soziale Dienste, Wohlfahrt und Kirchen) est désormais le secteur de ver.di le plus important en nombre d'adhérents (346 527 membres en 2010).

signature d'un accord d'entreprise, ver.di a, depuis quelques années, considérablement renforcé ses efforts de rattrapage des standards sociaux par la conclusion d'accords du type *Anerkennungstarifvertrag* dans les hôpitaux non soumis au TVÖD. La nécessité d'entamer des négociations au niveau de l'entreprise représente un changement assez radical pour une organisation habituée à négocier selon des procédures fortement encadrées au niveau de la branche, en s'appuyant prioritairement sur ses « troupes » les plus fortes, les ouvriers des services municipaux (désormais fortement réduites par les processus d'externalisation). Les lieux d'intervention syndicale se sont démultipliés et les chances d'entamer une négociation sont fortement corrélées à la qualité des processus de délibération dans les établissements concernés. La conflictualité sociale, longtemps limitée au moment de la renégociation du BAT à cause de « l'obligation du respect de paix » (*Friedenspflicht*) pendant la période de validité de la convention, est revalorisée et a changé de rythme [1]. Une fois l'accord conclu, un collectif de salariés doit se maintenir pour le « faire vivre » et pour le renégocier – ce qui peut représenter un *challenge* aussi grand.

Face aux conflits de reconquête dans les hôpitaux privés, ver.di cherche à réorienter sa pratique de représentation, qualifiée par certains syndicalistes de « patriarcale » (Dilcher, 2011). Un dénominateur commun est l'idée d'orienter les militants ou permanents syndicaux vers un rôle d'accompagnateur-expert des salariés afin de les aider à identifier leurs sujets et ressources en termes de conflictualité (Neuner, 2013). Depuis quelques années, cette réorientation semble avoir produit des résultats, qui se sont traduits par la conclusion de nouveaux accords collectifs dans les établissements ou groupes, la revitalisation de la vie syndicale, mais aussi l'évolution du nombre d'adhérents : le secteur « Santé et services sociaux » est l'un des seuls secteurs de ver.di à avoir réussi à stabiliser sa base, et même à l'avoir augmentée depuis peu. Il a peu à peu pris le relais des ouvriers des services municipaux (masculins) de nettoyage dans les négociations collectives et pèse lourd dans les décisions syndicales.

Conclusion

À la différence de beaucoup d'autres pays européens, l'emploi et les salaires du secteur public allemand n'ont pas été la cible d'ajustements budgétaires depuis le déclenchement de la crise en 2008. Au contraire, dans un contexte d'atterrissage doux de l'économie après le choc de 2008-2009 et d'augmentation constante de recettes fiscales depuis lors, l'emploi public s'est légèrement accru. Mais ces évolutions, qui tranchent dans un contexte de morosité ambiante, sont intervenues après deux décennies de réduction massive de l'emploi public, qui ont vu les effectifs passer de 6,7 millions en 1991 à 4,5 millions en 2008, soit un niveau historiquement bas. En termes de volume d'heures de travail, la réduction a été encore plus importante en raison

1. Entre 2004 et 2013, le nombre de grèves menées par ver.di a augmenté de 36 à 169. Environ deux tiers concernent la conclusion d'accords d'entreprise du type *Anerkennungstarifvertrag*. Ce regain de conflictualité se concentre dans le secteur de santé : parmi les 880 grèves enregistrées entre 2009 et 2013, plus de 220 ont été menées par le secteur « Santé et services sociaux » à l'intérieur de ver.di. La plupart de ces conflits ont eu lieu dans les hôpitaux et cliniques privées (Bewernitz, Dribbusch, 2014:397).

de la hausse du temps partiel. La baisse des dépenses publiques en termes réels avait réduit le poids du secteur public à un niveau très bas (11 %) en comparaison d'autres pays de l'OCDE. Outre les réductions d'emplois, la baisse des investissements publics a été déterminante dans la contraction du rôle économique de l'État, au prix d'une érosion de l'infrastructure publique. L'extrême faiblesse de l'investissement public, d'abord du ressort des communes, révèle une tendance par ailleurs problématique du système fédéral : le transfert de nouvelles responsabilités (sociales) sans compensation financière suffisante. Le surendettement des communes cumulant désavantages démographiques et économiques en est la conséquence, ce qui est porteur d'un renforcement des inégalités territoriales.

Les efforts constants d'investissement réalisés depuis une dizaine d'années dans le domaine de l'éducation témoignent de la prise de conscience du retard pris. Devant l'évolution démographique et les aspirations des femmes allemandes à participer pleinement au marché du travail, la très forte sélectivité sociale – et ce à partir d'un très jeune âge – du système scolaire est devenue problématique pour la pérennité du modèle économique et social allemand. Les investissements considérables dans l'offre de la petite enfance devraient permettre de compenser l'érosion matérielle et normative du modèle du « Monsieur Gagnepain », que même les chrétiens-démocrates, à l'exception des ultraconservateurs bavarois, ne pouvaient plus nier. L'augmentation des moyens dédiés aux universités a été la réponse à la forte augmentation du taux d'inscription entamée depuis longtemps déjà ailleurs. Or, dans un domaine où les *Länder* et les communes financent la majorité des budgets, l'État fédéral peine à atteindre les objectifs d'augmentation des dépenses qu'il s'est fixés (10 % du PIB), tant les échelons inférieurs rechignent à les mettre en application à cause des difficultés budgétaires qu'ils anticipent.

Enfin, le rôle du secteur de santé dans les ajustements budgétaires globaux survenus depuis une décennie est différent, dans la mesure où il est marqué par une dynamique interne plus difficile à inverser que dans d'autres domaines. L'augmentation des dépenses de santé en pourcentage du PIB, indépendamment de la récession de 2008-2009, en témoigne. Depuis une vingtaine d'années, de nombreuses réformes ont été menées qui ont eu pour but principal de limiter leur évolution. Cet impératif est d'autant plus prégnant que le système continue à être financé majoritairement par les cotisations sociales. Leur augmentation est un tabou politique en Allemagne, car elle pèserait sur le coût du travail. L'introduction de mesures « privatisant » le système en a découlé : transfert du financement des dépenses vers les assurés ; introduction de rapports de concurrence entre les différents acteurs du système (caisses, hôpitaux, médecins libéraux) ; production de soins soumis à l'impératif économique. Dans ces processus, les frontières entre public et privé s'estompent au bénéfice du dernier. Comme le suggère l'exemple des relations professionnelles à l'hôpital, ces politiques mettent sous pression les acteurs sociaux et leur système de négociation collective, donnant lieu à des pratiques et des régulations moins centralisées et homogènes.

Sources :

Altis A., Koufen S. (2011), *Entwicklung der Beschäftigung im öffentlichen Dienst*, Statistisches Bundesamt, Wiesbaden, November.

Anonymus (2014), *Krankenhausreport 2014*, AOK/WIdO, Düsseldorf.

Bewernitz T., Dribbusch H. (2014), «"Kein Tag ohne Streik" : Arbeitskampfentwicklung im Dienstleistungssektor », *WSI Mitteilungen*, n° 5, p. 393-401.

Bieling H.-J. (2008), « Liberalisierung und Privatisierung in Deutschland: Versuch einer Zwischenbilanz », *WSI Mitteilungen*, n° 10, p. 541-547.

Bispinck R. (2006), « Mehr als ein Streik um 18 Minuten – Die Tarifauseinandersetzungen im öffentlichen Dienst 2006 », *WSI Mitteilungen*, n° 7, p. 374-381.

Blossfeld H.-P., Bos W., Daniel H.-D., Hannover B., Lenzen D., Prenzel M., Wössmann L. (2012), *Bildungsreform 2000-2010-2020. Jahresgutachten 2011*, Aktionsrat Bildung, VS, Wiesbaden.

Blum K., Offermanns M., Perner P. (2007), *Krankenhaus Barometer. Umfrage 2007*, Deutsches Krankenhaus Institut, Düsseldorf, September.

BMFSFJ (2014), *Gute Kinderbetreuung*, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Berlin, 8. September, http://www.bmfsfj.de/BMFSFJ/Kinder-und-Jugend/kinderbetreuung.html

Böhlke N., Schulten T. (2008), « Unter Privatisierungsdruck », *Die Mitbestimmung*, n° 6, p. 24-27.

Bölt U., Graf T. (2012), *20 Jahre Krankenhausstatistik*, Statistisches Bundesamt, Wiesbaden, Februar.

Bosch G. (2011), « The German Labour Market After the Financial Crisis: Miracle or Just a Good Policy Mix?», *in* Vaughan-Whitehead D. (ed.), *Work Inequalities in the Crisis: Evidence from Europe*, Cheltenham, ILO/Edward Elgar, p. 243-277.

Bosch G. (2013), « Public Sector Adjustments in Germany: From Cooperative to Competitive Federalism », *in* Vaughan-Whitehead D. (ed.), *Public Sector Shock: The Impact of Policy Retrenchment in Europe*, Cheltenham, ILO/Edward Elgar, p. 214-258.

Brandt T., Schulten T. (2008), « Auswirkungen von Privatisierung und Liberalisierung auf die Tarifpolitik in Deutschland », *in* Brandt T., Schulten T., Sterkel T., Wiedemuth J. (Hg.), *Europa im Ausverkauf, Liberalisierung und Privatisierung öffentlicher Dienstleistungen und ihre Folgen für die Tarifpolitik*, Hamburg, p. 68-91.

Chagny O. (2010), « Allemagne. De l'équilibrisme dans la restriction budgétaire », n° spécial, « L'État social à l'épreuve de l'austérité », *Chronique internationale de l'IRES*, n° 127, novembre, p. 84-97.

Deutscher Städtetag (2010), *Sozialleistungen der Städte in Not. Zahlen und Fakten zur Entwicklung kommunaler Sozialausgaben*, Berlin/Köln.

Dilcher O. (2011), *Handbuch bedingungsgebundene Tarifarbeit*, ver.di, Berlin.

DIW (2013), « Investitionen für mehr Wachstum. Eine Zukunftsagenda für Deutschland », *DIW Wochenbericht*, n° 26, 24. Juni.

von Friedeburg L. (1989), *Bildungsreform in Deutschland. Geschichte und gesellschaftlicher Widerspruch*, Frankfurt, Suhrkamp.

Gerlinger T. (2008), « Der Gesundheitsfonds: Neu Schieflagen, keine Problemlösung », *WSI Mitteilungen*, n° 11-12, p. 586.

Gerlinger T. (2014), « Gesundheitsreform in Deutschland. Hintergrund und jüngere Entwicklungen », *in* Manzei A., Schmiede R. (Hg.) *20 Jahre Wettbewerb im Gesundheitswesen. Theoretische und empirische Analysen aus Ökonomisierung von Medizin und Pflege*, Wiesbaden, Springer, p. 35-70.

Gerlinger T., Schönwälder T. (2012), *Etappen der Gesundheitspolitik 1975 bis heute*, 1. März, http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/72874/etappen?p=all

Greef S. (2010), « Neue Konkurrenz in der Tarifpolitik: Der Marburger Bund », *in* Greef S., Kalass V., Schroeder W. (Hg.) *Gewerkschaften und die Politik der Erneuerung – Und sie bewegen sich doch*, Düsseldorf, HBS, p. 134-145.

Greer I., Schulten T., Böhlke N. (2013), « How Does Market Making Affect Industrial Relations? Evidence from Eight German Hospitals », *British Journal of Industrial Relations*, vol. 51, n° 2, June, p. 215-239.

Grimshaw D., Jaehrling K., van der Meer M., Méhaut P., Shimron N. (2007), « Convergent and Divergent Country Trends in Coordinated Wage Setting and Collective Bargaining in the Public Hospitals Sector », *Industrial Relations Journal*, vol. 38, n° 6, November, p. 591-613.

Hassenteufel P. (2011), « Les transformations du mode de gouvernement de l'assurance maladie. Une comparaison France/Allemagne », *La Revue de l'IRES*, n° 70, p. 3-32.

Hege A. (2012), « Allemagne : une décennie de modération salariale. Quelle emprise syndicale sur le dynamique des salaires », n° spécial, « 30 ans de salaire, d'une crise à l'autre », *La Revue de l'IRES*, n° 73, novembre, p. 205-235.

Holtkamp L. (2007), « Wer hat Schuld an der Verschuldung? Ursachen nationaler und kommunaler Haushaltsdefizite », *Polis,* n° 64, Fernuniversität Hagen.

Kahmann M. (2009), « La fusion comme processus et moyen de réforme syndicale : l'exemple de ver.di », *La Revue de l'IRES,* n° 61, p. 39-73.

Keller B. (2013), « Germany: The Public Sector in the Financial and Debt Crisis », *European Journal of Industrial Relations*, vol. 19, n° 4, December, p. 359-374.

Keller B. (2014), « The Continuation of Early Austerity Measures: The Special Case of Germany », *Transfer*, vol. 20, n° 3, August, p. 387-402.

KfW (2014), *KfW-Kommunalpanel 2014*, KfW Bankengruppe, Frankfurt.

Letablier M.-T, Veil M. (2011), « L'accueil des enfants en Allemagne : un enjeu des réformes de la politique sociale », *Informations sociales*, n° 163, p. 82-84.

Martens H. (2008), « Primäre Arbeitspolitik und Gewerkschaften im Gesundheitswesen », *Arbeitspapier*, n° 143, Hans-Böckler Stiftung, Düsseldorf.

Matecki C., Schulten T. (Hg.) (2013), *Zurück zur öffentlichen Hand. Chancen und Erfahrungen der Rekommunalisierung*, Hamburg, VSA.

MPIB (2002), *PISA 2000: Die Studie im Überblick. Grundlagen, Methoden und Ergebnisse*, Max Planck-Institut für Bildungsforschung, Berlin.

Münch R. (2009), « Unternehmen Universität », *Aus Politik und Zeitgeschichte*, n° 45, Oktober, p. 10-16.

Neuner M (2013), « Bedingungsgebundene Tarifarbeit: Ein erfolgreicher Weg zur Erneuerung?», *in* Schmalz S., Dörre K. (Hg.), *Comeback der Gewerkschaften?Machtressourcen, innovative Praktiken, internationale Perspektiven*, Frankfurt, Campus, p. 213-225.

OCDE (2013), *Panorama de la santé 2013. Les indicateurs de l'OCDE,* Éditions OCDE.

OCDE (2014) *Regards sur l'éducation 2014. Les indicateurs de l'OCDE*, Éditions OCDE.

OFCE, *Rapport d'information du Sénat n° 343, juin 2003* : « Réformes fiscales intervenues dans les pays européens au cours des années 1990 ».

Richter M., Hurrelmann K. (2007), « Warum die gesellschaftlichen Verhältnisse krank machen », *Aus Politik und Zeitgeschichte*, n° 42, Oktober, p. 3-10.

Rietzler K. (2014), « Anhaltender Verfall der Infrastruktur », *IMK-Report*, n° 94, Düsseldorf, Juni.

Schultheis F., Gemperle M. (2014), « Das Gesundheitswesen im Spannungsfeld von Gemeinwohlorientierung und betriebswirtschaftlichen Imperativen », *in* Flecker J., Schultheis F., Vogel B. (Hg.), *Im Dienste öffentlicher Güter. Metamorphosen der Arbeit aus der Sicht der Beschäftigten*, Berlin, Sigma, p. 23-29.

Sachverständigenrat (2013), *Gegen eine rückwärtsgewandte Wirtschaftspolitik. Jahresgutachten 2013/14*, Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (2014a), *Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen. Inlandsproduktsberechnung. Detaillierte Jahresergebnisse. Fachserie 18 Reihe 1.4*, Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (2014b), *Finanzen und Steuern. Personal des öffentlichen Dienstes 2013. Fachserie 14 Reihe 6,* Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (2014c), *Bildungsfinanzbericht 2013, im Auftrag des Bundesministeriums für Bildung und Forschung und der Ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland,* Wiesbaden.

Traxler F. (1995), « Farewell to Labour Market Associations? Organized versus Disorganized Decentralization as a Map for Industrial Relations », *in* Crouch C., Traxler F. (eds.), *Organized Industrial Relations in Europe: What Future?*, Aldershot, Avebury, p. 3-19.

Vesper D. (2012), *Finanzpolitische Entwicklungstendenzen und Perspektiven des Öffentlichen Dienstes in Deutschland*, Gutachten im Auftrag des Instituts für Makroökonomie und Konjunkturforschung in der Hans-Böckler Stiftung, Düsseldorf, Januar.