Pays-Bas

Le retour aux 3 % de déficit public, accélérateur du retrait de l'État social

Marie WIERINK *

Les Pays-Bas, après des années de croissance et de maîtrise du déficit public, ont été touchés brutalement par la crise (tableau 1). Après des années d'excédent budgétaire, le déficit se creuse en 2009 à 3,3 % du PIB. Pressés par les recommandations européennes de 2009 à 2012, les travaillistes du Partij van de Arbeid (PVDA) et les libéraux du Volkspartij voor Vrijheid en Democratie (VVD), au pouvoir depuis novembre 2012 sous la direction du libéral Mark Rutte, intensifient l'affichage d'efforts de correction budgétaire chiffrés à 51 milliards d'euros de 2011 à 2017 [1]. Ils accompagnent ces annonces dans le programme de gouvernement de la coalition par de nouvelles réformes structurelles, notamment dans le domaine des facilités fiscales des emprunts immobiliers restées jusque-là politiquement intouchables, ou dans ceux de l'assurance des soins de santé de long terme ou des bourses universitaires, fortement symboliques de l'État-providence néerlandais. Ces réformes accentuent le désengagement de l'État en matière sociale au profit des municipalités. Au-delà de l'impératif européen de remise en ordre budgétaire, il importe d'en discerner les enjeux et l'impact sur le modèle social néerlandais. La responsabilité individuelle [2], tempérée par l'injonction de participation, au sens à la fois d'activation et de solidarité de proximité, prend le pas sur l'État qui protège [3]. Pour le montrer, après nous être arrêtée sur les réformes concernant les agents des services publics, les fonctionnaires, nous présenterons la poursuite de la municipalisation de certaines politiques sociales, puis les transformations en cours dans les domaines de la santé et de l'éducation. Après l'assurance maladie profondément remodelée en 2005, c'est au tour de l'assurance des coûts de santé exceptionnels, qui prend en charge les dépenses de dépendance et de handicap, d'être complètement revue aux fins de diminuer par quatre le nombre des bénéficiaires. Ce tour d'horizon permettra, dans la dernière partie, d'interroger, d'une part, les limites de cette démarche réformatrice, et d'autre part, la capacité du mouvement syndical à la contester et son acceptabilité par la société.

* Chercheure associée à l'IRES.

1. En 2011, alors que les mesures étaient estimées à 48 milliards d'euros, l'effort à réaliser représentait plus de 1 % du PIB par an (Suyker, 2013).
2. *Zelfsredzaamheid*, en néerlandais, littéralement capacité à s'en sortir seul.
3. *Verzorgingstaat*, en néerlandais, littéralement l'État qui prend soin.

L'effet des politiques budgétaires restrictives sur les services publics

L'entrée des Pays-Bas dans la crise a été très brutale. La croissance recule fortement à partir de 2009 (CPB, 2014). Après un bref intermède de stimulation (2009-2010), la politique budgétaire définie par les gouvernements successifs devient clairement restrictive. Dans la ligne des recommandations faites par la Commission européenne, quatre problèmes structurels sont mis en avant : le fonctionnement du marché immobilier, la rigidité du marché du travail, les coûts du vieillissement et des retraites et les coûts de santé. Pour les trois premiers, les réformes sont déjà en place, parfois appuyées par un accord avec les partenaires sociaux (Wierink, 2013, 2014). Le quatrième, la maîtrise des dépenses de santé, est un des chantiers prioritaires du gouvernement Rutte 2.

La poursuite de la décentralisation des politiques sociales vers les municipalités est un des instruments du ralentissement des dépenses sociales. Mais le contexte budgétaire fournit aussi l'occasion de remettre en cause les coûts des fonctionnaires et de leur statut, qui fait l'objet d'un projet de loi dit de « normalisation de la condition de fonctionnaire ». Le secteur de l'éducation, moins touché, est cependant également visé par le mouvement de réforme, principalement dans le supérieur. Avant d'entrer dans le détail de ces réformes, il est utile de préciser les contours des services publics et de leurs agents.

« Agencification » et baisse des effectifs dans les services publics

Aux Pays-Bas, la tradition et la modernité conjuguent leurs effets pour que l'observateur français peine à appréhender les services publics. On trouve bien sûr une administration traditionnelle,

Tableau 1. Évolution des principaux indicateurs macroéconomiques (2006-2015)

*En %, évolution par rapport à l'année précédente (sauf * et **)*

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	*2014*	*2015*
PIB	3,8	4,1	2,1	-3,3	1,0	1,7	-1,7	-0,7	*+0,75*	*+1,25*
Chômage *	4,4	3,6	3,1	3,7	4,5	4,4	5,3	6,7	*7,0*	*6,75*
Déficit public **	0,2	0,2	0,2	-5,5	-5,0	-4,3	-4,	-2,3	*-2,6*	*-2,2*
Dette **	44,9	42,7	54,8	56,5	59,0	61,3	66,5	68,6	*69,7*	*70,2*
Consommation des ménages	-0,6	2,1	1,0	-1,8	-0,1	0,2	-1,4	-1,6	*0*	*1*
Consommation publique	10,2	3,2	4,1	4,0	1,1	-0,2	-1,6	0,2	*-0,75*	*0*
Investissements et stocks	7,4	6,5	3,3	-11,0	-0,7	3,5	-5,8	-4,9	*2,75*	*3,25*
Export biens et services	7,4	7,0	1,5	-8,0	8,9	4,4	3,2	2,0	*3,75*	*3,25*
Import biens et services	8,0	6,3	1,8	-7,5	8,3	3,5	2,8	0,8	*3*	*3,75*
Commerce international	8,8	7,4	0,3	-12,9	11,3	4,0	0,7	1,7	*2,25*	*4,50*

* En % de la population active.
** En % du PIB.
En italique, prévisions.
Source : *Macro-economische Voorspellingen*, Centraal Plan Bureau, septembre 2014.

à trois niveaux (central, provincial, et municipal), à laquelle s'ajoutent des organismes de gestion de l'eau (*Waterschapen*), hérités du Moyen-Âge et qui gèrent la surveillance et la protection des cours d'eau et des digues du littoral. Le nombre des municipalités est en constante réduction, passé de 632 à 406 en 20 ans, et leur taille moyenne en augmentation, par fusions entre communes voisines. À côté de cette administration au sens strict, centrale et locale, la tradition de la « piliérisation [1] » a conduit dans le passé les groupes confessionnels ou d'opinion à prendre en charge des pans entiers de services considérés comme publics tels que la santé, l'éducation, et même le logement. Ces particularités de gestion sont rattachables aux traditions de « souveraineté dans son propre cercle » pour les protestants et de « subsidiarité » pour les catholiques. Cette conception se prolonge encore aujourd'hui dans l'éducation, où seulement 30 % des élèves sont scolarisés dans le public. Les services publics ont été touchés, à partir des années 1990, par un fort mouvement d'« agencification » et de privatisation qui a transformé de nombreux opérateurs de service public, conduisant aujourd'hui à une structure composite. Le personnel de ces nouvelles entités est parfois détaché des administrations d'origine, mais le plus souvent embauché sous statut privé.

Cette évolution de la structure des collectivités territoriales et des organes gérant les services publics s'est accompagnée d'une réduction sensible des effectifs sur la période 1980-2012. À partir de 2009, la baisse est continue dans tous les ministères, sauf dans le domaine de la sécurité, et doit se poursuivre au moins jusqu'à 2017. Pour van der Meer et Dijkstra (2013), ce n'est plus le surpoids de l'administration qu'on peut craindre mais plutôt son anorexie. Les communes sont aussi touchées par le mouvement d'autonomisation de certains services dans les années 1990 et la réduction des effectifs. L'évolution des effectifs de la municipalité d'Amsterdam donne une bonne idée de l'ampleur de la transformation : 26 725 personnes en 1989, 15 105 en 2011. Elles s'attendent à devoir encore réduire leurs effectifs de 4 %, du fait des coupes faites dans les budgets qui leur seront transférés pour financer les missions sociales à décentraliser à partir du 1er janvier 2015.

Malgré la difficulté de la mesure dans un paysage aussi éclaté, l'estimation suivante des effectifs concernés (en personnes occupées) par les services publics peut être proposée pour 2010 (Theeuwes *et al*., 2012) :

- 122 500 fonctionnaires du Royaume ;
- 175 200 fonctionnaires des municipalités ;
- 13 200 fonctionnaires des provinces ;
- 10 100 fonctionnaires des *Waterschapen*, organismes territoriaux de gestion de l'eau et des ouvrages de protection (digues, écluses, etc.) ;
- 28 100 agents des organismes paramunicipaux (ex : organismes de logement social, maisons de retraite, ramassage des ordures ménagères) ;
- 54 500 agents d'organes indépendants chargés de missions publiques (ex : administration des permis de conduire, des bourses universitaires, éditions, etc.).

Total : 403 600 agents environ, soit 5 % de l'ensemble des actifs occupés (8,6 millions de personnes en 2010).

1. Organisation de toute la société selon les lignes de clivage communautaires, confessionnelles ou idéologiques, qui a structuré toute la vie sociale et politique néerlandaise jusqu'à l'ébranlement des années 1960 : partis politiques, syndicats, presse, enseignement, logement.

Il faut y ajouter 510 000 salariés du secteur de l'enseignement (Ministerie van Binnenlandse Zaken, 2014), et 1,1 million de salariés travaillant dans le domaine de la santé, de la dépendance/handicap et soins psychiatriques (UWV, 2013). Si on les ajoute aux 403 600 agents dénombrés plus haut, les effectifs totaux occupés dans des missions de service public représentent presque un quart des actifs occupés.

Les fonctionnaires, première cible des politiques d'austérité

Les mesures annoncées par l'accord de gouvernement de 2012 visent à réduire la masse salariale totale des employés de la fonction publique par une décision de gel des salaires pour 2013 et 2014. Mais la crise fournit aussi l'occasion de faire aboutir une réforme qui fait serpent de mer, celle de leur statut d'exception par rapport au contrat de travail de droit privé.

Jusqu'en 1988, la règle dite de la « tendance » conduisait à répercuter aussi sur les salaires du secteur public l'évolution moyenne des salaires du secteur privé. Mais cette règle a continué longtemps d'influencer les négociations salariales dans le public et le parapublic. Cela faisait de la modération salariale un instrument essentiel de la maîtrise des dépenses publiques, de même qu'elle a constitué la base du redressement de la compétitivité néerlandaise à plusieurs reprises. Or, l'accord social au sommet de 2013 n'en fait aucune mention, privant le gouvernement de cet instrument automatique de freinage des dépenses publiques. Au contraire, les centrales syndicales ont affiché pour 2014 une revendication générale de 1,5 à 3,5 % d'augmentation des salaires, à adapter selon la situation économique des différents secteurs. Le gouvernement a alors annoncé pour le budget 2014 un encadrement des dépenses d'administration conduisant à une économie structurelle de 2,5 milliards d'euros à partir de 2018, soit 5 % des coûts salariaux totaux. Pour y parvenir, les salaires sont gelés à partir de 2014 comme ils l'ont déjà été en 2013 (de Beer, 2013).

Par ailleurs, le statut des fonctionnaires (*Ambtenarenwet*), qui date de 1929 et a été pris pour les protéger de l'arbitraire politique, va être remis en question. Ce statut exceptionnel du fonctionnaire est la cible de critiques de la droite libérale et du parti réformateur D 66 depuis longtemps, pour sa rigidité et ses coûts induits. La modification de ce statut a fait partie du programme de gouvernement de la coalition entrant au pouvoir en novembre 2012. Adoptée à la Deuxième Chambre le 4 février 2014, elle ne devrait pas poser de problème de majorité au Sénat. Seuls le parti SP (gauche de la gauche) et les partis confessionnels s'y opposent, sans être en capacité de le bloquer. La loi devrait entrer en application au 1er janvier 2017.

Les deux changements majeurs touchent à la négociation collective et au licenciement. À la fin des années 1980, dans la fonction publique, la négociation collective, jusque-là centralisée, avait été démultipliée en 14 grands secteurs. Mais le droit conventionnel public a conservé sa spécificité, celle de la « condition d'accord et de majorité », qui veut que toute modification aux droits et obligations des fonctionnaires obtienne l'accord d'une majorité de syndicats, alors que dans le privé, la signature d'un seul suffit pour valider un accord. Cette exception était justifiée par le fait que la partie patronale est en même temps le législateur. La réforme supprime cette exception et, ce faisant, affaiblit considérablement

la position des syndicats [1], et surtout du plus puissant d'entre eux, FNV Abva-Kabo, qui perd son pouvoir de blocage et qui conteste vivement la réforme.

Le droit du licenciement des agents publics constitue l'autre volet très sensible de la réforme. Jusqu'ici, l'administration était son propre assureur en matière de chômage et les garanties dont jouissaient les fonctionnaires, tant procédurales (trois niveaux de recours) que substantielles (indemnisation à 70 % du salaire, non plafonnée et éventuellement majorée), sont importantes. Le projet de loi prévoit que, dorénavant, les dispositions particulières encadrant la possibilité de licenciement d'un fonctionnaire seront calées sur le droit commun qui vient d'être remodelé (Wierink, 2013, 2014), sauf en ce qui concerne les fonctionnaires occupés dans les fonctions régaliennes de l'État (Défense, police, magistrature, et hauts organes du Royaume).

Les municipalités : gérer au plus près des usagers et pour moins cher

Après les fonctionnaires, les municipalités sont l'objet de toutes les attentions. La décentralisation de nouveaux pans de la protection sociale vers elles est vue comme le moyen de réduire les budgets concernés en rapprochant l'administration du citoyen. Les opérations nouvelles que doivent assumer les municipalités dans le cadre des décentralisations feront l'objet de subventions calculées de manière distincte, tenant compte des économies attendues de la reconfiguration des dispositifs, et s'ajoutant à la subvention générale du Fonds municipal [2]. Les municipalités font donc face à des recettes en recul et à des responsabilités grandissantes.

Un mouvement initié depuis les années 1990

Depuis 1995, les communes gèrent l'allocation de revenu minimum (*Bijstand*), dont seuls le niveau et l'âge d'accès sont fixés par la loi. Elles déterminent les règles d'accès aux prestations (période d'attente par exemple). Elles sont libres de fixer des obligations de contreparties en activités bénévoles ou d'intérêt général et de mettre en place une politique sociale facultative au sens d'allocations supplémentaires au revenu minimum national pour les ménages les plus modestes. Elles sont incitées au retour à l'emploi des allocataires en étant autorisées à conserver ce qu'elles n'auront pas dépensé sur la subvention du Royaume qui leur est versée pour cette garantie.

En 2006, une loi dite du soutien social a confié aux municipalités un certain nombre d'actions sociales, jusque-là organisées dans un cadre national (Wierink, 2007). À côté de divers champs (femmes battues, soutien à la parentalité, équipements de transports et adaptation de logement pour handicapés), c'est la municipalisation de l'aide ménagère aux personnes âgées et handicapées qui retient l'attention. C'est la première étape du démantèlement de l'assurance universelle sur les coûts exceptionnels de santé, AWBZ, qui prenait en charge jusque-là toutes les prestations de soutien aux personnes âgées ou handicapées, à domicile ou en établissement.

De nouveaux domaines d'intervention

En plus de l'extension des responsabilités communales en matière de soutien à

1. A. Kas, « Afscheid van de ambtenaar », *NRC*, 29 januari 2014 (« Adieu au fonctionnaire »).
2. Le Fonds municipal représente 70 % des recettes communales.

domicile au 1er janvier 2015 (nouvelle loi du soutien social 2015) dont il sera question plus loin, deux nouveaux domaines d'intervention sont transférés aux communes à la même date : la protection de la jeunesse et de l'enfance et la réinsertion professionnelle de l'ensemble des publics fragiles handicapés et allocataires du revenu minimum.

Jusqu'ici, un réseau de bureaux de protection de la jeunesse (Jeugdzorg Bureau) sur tout le territoire accueillait et aiguillait parents, familles, enfants ou jeunes en difficulté vers différentes structures prodiguant des services d'assistance à la parentalité, de suivi des familles en difficulté, de protection de l'enfance en danger, de soins psychologiques ou psychiatriques aux enfants et adolescents, d'accueil en institutions spécialisées et enfin de suivi des jeunes passés devant la justice. Ces missions sont transférées à partir du 1er janvier 2015 aux municipalités. Ce transfert est l'occasion de réduire le budget concerné de 6 % [1], soit en moyenne 300 000 euros par commune à dépenser en moins sur les coûts actuels de fonctionnement du système [2].

Enfin, une nouvelle loi dite de la participation remodèle toutes les interventions sociales liées à l'emploi ou à la formation, ciblées sur les publics socialement fragiles (aussi bien handicapés de naissance, ou non, qu'allocataires du revenu minimum). Les municipalités sont dorénavant responsables de leur réinsertion professionnelle en milieu normal (Wierink, 2014), alors que le financement de leur instrument essentiel, les ateliers sociaux, sorte d'ateliers protégés, est supprimé. Ils sont appelés à s'éteindre avec les derniers participants.

Le secteur de l'éducation : la fin des bourses universitaires universelles

Au regard d'autres volets des services publics, l'éducation primaire et secondaire représente un secteur relativement protégé des coupes budgétaires (Onderwijsraad, 2013), tandis que le resserrage budgétaire cible les études supérieures et que la politique éducative reste très timide du côté des volets périscolaire et préscolaire.

Des « économies silencieuses » du côté du primaire et du secondaire

Le secteur de l'enseignement primaire et secondaire ne subit pas de coupe budgétaire et se voit même attribuer quelques moyens supplémentaires ciblés sur des objectifs de modernisation de gestion ou d'amélioration de la formation des enseignants. À 5,8 % du PIB en 2012 (Eurostat, 2014), au 17e rang des pays de l'OCDE, les dépenses éducatives des Pays-Bas ne peuvent être réduites, sauf à assumer de passer en dessous de la moyenne européenne (OECD, 2013). Pourtant, pour les représentants du secteur, cette stabilité de la dépense traduit en fait « des économies silencieuses », du seul fait que les financements sont gelés et ne tiennent pas compte du renchérissement des coûts de production de l'enseignement, qu'il s'agisse du relèvement de la TVA de 19 à 21 % ou encore des augmentations de salaire des enseignants.

La généralisation des emprunts pour le supérieur

Du côté de l'enseignement supérieur, les Pays-Bas avaient mis en place en 1986 et retouché par trois fois à partir de 1996

1. Selon *NRC*, « Jeugdzorg wil noodwet : gemeenten niet paraat », 29 augustus 2014 (« Le secteur de la protection de la jeunesse veut une loi d'urgence : les communes ne sont pas prêtes »).
2. I. Vriesema, « Komt het nog goed met de jeugdzorg ? », *NRC*, 10 juni 2014 (« Est-ce que le secteur de la protection de la jeunesse pourra s'en sortir ? »).

un système d'aide aux étudiants qui comportait une bourse universelle de base, une bourse complémentaire pour les familles modestes, et la gratuité des transports, remplaçant des aides diverses liées aux allocations familiales et à la fiscalité. Ce système poursuivait un double objectif : élargir l'accès à l'enseignement supérieur et favoriser l'indépendance des jeunes par rapport à leurs familles. Aujourd'hui, plusieurs mesures sont prises qui modifient substantiellement l'accès aux études : suppression du système de bourses d'études universelles, pénalisation des étudiants qui « traînent » trop longtemps à obtenir leur diplôme, et renchérissement substantiel de l'engagement dans une deuxième filière d'études. Le système des bourses était dit « à la prestation » parce qu'elles étaient remboursables dans le cas où le diplôme visé n'aurait pas été obtenu en 10 ans. Récemment, la bourse avait été limitée aux trois premières années d'études, un prêt social étudiant lui succédant à partir de la phase de master, sans garantie parentale et avec des modalités de remboursement étalées sur 15 ans.

En 2007 et 2011, les gouvernements avaient déjà tenté de supprimer le système de la bourse de base et de durcir les conditions de remboursement du prêt social, mais avaient reculé devant les oppositions politiques et les protestations des organisations étudiantes. La réforme passe finalement au cours de l'été 2014. Elle supprime effectivement le système de bourses à la prestation et généralise le système des prêts, dès la première année d'étude, à partir de septembre 2015. Des aides spécifiques pour les étudiants les plus modestes restent prévues. La logique qui préside à cette réforme est celle du retour sur investissement, non plus collectif et à l'échelle de la société, mais individuel. Ce tournant montre qu'il ne va plus de soi aux Pays-Bas que l'ensemble de la société participe au financement d'études qui rapporteront un supplément de salaire aux seuls étudiants qui pourront valoriser leur formation par des salaires plus élevés.

Par ailleurs, la ministre Jet Bussemaker (travailliste, PVDA) cherche à améliorer le « rendement » des universités, en les incitant à accélérer le délai d'obtention des diplômes de leurs étudiants. Pour ce faire, en 2012, elle conditionne 7 % de leurs subventions de fonctionnement en leur proposant de passer contrat sur un objectif de réduction du délai moyen d'obtention du diplôme de « *bachelor* » et leur donne jusqu'au 1er janvier 2015 pour atteindre leurs objectifs [1].

Les hésitations de la politique de la petite enfance

Enfin, dans le champ éducatif, à côté du champ scolaire au sens strict, il faut prendre en considération les dispositifs qui participent à l'enseignement préscolaire, les crèches et salles de jeux d'accueil des petits enfants (de moins de 4 ans aux Pays-Bas), et les modes de garde périscolaire, pour les élèves de l'école de base de 4 à 12 ans. Ces dispositifs payants [2] sont aidés par des déductions fiscales. Or, les subventions fiscales aux frais de garde [3] ont été substantiellement réduites ces trois dernières années.

1. B. Funnekotter, « Best fijn, zo'n prestatiecontract », *NRC*, 30 augustus 2014 (« Super, un tel contrat de prestation »).
2. On paie le recours aux modes de garde à l'heure, à des tarifs libres, encadrés par des *maxima* indicatifs fixés par le ministère de la Santé publique, du Bien-Être et des Sports.
3. Rappelons que les employeurs participent aux frais de garde en payant une cotisation patronale obligatoire, dans le cadre d'un modèle de financement qui répartit par tiers les coûts entre les parents, l'État et les entreprises.

En conséquence, de nombreux parents ont réduit leur recours à ces dispositifs. Ils ont notamment réduit le temps de fréquentation de la crèche ou l'ont abandonnée (Portegijs *et al.,* 2014). En croissance jusqu'à 2012, les effectifs d'enfants accueillis en crèche diminuent. Quatre parents sur dix déclarent que la crèche est maintenant trop chère. De nombreuses structures de garde d'enfants, privatisées, connaissent des difficultés financières, et mettent en œuvre des licenciements. Les familles se tournent vers les grands-parents ou des connaissances. Le temps partiel des femmes, déjà très courant, se trouve donc de fait encouragé, en contradiction avec une autre priorité de politique publique visant à les faire travailler davantage ; de même, la division traditionnelle des rôles dans les familles se perpétue.

L'enseignement préscolaire, qui s'adresse principalement aux petits enfants des familles immigrées et qui vise à développer leur usage du néerlandais, ne fait pas non plus aux Pays-Bas l'objet d'une claire priorité. Il est à la charge facultative des municipalités. Pourtant, l'absence de tradition d'école maternelle, et la grande diversité des pratiques parentales de recours aux modes de garde selon le niveau d'éducation et de revenu ont fait de la question des handicaps linguistiques des enfants des classes populaires une préoccupation reconnue.

Rompre avec l'augmentation continue des dépenses de santé et de dépendance

Les dépenses de santé, et leur croissance continue sur longue période, sont depuis longtemps un objet de préoccupation pour les pouvoirs publics néerlandais, bien avant que la crise bancaire n'éclate et que ne s'impose l'objectif de réduction du déficit public. Les dépenses publiques de santé sont passées, entre 2000 et 2012, de 6 % du PIB à 10,1 % (Schut *et al.,* 2013). Elles comprennent les dépenses collectives de santé « ordinaires » et les dépenses de santé « exceptionnelles », c'est-à-dire des soins de *long-term care*, selon le terme anglais consacré, mais ne comprennent pas les dépenses privées. Les mesures d'austérité visant le domaine de la santé vont toucher à la fois l'assurance santé de base, où il est question davantage d'accentuation des effets de marché, et l'assurance des soins de long terme, où l'inflexion donnée est plus radicale. Politiquement, les mesures annoncées par l'accord de gouvernement de 2012 et touchant à la santé ont été

Tableau 2. Répartition de l'emploi dans le secteur de la santé en 2012

En %

Type d'établissement	Répartition
Maisons de retraite, établissements médicalisés, soins à domicile	38
Hôpitaux	25
Établissements pour personnes handicapées	15
Établissements psychiatriques	8
Autres (cabinets médicaux, pharmacies, laboratoires, cliniques spécialisées, etc.)	14
Total	100

Note : au total, le secteur de la santé compte 1 140 200 salariés.
Source : UWV (2013).

difficiles à faire passer. Elles auront des effets sensibles sur l'emploi, dans un secteur où les femmes représentent plus de 80 % de la main-d'œuvre.

Plus de pression sur les assureurs et les hôpitaux

Il faut d'abord rappeler que, depuis la réforme de 2005, tout adulte est obligé de contracter une assurance santé de base auprès d'une compagnie d'assurance santé de son choix, pour une prime mensuelle d'environ 100 euros. Ce marché de l'assurance santé de base est très régulé : panier de soins obligatoirement couvert, sélection à l'entrée interdite, et système sophistiqué de péréquation des risques. Ces assureurs proposent des prestations complémentaires (dentaire, optique, etc.) en assurance complémentaire, où ils retrouvent leur liberté commerciale (Wierink, 2008, 2011). Le financement des dépenses de santé est complété par le produit de cotisations sociales sur les revenus (salaires et allocations) à hauteur de 50 % du total. Le niveau de cette cotisation est actuellement de 7 % (Wierink, 2008). La couverture des enfants est financée par l'État. Les assurés peuvent recevoir une aide à l'achat de l'assurance santé, dégressive jusqu'à 30 000 euros de revenus annuels pour un célibataire et 42 000 euros pour un couple. En 2011, environ 50 % des ménages étaient éligibles à cette aide financière, réduite de près de 20 % entre 2013 et 2014.

Pour freiner l'évolution de la dépense publique et la consommation de soins, Edith Schippers, ministre libérale de la Santé (VVD), instaure à partir de 2012 un plafonnement de l'évolution des dépenses de santé, négocié avec les assureurs, les professionnels et les associations de patients (NZA, 2013). Ainsi, pour 2012 et 2013, ce plafond est fixé à 2,5 % (hors inflation), 1,5 % pour 2014 et 1 % pour les années suivantes jusqu'à 2017.

Elle cherche aussi à intensifier les mécanismes de marché de l'assurance santé pour freiner l'évolution de la dépense publique et la consommation de soins, des mécanismes qui n'ont pas été, à ses yeux, suffisamment actionnés. Ainsi, elle entend remettre en question la péréquation *ex post* entre assureurs compensant leurs surcoûts liés à l'obligation d'accepter tous les candidats à l'assurance, quels que soient leurs risques épidémio-démographiques, afin de les pousser à rationaliser les prises en charge. Ce projet est à mettre en relation avec le transfert aux assureurs de la partie soins du soutien à domicile des personnes âgées et handicapées, prévu pour 2015 (voir *infra*). Si la péréquation disparaît, on remet en cause la garantie d'une solidarité d'ensemble au système en contribuant à prévenir des stratégies plus ou moins occultes de sélection des publics (Wierink, 2011).

La suppression de la compensation *ex post* est une incitation de plus faite aux assureurs à utiliser leur pouvoir de marché sur les prestataires de soins. En effet, les assureurs ont très peu utilisé ce pouvoir jusqu'ici pour contracter sélectivement avec des prestataires de soins, qu'il s'agisse de médecins généralistes ou d'hôpitaux. Dans un objectif de maximisation de la clientèle, ils ont pris en charge tous les traitements, soit en tiers payant soit en remboursement, sans restriction (Wierink, 2008, 2011). Or, en 2014, la concentration du marché des assurances santé a atteint un degré très élevé : 90 % des assurés sont aux mains de quatre groupes. Cette concentration est favorable à la montée en puissance des assureurs à l'encontre des professionnels et des établissements de soins. Elle leur permet de devenir sélectifs et plus

exigeants en matière de tarifs et peut être problématique dans les régions moins équipées en établissements ou professionnels de soins.

La loi va amplifier cette tendance en restreignant, voire en supprimant, la liberté de choix du patient de son professionnel de santé. La modification de l'article 13 de la loi de 2005, adoptée le 19 juin à la Deuxième Chambre, permettra dorénavant aux assureurs, à partir de 2016, de ne plus rembourser du tout les dépenses engagées par des patients auprès des hôpitaux, médecins spécialistes ou professionnels paramédicaux non contractants avec eux, à moins qu'ils n'aient contracté une police spéciale, de 3 à 5 % plus chère et ne leur garantissant au plus qu'un remboursement à 80 %. Les médecins généralistes sont exclus du champ de cette restriction, les assurés conservant leur liberté de choix [1]. Les assureurs soutiennent que leur sélection permettra d'écarter les prestataires de soins de mauvaise qualité, alors que les professionnels rétorquent qu'il n'y a pas à ce jour de méthode objective pour juger de cette qualité. Il est clair que cette nouvelle règle dissuadera la majorité des assurés de s'adresser à des spécialistes ou à des hôpitaux non contractants, faisant planer une menace économique sur ces professionnels.

L'assuré quant à lui, fait face à une dépense privée non remboursable, dite « risque assumé en propre » (*eigen risico*), une sorte de reste à charge faisant fonction de ticket modérateur et qui ne cesse d'augmenter. Passé de 170 euros à 220 euros entre 2011 et 2012, il est maintenant porté à 360 euros par an en 2014 et peut même aller, au choix de l'assuré, jusqu'à 860 euros, qui voit alors ses primes mensuelles d'assurance réduites d'environ 15 %.

Les hôpitaux et les traitements spécialisés sont également visés. Ils représentent la moitié de la dépense publique de santé (Schut *et al.,* 2013) et à ce titre, leurs coûts focalisent l'attention depuis plusieurs années. À côté du segment des interventions complexes dont les prix relèvent du budget des hôpitaux, on a récemment élargi de 30 à 70 % la proportion des interventions considérées comme standardisables dont le tarif est maintenant libre, aux fins de développer la concurrence entre établissements et de laisser plus de marge de manœuvre aux assureurs. Il est prévu que les hôpitaux dans leur ensemble se voient fixer un macrobudget qui, s'il est dépassé, entraînera des reversements à hauteur de l'activité de chaque établissement, introduisant une solidarité collective face aux dépassements de budget (Schut *et al.*, 2013). Les hôpitaux sont également le lieu d'exercice des médecins spécialistes, salariés ou associés travaillant en libéral en société (*maatschap*) à l'hôpital. À cet égard, le ministère entreprend d'inciter financièrement par une prime importante les médecins libéraux travaillant jusqu'ici en libéral à l'hôpital à passer à l'exercice salarié, aux fins de permettre à l'hôpital de mieux maîtriser ses coûts. On assiste par ailleurs à un mouvement de concentration du secteur qui se traduit par de nombreuses fusions d'hôpitaux, peu contrôlé jusqu'ici par l'autorité de régulation du secteur de la santé, la NZA, et par l'autorité de contrôle de la concurrence ACM. Dans certaines régions, on s'émeut maintenant du fait que ceci pourrait réduire l'offre de soins, de même que les marges de négociation tarifaire

1. Tempérée par le fait qu'aux Pays-Bas on s'inscrit auprès d'un médecin généraliste, rémunéré à la capitation. Le changement de généraliste n'est pas chose aisée.

des assureurs [1]. Un projet de loi sur la continuité des soins est en discussion pour introduire des règles plus précises d'examen des fusions et de limitation du pouvoir de contractualisation des assureurs, afin d'éviter dans certaines régions une trop forte limitation de choix pour les assurés et l'obligation pour eux de faire de trop grands déplacements pour accéder aux prestataires sélectionnés par leurs assureurs.

Cibler les plus dépendants pour la nouvelle assurance de soins de longue durée

Si les mesures précédentes prolongent la réforme de l'assurance maladie de 2005 sans rupture majeure, la remise en cause est plus fondamentale dans le domaine de l'assurance universelle AWBZ, qui prend en charge les dépenses dites exceptionnelles de santé, autrement dit de *long-term care* ou de dépendance/handicap. Le niveau et l'évolution de cette dépense font débat depuis quelques années (encadré 1). C'est un secrétaire d'État travailliste (PVDA), Martin Van Rijn, qui mène cette réforme.

Mais c'est aussi un des dispositifs emblématiques de l'État-providence néerlandais, comme la retraite de base AOW et le *Bijstand* ou revenu minimum. Il prend notamment en charge la quasi-totalité des frais de maison de retraite. Aux Pays-Bas, vivre en maison de retraite, même sans avoir atteint une lourde perte d'autonomie, est resté une pratique plus courante qu'ailleurs : 6,6 % des plus de 65 ans en 2009, un des plus forts taux de l'OCDE (Schut *et al.,* 2013). Cette tradition rend la réforme socialement et politiquement sensible. Pour le gouvernement, l'accord sur la réforme n'a pu être trouvé qu'en avril 2014, grâce au soutien de trois petits partis d'opposition. Elle a été votée à la Deuxième Chambre le 11 septembre 2014, et doit encore être adoptée au Sénat [2].

La nouvelle loi sur les « soins de longue durée » (*Wet langdurige zorg*), qui réforme le dispositif AWBZ, est resserrée sur la prise en charge en établissement et cible les personnes les plus dépendantes, au titre du handicap ou de l'âge [3]. Selon les estimations du ministère, le public pris en charge devrait passer de 800 000 personnes à moins de 200 000 personnes ayant besoin de soins intensifs ou de surveillance constante. La date d'effet de cette nouvelle loi est prévue pour le 1er janvier 2015. On estime que 400 maisons de retraite ou établissements médicalisés vont disparaître dans les quatre ans qui viennent, sur les 2 000 existantes [4].

La restriction de l'accès aux établissements conduit donc à prioriser le maintien à domicile sur l'entrée en établissement. Le volume des services et soins à dispenser à domicile va augmenter, sur plus longue période, en direction de personnes à l'état de fragilité plus prononcé, dans une organisation maintenant éclatée entre les assureurs et les municipalités. C'est la deuxième phase du démantèlement de l'assurance universelle des coûts exceptionnels de santé, initiée en 2006

1. J. Wester, « De nieuwe koningen in de zorg », *NRC*, 25 oktober 2014 (« Les nouveaux rois du secteur de la santé »).
2. E. Van Outeren, D. Stokmans, « Toch draagvlak voor grote hervorming zorg », *NRC*, 17 april 2014 (« Pourtant, il y a toujours des partisans d'une grande réforme de la santé »).
3. La gravité de la dépendance est évaluée en six degrés. Les trois niveaux plus légers de dépendance sont maintenant exclus de la prise en charge en institution.
4. F. Weeda, « Staatsecretaris botst met zijn vader », *NRC*, 6 november 2014 (« Le secrétaire d'État s'oppose à son père »).

Encadré 1

L'Assurance universelle AWBZ pour « les coûts exceptionnels de soin » jusqu'en 2014

Mise en place en 1968, l'Assurance universelle couvre toute la population pour la vieillesse et le handicap, qu'on considère alors comme des risques inassurables. Atteignant environ 3,8 % du PIB en 2012, la dépense de *long-term care* néerlandaise est ainsi une des plus élevées de l'OCDE (Schut *et al*., 2013).

Elle est financée à 60 % par un prélèvement fiscal de 12,5 % sur les deux premières tranches de revenus (jusqu'à 33 363 euros de revenus), les copaiements des bénéficiaires à hauteur de 1,7 milliard d'euros, et son déficit est abondé par l'État. La loi interdit d'augmenter le taux de prélèvement fiscal. Le coût de ce dispositif est considéré depuis longtemps comme insoutenable, les dépenses ayant augmenté de 20 % en 5 ans, de 2002 à 2006.

L'assurance AWBZ fournit essentiellement une aide en nature. Elle couvre les frais de maisons de retraite et établissements médicalisés (notamment pour handicapés), les soins psychiatriques, les soins à la personne et les soins infirmiers à domicile, sans plafonnement (contrairement à l'Apa française), qui sont alloués en fonction de la gravité de la situation sanitaire. La contribution financière des assurés est en moyenne de 10 % pour les coûts d'institutionnalisation (Schut *et al.,* 2013). Au titre de l'AWBZ, on peut aussi demander à bénéficier, depuis 2000, d'un budget personnel, en espèces, à hauteur de 75 % de la valeur de l'aide en nature.

Jusqu'en 2006, l'aide ménagère faisait partie du « panier d'aides » de même que, jusqu'en 2008, l'aide pour la vie quotidienne (courses, gestion du budget). Ces deux volets sont dispensés par les municipalités suite à la première loi sur le soutien social de 2006, dans le cadre des politiques locales qu'elles sont libres de définir et qu'elles financent grâce à une dotation aux municipalités, en forte réduction ces dernières années. Les soins « au corps » et infirmiers à domicile restent dispensés par les structures de soins à domicile et financés par l'AWBZ. Il est prévu qu'ils soient transférés aux assureurs de santé par la nouvelle loi sur les soins de longue durée.

avec la première loi sur le soutien social. Cette phase distingue les interventions à caractère social et celles à caractère médical et médico-social. En complément de l'aide ménagère, les interventions plus complexes de soutien psychosocial de type guidance (par exemple pour les personnes touchées par des troubles psychiques, les toxicomanes ou les malades d'Alzheimer au stade modéré) sont transférées aux municipalités à partir du 1er janvier 2015. Les soins à caractère médical et para-médical (toilettes, pansements, traitements d'escarres, etc.) sont mis à la charge des assureurs.

Au plan organisationnel et financier, les municipalités font face à la nécessité de contracter avec des services ou structures à domicile pour des interventions plus diverses, plus complexes et avec des budgets en constante réduction (par exemple -11 % en 2015, et même -32 %

pour les subventions fléchées sur l'aide ménagère [1]). L'expérience du premier transfert de l'aide ménagère montre que l'intervention sociale est réduite (encadré 2). Avec ou sans cohabitation intergénérationnelle, la charge d'aide des proches de personnes fragiles (conjoints, enfants, entourage) va s'accroître, et tout particulièrement celle des femmes dont on sait qu'elles sont en première ligne. Au plan financier, cette réforme conduit à des transferts de fonds et/ou de charges de l'AWBZ vers les municipalités et les assurances santé à partir de 2015. Au total, le ministère estime que les dépenses au titre de la loi sur les soins de longue durée seront inférieures de 10 milliards d'euros par an à celles de l'AWBZ et s'élèveront, entre 2015 et 2017, à 17 milliards d'euros environ, permettant de ramener ainsi le nouveau prélèvement fiscal pour le *long-term care* à 10 %.

Encadré 2

La première étape de la décentralisation de l'AWBZ : l'aide ménagère

Alors que l'aide à domicile constituait jusqu'ici un droit au titre de l'assurance AWBZ et répondait à des règles nationales d'évaluation des besoins et de tarification des services, les communes en deviennent responsables à partir du 1er janvier 2007, dans le cadre de la loi sur le soutien social de 2006 et dans la limite de leurs politiques et de leurs budgets. Elles évaluent la perte d'autonomie des personnes et définissent le volume d'heures d'aide nécessaire, de même que la complexité de l'intervention ménagère. Elles prennent en compte les possibilités d'aide de l'entourage (conjoint, aidants, mais aussi voisinage), instaurant ainsi une nouvelle norme de solidarité familiale.

Au plan économique, un changement majeur tient à l'introduction de la concurrence dans ce secteur, par l'obligation pour les communes de contracter avec les structures d'aide ménagère au terme d'une procédure d'appels d'offres. Les opérateurs traditionnels, les structures de soins à domicile (*Thuiszorg*), le plus souvent associatives, entrent en concurrence avec de nouvelles structures commerciales et même des sociétés de nettoyage. Les soins à domicile et l'assistance psychosociale restent encore dispensées par les structures de soins à domicile, dans le cadre de l'assurance des coûts de santé exceptionnels.

Très vite, on observe une tendance à baisser le niveau et le volume de l'aide ménagère attribuée aux bénéficiaires. La concurrence entre anciens et nouveaux opérateurs et la pression des appels d'offre conduisent dans les années qui suivent à une dégradation des conditions de travail et de salaire des aides à domicile de ce secteur, à un plus grand recours aux employé(e)s sous statut de pseudo-indépendant(e) (Janssen *et al*., 2011 ; Wierink, 2014), et à des licenciements liés aux pertes de marché qui suivent les ré-adjudications résultant des nouveaux appels d'offre.

1. I. Vriesema, « Dementerende ouderen op straat, daar ben ik bang voor », *NRC*, 17 oktober 2014 (« Des vieillards déments errant dans la rue, voilà ce que je crains »).

Critiques d'experts et mobilisation sociale limitée

S'il ne manque pas de voix pour critiquer à la fois les réductions de dépenses et la pertinence des réformes, la protestation sociale ne paraît s'organiser qu'à partir de l'automne 2014, alors même que les projets de réforme, passés à la Deuxième Chambre, n'attendent plus que leur examen au Sénat, où le gouvernement est contraint à des discussions serrées avec l'opposition, n'y ayant pas la majorité.

Des doutes sur l'efficacité de la décentralisation

La précipitation du plan de décentralisation a été critiquée, en premier lieu sous l'angle du défaut de compétences des élus et fonctionnaires municipaux pour endosser les nouvelles responsabilités, tout particulièrement dans le domaine de la protection de l'enfance et de la jeunesse. Le milieu psychiatrique est en particulier très inquiet de la déstructuration du maillage d'institutions et de professionnels suivant les enfants en difficulté, qui va s'ensuivre de la politique de contractualisation que vont développer des municipalités, peu averties de la spécificité de la prise en charge pédo-psychiatrique et des coopérations qu'elle nécessite.

En second lieu, d'un point de vue plus politique, la présidente de la Cour des comptes a estimé que ce transfert accentuait la dépossession du Parlement de ses compétences de contrôle du budget de l'État et des dépenses publiques [1]. À travers cette critique, c'est la question de l'effectivité de la démocratie qui est posée.

Ce transfert comporte aussi le risque que les nouvelles missions sociales assumées par les municipalités les conduisent à rogner sur leurs dépenses traditionnelles (Allers *et al*., 2013). Selon les auteurs, les municipalités vont en conséquence avoir tendance à réduire leurs interventions dans les domaines traditionnels d'action municipale (routes, voirie, assainissement) pour financer le social, au risque d'une dégradation des équipements ou d'un délaissement d'autres missions traditionnelles de cadre de vie. On voit déjà des municipalités renoncer à ouvrir une piscine, ou réduire les horaires de fonctionnement d'équipements publics tels que les centres de quartier ou les bibliothèques. Si les municipalités diminuent leurs investissements dans leurs domaines d'action traditionnels, ceci aura des conséquences non seulement sur le niveau global d'activité économique et d'emploi, mais aussi sur l'état des équipements et des infrastructures.

Dans le champ de la santé, des questions de principe et d'efficacité

Sur le terrain de la liberté de choix du médecin, tout n'est peut-être pas encore joué. D'une part, une partie des professionnels a organisé sa protestation. La nouvelle liberté pour les assureurs de ne plus prendre du tout en charge des soins reçus d'acteurs de santé non contractants avec eux a suscité un mouvement de protestation de la part d'une petite organisation rassemblant 5 000 médecins généralistes, suivis par des professionnels paramédicaux au printemps 2014. Ils ont organisé une grève d'une heure le 4 juin et sont prêts à entamer une procédure judiciaire contre l'État [2].

1. P. De Witt Wijnen, « Tweede kamer verliest invloed », *NRC*, 21 mei 2014, (« La Deuxième Chambre perd de l'influence »).
2. F. Weeda, « 5 000 medici dreigen met rechtszaak over vrije artsenkeuze », *NRC,* 18 juni 2014, (« 5 000 médecins engagent une procédure judiciaire sur le libre choix du médecin »).

La bataille juridique a d'ailleurs commencé : un tribunal de premier niveau a jugé que les assureurs santé devaient se conformer aux règles européennes de mise en concurrence avant de sélectionner un prestataire, dans une affaire contre l'assureur CZ. Si cette décision est confirmée, elle obligera à une plus grande transparence dans la sélection des acteurs de soin, et rouvrira donc le jeu [1].

Par ailleurs, le démantèlement de l'assurance AWBZ, en ce qui concerne le maintien à domicile, voit triompher la partition du sanitaire, confié aux assureurs santé, et du social, transféré aux municipalités, dans l'intervention auprès des publics les moins dépendants. On connaît bien en France les effets négatifs, pour les bénéficiaires, de l'absence de coordination des interventions, des difficultés de communication, et de l'opacité administrative. Cette évolution est d'autant plus remarquable que la politique néerlandaise à l'égard des personnes dépendantes à domicile se démarquait jusque-là par son caractère intégré, gage pour la plupart des spécialistes de la qualité de la prise en charge gériatrique (Henrard, 2012).

Différents organismes d'assistance psychologique et psychiatrique pour les enfants et les adolescents, auxquels s'adjoignent maintenant les représentants de la plateforme des usagers des soins psychiatriques, dénoncent le gaspillage de temps et d'énergie à passer en négociations avec de nombreuses municipalités et les réductions de budget. Non seulement la continuité et l'accès aux soins sont menacés, mais il s'agirait, aux yeux de certains, d'une politique de lutte contre les coûts d'une médicalisation jugée excessive des problèmes psychologiques des enfants qui ne dirait pas son nom [2].

Une mobilisation sociale limitée

Du côté des jeunes et des étudiants, la mobilisation apparaît à partir de fin septembre. Les différentes organisations d'étudiants, les sections de jeunesse des partis politiques et de la FNV et CNV, ainsi que le syndicat des enseignants AOb de la FNV appellent fin septembre à une manifestation nationale commune le 14 novembre. Ils ont organisé des débats dans les grandes villes universitaires et appelé à une campagne de *tweets* en direction des *leaders* des partis politiques.

Les organisations syndicales, quant à elles, s'élèvent contre la réforme du statut des fonctionnaires et essaient de résister, dans les négociations salariales, au gel des salaires pour l'ensemble des secteurs public et parapublic. Dans une lettre adressée aux sénateurs, les organisations syndicales concernées liées à la FNV (ACOP FNV, 2014) qualifient cette loi d'« imprécise, incohérente » et surtout de « déséquilibrée » sur le terrain des relations professionnelles. Pour autant, leur protestation n'a pas beaucoup d'écho. La discussion sur l'évolution du statut des fonctionnaires mobilise relativement peu l'opinion publique, au-delà des milieux professionnels concernés.

Sur le plan des négociations salariales, les organisations syndicales de fonctionnaires protestent contre l'encadrement de la masse salariale. Cette

1. J. Dohmen, J. Wester, « Rechter : zorgverzekeraar mag niet zomaar selectief inkopen », *NRC*, 24 juni 2014 (« Le juge : un assureur de santé ne peut pas mener n'importe comment une politique sélective de contractualisation »).
2. F. Weeda, « Minder geld voor de kinderen, meer voor bureaucratie », *NRC*, 9 oktober 2014 (« Moins d'argent pour les enfants, plus pour la bureaucratie ») ; selon cet article, 5 % des enfants en 2012 seraient diagnostiqués avec des troubles psychiques.

question du gel des salaires bloque la négociation collective dans l'ensemble des secteurs du public (Sprengers, 2013). Les organisations syndicales sont placées dans un dangereux dilemme : faute de marge salariale, elles peuvent être tentées d'accepter des réductions d'effectifs encore plus fortes, moyennant des dispositifs d'accompagnement de la mobilité ou de la recherche d'un autre emploi, aux fins de donner du mou aux négociations de salaire, mais au risque d'une intensification du travail et d'une dégradation des services publics (De Beer, 2013). Weske *et alii* (2014), étudiant les négociations salariales des fonctionnaires municipaux, observent en outre que le thème de la qualité du service public rendu reste absent des discussions menées dans un tel contexte de contrainte budgétaire.

Dans le champ de l'assurance maladie, aucune protestation de patients n'est décelable à l'encontre des changements à venir du côté des assureurs maladie. En ce qui concerne la réforme des soins de longue durée, des protestations de handicapés ou de leurs parents apparaissent. Ainsi, suite à des protestations, le Secrétaire d'État Van Rijn vient de concéder [1] la poursuite de la prise en charge des coûts du maintien à domicile des personnes ou des enfants lourdement handicapés quand c'est leur choix, au titre de la nouvelle loi sur les soins de longue durée. 10 000 personnes sont concernées.

Du côté des syndicats, les protestations sont restées longtemps localisées et elles ne sont repérables que dans le champ des services à domicile et établissements pour personnes âgées et handicapées et des structures de protection de l'enfance. Bien que la réforme des soins de longue durée ne soit pas encore votée, tout le secteur des établissements tant pour les personnes âgées que pour les personnes handicapées et les patients psychiatriques est déjà déstabilisé. Beaucoup ont pris des décisions, par anticipation, de réduction du volume d'activité ou de report de décisions d'investissement [2]. Pour la plupart des acteurs concernés, à commencer par les municipalités, la date du 1er janvier 2015 est beaucoup trop proche pour une adaptation des capacités et des organisations. Sur le plan de l'emploi, on craint des suppressions de postes mais leur ampleur varie beaucoup selon les estimations et selon le champ considéré. Une estimation théorique menée dans le cadre de la discussion parlementaire et à partir des budgets prévisionnels pour les différents secteurs conclut à une perte totale de 18,1 % de la main-d'œuvre, en équivalent temps plein, et entre 2013 et 2017, pour tout le secteur des personnes âgées et handicapées et de la jeunesse, malgré les transferts d'emplois des établissements vers les soins et l'aide à domicile (Panteia, 2014) [3]. En fait, la mesure précise des mouvements d'emploi ne sera possible que quand les municipalités connaîtront leurs budgets pour les années qui viennent [4].

Alors que l'ampleur de la réforme est connue depuis 2012, il faut attendre fin septembre 2014 pour voir émerger, à l'initiative principalement de la FNV mais soutenue plus largement par les autres

1. *NRC*, 8 oktober 2014.
2. J. Wester, « Winst zorgsector stort in door hervormingen », *NRC*, 29 juli 2014 (« Les profits du secteur de la santé vont s'écrouler sous l'effet des réformes »).
3. Les effectifs touchés sont plus importants du fait de la fréquence du travail à temps partiel féminin aux Pays-Bas.
4. F. Rusman, « Over ontslagen in de zorg ontbreken harde feiten », *NRC*, 19 juni 2014 (« On manque de chiffres précis sur les licenciements dans le secteur de la santé »).

Encadré 3

La crise de la FNV et la réorganisation de sa gouvernance

En 2010-2011, un conflit entre la présidente de la FNV et le plus gros syndicat de l'organisation, FNV Bondgenoten, à l'occasion d'une négociation centrale sur la réforme des fonds de pension a mis au jour un clivage entre réformistes et radicaux dans l'organisation (Wierink, 2012). Les rapports de force entre les très grandes organisations du public (Abva-Kabo), du privé (Bondgenoten) et du bâtiment (Bouw), et les autres, ont été mis en question, en lien avec leur poids respectif dans le Conseil fédéral. En conséquence, la FNV a engagé un processus de transformation de sa gouvernance pour créer une nouvelle organisation FNV in Beweging, FNV en mouvement. L'ensemble de l'organisation du pouvoir d'orientation et de décision de l'organisation syndicale centrale (ou fédérale) est rebâti. Cette mutation vise à rééquilibrer les rapports entre ses 18 syndicats en réduisant l'influence des plus gros d'entre eux et à démocratiser les processus de décision.

organisations syndicales, de patients, de retraités et de handicapés, une protestation à l'échelle nationale dirigée principalement contre la réforme de l'AWBZ et ses conséquences aussi bien pour les salariés du secteur de la dépendance et du handicap que pour les usagers. Sous le slogan « *Red de zorg* » (« Sauvez le soin »), une pétition circule, un petit film tourne sur Youtube et une manifestation nationale est organisée le 8 novembre à La Haye. Ces initiatives n'ont qu'un succès limité : 3 000 personnes à la manifestation, 159 000 signatures de la pétition [1].

Pour comprendre la faiblesse de la réaction syndicale, peut-être faut-il prendre en compte le processus de réorganisation que connaît sur la même période la FNV (encadré 3). Les difficultés traversées par la FNV depuis 2011 ont entravé les possibilités d'intervention de son président Ton Heerts sur la scène publique, affaiblissant la pratique de la concertation traditionnelle entre partenaires sociaux et gouvernements. Malgré la signature d'un accord social en 2012 (Wierink, 2013, 2014), force est de constater la moindre portée de la voix de la FNV et du mouvement syndical dans son ensemble ces trois dernières années. Le processus de refondation entre dans une phase décisive à l'automne, donc dans un calendrier bien peu favorable à l'organisation d'une protestation massive.

Conclusion

Comment expliquer la faiblesse de la réaction sociale alors que les réformes en cours sont annoncées depuis au moins deux ans ? Le discours sur la « société de participation » et sur la responsabilité individuelle, sur la capacité à s'en sortir tout seul, est-il efficace et créerait-il une sorte de surmoi collectif qui rendrait acceptables ces nouvelles politiques publiques, comme le suggèrent les théories du « *framing* » (Lakoff, 2004) et des « référentiels publics » (Müller, 2011) ? La

1. Selon le site de Abva-Kabo FNV, consulté le 8 novembre.

« participation » est en effet un nouveau slogan qui s'impose dans tous les domaines pour compenser ce recul de l'intervention publique et des initiatives locales de citoyens sont montées en épingle pour l'illustrer. Kim Putters (2014), directeur du Sociaal Cultureel Planbureau, doute de la possibilité du développement d'une telle participation, en décalage avec les inégalités entre individus, les conditions de vie et sur fond d'insuffisance des services publics et d'aide aux aidants. Il dénonce le risque de substitution d'un devoir de solidarité à l'engagement bénévole et volontaire, et met en garde contre le recours à la coopération des citoyens aux services sociaux qui ne s'accompagnerait pas de leur participation aux décisions au plan local.

Au plan économique, au-delà des rabotages de tous les budgets, la rigueur des révisions des politiques sociales aux Pays-Bas et des services publics qui les mettent en œuvre est frappante. L'impératif des 3 % est omniprésent dans le discours politique et toute contestation, discréditée. Malgré les prises de position de nombreux économistes qui le dénoncent, le débat n'est pas ouvert, et ce sont les partis qui refusent les sacrifices, la Socialistische Partij (gauche de la gauche) et le PVV (extrême-droite) qui montent dans les sondages. À première vue seulement, les efforts semblent payer : le déficit est ramené à moins de 3 % dès 2013 et la Commission a levé son avis de déficit excessif. Mais en 2014, la dette publique augmente, l'investissement reste à la traîne, les consommations privée et publique sont atones et le chômage continue sa hausse, signe que les analyses en termes de faiblesse de la demande intérieure restent pertinentes, même dans une économie aussi ouverte que celle des Pays-Bas. Selon le Conseil économique au gouvernement, entre 2000 et 2011, les inégalités se sont accrues et l'effet redistributif de la protection sociale n'a pas progressé (Kremer *et al.,* 2014). Il est aisé de penser que les réformes en cours vont encore aggraver cette situation. Le « miracle hollandais » (Visser, Hemerijck, 1997) de la concertation qui soutenait dans les années 1990 les réorientations fortes de l'État-providence néerlandais semble bien loin.

Sources :

NRC

ACOP FNV (2014), Brief aan Eerste Kamer der Staten-Generaal, 4 maart.

Allers M., Geertsema B. (2014), « Geen grotere doelmatigheid door herindeling gemeenten », *ESB*, 99(4688), 27 juni.

Allers M, Steiner B., Hoeben C., Geertsema J.B. (2013), *Gemeenten in perspectief*, Centrum voor Onderzoek van de Economie van de Lagere Overheden, Rijksuniversiteit Groningen, september.

De Beer P. (2013), « Arbeidsverhoudingen in de publieke sector, polderen en trendvolgerscgap », *Staat van de ambtelijke dienst, hoe staan de ambtenaren er anno 2013 voor?*, Publicatiereek Overheid & Arbeid, 2013-34, Den Haag, CAOP, december, p. 124-128.

CPB (2014), « Voorzichtig economisch herstel, EMU saldo onder 3 % », *Centraal Economisch Plan 2014*.

Eurostat (2014), Statistiques sur les dépenses des administrations publiques par grande fonction.

Henrard J.-C. (2012), *La perte d'autonomie, un nouvel enjeu de société*, Paris, L'Harmattan.

Janssen M., Grit K., Putters K., Tjadens F. (2011), « La loi sur le soutien social aux Pays-Bas : changement de paradigme ou réduction de l'aide à domicile aux personnes âgées ? », *Revue de Droit sanitaire et social*, n° 3, mai-juin, p. 465-482.

Kremer M., Bovens M., Schrijvers E., Went R. (red.) (2014), *Hoe ongelijk is Nederland?*, Amsterdam, Amsterdam University Press.

Lakoff G. (2004), *Don't Think of An Elephant, Know Your Values and Frame the Debate,*

White River Junction, Chelsea Green Publishing Company.

Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties (MBZ) (2012), *Staat van het bestuur*.

Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties (MBZ) (2014), *Werken in de publieke sector, Trends en cijfers*.

Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap (2014), Kerncijfers 2009/2013 – Onderwijs, Cultuur en Wetenschap, mei.

Müller P. (2011), *Les politiques publiques*, Paris, PUF (1re éd. 1990).

Nederlandse Zorgautoriteit (2014), *Stand van de zorgmarkten 2013, van feiten naar focus,* Utrecht.

OECD (2013), *Education at A Glance 2013. OECD Indicators*, OECD Publishing.

Onderwijsraad (2013), *Een smalle kijk op onderwijskwaliteit, De Stand van educatief Nederland 2013*.

Panteia (2014), *ArbeidsmarktEffectRapportage Fase II, Stelselwijzigingen en decentralisaties in de langdurige zorg en ondersteuning en in de jeugdhulp*, 12 september.

Portegijs W., Cloïn M., Meren A. (2014), *Krimp in de kinderopvang, ouders over kinderopvang en werk*, Sociaal en Cultureel Planbureau, september.

Putters (2014), *Rijk geschakeerd, op weg naar de participatie samenleving*, Sociaal Cultureel Planbureau, juni.

Schut E., Sorbe S., Hoj J. (2013), « Health Care Reform and Long-term Care in the Netherlands », *OECD Economics Department Working Paper,* n° 1010, 11 January.

Sprengers L.C.J. (2013), « Het CAO overleg in de sectoren », *Staat van de ambtelijke dienst, hoe staan de ambtenaren er anno 2013 voor ?*, Publicatiereek Overheid & Arbeid, 2013-34, Den Haag, CAOP, december.

Suyker W. (2013), *Tekortreducerende maatregelen 2011-2017,* CPB Achtergronddocument.

Theeuwes J., Lammers M., Volkerink M. (2012), « Prikkels voor productiviteit », *Rapport 2012/45*, SEO Economisch Onderzoek.

UWV (2013), *De zorg, sectorbeschrijving*, 31 januari.

Van der Meer F.M., Dijkstra G.S.A. (2013), « Het regeer akkoord c.a. en de omvang van de ambtelijke dienst », *Staat van de ambtelijke dienst, hoe staan de ambtenaren er anno 2013 voor ?*, Publicatiereek Overheid & Arbeid, 2013-34, Den Haag, CAOP, december, p. 16-21.

Visser J. Hemerijck A. (1997), *A Dutch Miracle, Job Growth, Welfare Reform and Corporatism in the Netherlands*, Amsterdam, Amsterdam University Press.

Weske U., Leisink P., Knies E. (2014), « Local Government Austerity Policies in the Netherlands: The Effectiveness of Social Dialogue in Preserving public service employment », *Transfer,* vol. 20, n° 3, p. 403-416.

Wierink M. (2007), « Pays-Bas. Prendre soin des personnes âgées et dépendantes : nouvelle loi sur le soutien social et risques pour l'emploi des femmes », *Chronique internationale de l'IRES*, n° 105, mars, p. 48-58.

Wierink M. (2008), « La réforme de l'assurance maladie aux Pays-Bas, deux ans après », *Revue française des affaires sociales*, n° 4, octobre-décembre, p. 237-251.

Wierink M. (2011), « Contrats collectifs et contrats d'entreprise dans l'assurance santé aux Pays-Bas », *Revue de droit sanitaire et social*, n° 2, mars-avril.

Wierink M. (2012), « Pays-Bas. Réorganisation de la FNV : un chantier technique et politique à l'issue incertaine », *Chronique internationale de l'IRES*, n° 138, septembre, p. 16-31.

Wierink M. (2013), « Pays-Bas. Austérité renforcée et difficile redémarrage de la concertation », *Chronique internationale de l'IRES*, n° 140, avril, p. 16-29.

Wierink M. (2014), « Pays-Bas. Austérité et réformes structurelles : influence limitée du mouvement syndical », *Chronique internationale de l'IRES*, n° 145, mars, p. 29-44.