



Suède 2006

Services intégrés de réinsertion – coordination de l'organisation et du financement

Rapport de synthèse

Rienk Prins
ASTRI



On behalf of
European Commission
DG Employment, Social Affairs and Equal Opportunities



Résumé

Les personnes les plus durement touchées par l'exclusion sociale sont souvent en proie à, non pas un, mais toute une série de problèmes : chômage, sans-abrisme, santé précaire, manque de qualifications, pauvreté et toxicomanie ou éthylisme. Dans les divers États membres de l'Union européenne, bon nombre de ces problèmes sont de la compétence de services ou de niveaux administratifs différents (national/régional/local), et la continuité des efforts d'inclusion sociale peut s'en trouver affectée, au risque de renvoyer certaines personnes d'une administration à une autre, voire de passer complètement à côté.

Dans son rapport *Inclusion sociale en Europe 2006*, la Commission européenne attire l'attention des États membres sur la nécessité « de développer des solutions intégrées et coordonnées aux multiples formes de désavantages afin d'assurer des synergies entre les différents domaines politiques identifiés dans les objectifs communs qui sous-tendent le processus d'inclusion sociale ».

Depuis les années 1990, le gouvernement suédois a lancé plusieurs projets destinés à promouvoir une approche intégrée, multidimensionnelle, de l'inclusion sociale, et offrir ainsi de meilleurs services aux personnes qui en ont besoin. Une réunion d'évaluation par les pairs s'est tenue à Göteborg, en Suède, les 4 et 5 décembre 2006 pour examiner l'initiative Services intégrés de réinsertion – coordination de l'organisation et du financement.

La politique évaluée concerne la coordination financière à l'échelon local, entre les caisses d'assurance sociale, les systèmes de soins de santé primaires, les services sociaux municipaux, et les bureaux de placement, dans le cadre d'une démarche volontaire. Chaque organisme alloue une part égale d'un budget commun, administré par une association de coordination indépendante. La part des services publics nationaux – les bureaux de placement et les caisses d'assurance sociale – est financée par l'Office des assurances sociales.

En septembre 2006, on dénombrait 41 associations de coordination en Suède. Le programme cible une proportion estimée à 5% de la population active avec des problèmes spécifiques ou multiples.

L'évaluation portait plus particulièrement sur le projet Delta à Hisingen, Göteborg, lancé en 1997, devançant le cadre législatif mis en place par la loi de 2004 sur la coordination financière des mesures de réinsertion. Le groupe des pairs a visité les bureaux de Delta et s'est rendu sur les lieux de l'une de ses activités, non loin de là, la «Place du marché de l'emploi». Delta s'occupe d'environ 4 000 personnes par an et disposait en 2006 d'un budget de 44 millions SEK. À ce jour, les estimations indiquent que le projet permet de réduire les coûts de l'aide sociale et la majorité des bénéficiaires sont satisfaits.

Les représentants de la plupart des pays pairs considèrent la fourniture de services de réinsertion aux personnes les plus exposées à l'exclusion sociale comme une importante priorité. De nombreux pays ont essayé des solutions qui font intervenir diverses structures de coordination, de l'amélioration des canaux d'information et de communication à la fusion des services administratifs, en passant par la création de guichets uniques, où le bénéficiaire est en contact avec un seul agent ou consultant. L'acquis appréciable de la Suède en matière de coordination financière était donc une source d'information stimulante et une bonne base pour l'échange d'expériences.

Certains participants nourrissaient quelques doutes sur les possibilités d'application de la coordination financière dans leur pays. Leur administration est plus centralisée que le système suédois, où les comtés et les municipalités ont une autonomie financière considérable. Néanmoins, le modèle du projet Delta apporte des enseignements utiles pour chaque pays sur la coopération au quotidien dans la fourniture des services.

Une autre question débattue concernait le moyen d'associer l'employeur au processus de réinsertion professionnelle. Delta prête une grande attention aux employeurs, qui sont invités à des réunions informelles (auxquelles ils assistent) et qui sont approchés par l'équipe de Delta dans certains cas particuliers. Dans la plupart des pays pairs, la participation de l'employeur, en dehors de ses obligations légales, est une source de préoccupation.

Certains représentants ont insisté sur le rôle des ONG dans des modèles de coopération entre diverses parties prenantes. Les représentants suédois ont indiqué que, dans leur pays, les ONG n'interviennent généralement pas dans la fourniture de services. Dans d'autres pays, les ONG peuvent remplir différentes missions de consultance sur les politiques de réinsertion, défendre les intérêts de certains bénéficiaires ou participer à la fourniture de services.

Si le degré de coopération ordinaire ou non structurée est faible au départ et ne porte guère de fruits, la mise en place d'une nouvelle structure de collaboration se révèle souvent longue. Le système suédois de coordination financière s'est déployé sur une période de temps assez étendue et a donc permis l'introduction d'un changement progressif dans les mentalités et les méthodes de travail.

L'expérimentation et la mise en œuvre de structures de coordination requièrent en outre un suivi constant et des évaluations régulières. Le projet suédois a fait l'objet de contrôles systématiques. Toutefois, les conditions du succès appellent peut-être encore un peu plus d'attention.

De l'avis général, Delta est un exemple innovant de bonne pratique.

La fourniture de services coordonnés ou intégrés s'avère plus performante pour identifier et satisfaire les besoins ou les attentes des personnes confrontées à des problèmes complexes, par comparaison aux efforts isolés des parties prenantes, lorsqu'elles se polarisent sur leurs compétences et responsabilités actuelles. Le modèle peut cependant être difficile à introduire dans des pays aux structures d'assistance et de soutien centralisées.

1. Le contexte national

1.1. Acteurs et responsabilités

En Suède, comme dans la plupart des pays de l'UE, la mise en œuvre de mesures de réinsertion est du ressort de divers acteurs. Les plus importants sont les employeurs, l'Agence d'assurance sociale, les systèmes de soins de santé, les services sociaux et les bureaux de l'Administration publique de l'emploi. En outre, les décisions relatives aux missions et aux objectifs de ces acteurs sont prises par différentes assemblées politiques. Certaines questions relèvent des instances nationales, tandis que d'autres sont décidées au niveau régional ou local.

Les responsabilités de l'employeur sont limitées aux mesures de réinsertion professionnelle qui peuvent être appliquées dans le cadre de la politique des entreprises en matière d'emploi et d'aide sociale.

Le système d'assurance sociale suédois relève principalement des compétences du gouvernement. C'est l'Agence nationale d'assurance sociale, un service du gouvernement central disposant de bureaux locaux et régionaux, qui administre le système. L'Agence est chargée de la coordination et de la supervision des actions mises en œuvre en faveur de la réinsertion.

La responsabilité générale des services de santé publique et de soins médicaux est partagée entre 18 conseils de comté, deux régions et une municipalité. Les services de santé prennent en charge la réinsertion médicale : soins, traitement et réadaptation. Ils fournissent aussi des données permettant d'appréhender les besoins et de concevoir des interventions adéquates d'autres acteurs (p.ex. l'Agence d'assurance sociale).

Les 290 conseils municipaux de Suède s'occupent de la réinsertion sociale. Ils veillent à ce que tous les habitants de la municipalité reçoivent le soutien et l'assistance dont ils ont besoin. Les compétences municipales concernent les personnes âgées ou handicapées, les enfants et les jeunes, les immigrants, et les personnes qui ont des problèmes de toxicodépendance ou d'éthylisme. La réinsertion sociale passe notamment par des conseils, un soutien financier, des services, des traitements et des actions en faveur de l'emploi.

La politique relative à l'emploi est du ressort de l'Administration nationale du marché du travail, qui organise des activités de placement, de réinsertion professionnelle et de formation en vue d'aider les gens à trouver un emploi. L'agence se compose du Conseil national du marché du travail et de 20 conseils de comté, qui chapeautent les bureaux locaux du Service public de l'emploi.

1.2. Vers une réinsertion mieux intégrée et coordonnée

On s'est rendu compte en Suède que des conflits de priorités peuvent survenir, avec des répercussions pour les personnes concernées, si chacune des parties prenantes se préoccupe uniquement de poursuivre ses propres objectifs. Les mesures de réinsertion ne semblaient pas atteindre leur public cible ou ne produisaient pas l'effet désiré. Il en va de même quand un acteur prend le relais d'un autre dans un processus de réinsertion en cours : des informations importantes peuvent se perdre faute d'une organisation adéquate dès lors que plusieurs intervenants sont impliqués dans la réinsertion. Ce constat s'est surtout vérifié dans le cas de personnes confrontées à une combinaison de problèmes médicaux, physiques, sociaux et professionnels. Les bénéficiaires « passent entre les gouttes » et échouent dans une « zone grise » indéterminée, lorsque les interventions nécessaires ne relèvent pas entièrement du domaine de compétence d'un acteur unique. Cette problématique peut déboucher sur un cercle vicieux englobant de nombreux acteurs dont les efforts se révèlent en définitive inefficaces.

On en a conclu que les acteurs doivent mieux coordonner leurs interventions. Il est donc essentiel de mettre en place une collaboration et une coordination efficaces pour garantir que les personnes qui ont des problèmes et des besoins multiples bénéficient quand même d'une réinsertion. En conséquence, depuis le milieu des années 1990, plusieurs projets-pilotes ont été menés, avec le concours de diverses parties prenantes et des formes variées de coordination financière. À partir de 1998, des lignes

directrices communes ont été formulées pour promouvoir la collaboration dans les mesures de réinsertion.

La loi sur la coordination financière des mesures de réinsertion, qui est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2004, se fonde sur les enseignements et les observations découlant de cette période. La coordination financière est volontaire et fait intervenir quatre parties prenantes : l'Agence d'assurance sociale, les conseils de comté, les comités de comté pour l'emploi et un ou plusieurs conseils municipaux. Les principaux objectifs sont :

- d'apporter une réponse plus efficace aux besoins individuels en termes de réinsertion et donc d'aider les bénéficiaires à reconstruire leur capacité d'exercer un métier rémunéré ;
- d'optimiser l'utilisation des moyens disponibles, en combinant en partie les ressources des quatre principaux acteurs et domaines de compétence.

Le groupe cible pour la coordination financière se compose de personnes qui ont besoin de mesures de réinsertion coordonnées émanant de plusieurs parties prenantes, dont la collaboration renforcera leur capacité de trouver un emploi rémunéré. D'après les estimations, ce groupe compte quelque 280 000 personnes, soit 5% de la population en âge de travailler (entre 20 et 64 ans, normalement). Les personnes qui nécessitent des interventions coordonnées peuvent être sujettes à diverses pathologies physiques ou mentales et/ou avoir des difficultés dans leur vie professionnelle ou sociale, voire, comme c'est souvent le cas, une combinaison de ces problèmes.

Les fonds destinés à financer les interventions coordonnées proviennent des parties concernées, qui contribuent à parts égales. La part des services publics nationaux est financée par l'Office des assurances sociales. L'« association de coordination » (où sont représentés les organismes partenaires) est une personne morale de droit public, qui définit les orientations et les objectifs, et finance les mesures de réinsertion.

1.3. Situation actuelle et perspectives

Des experts du ministère de la Santé et des Affaires sociales ont indiqué qu'en septembre 2006, quelque 41 associations de coordination avaient été établies, associant 80 municipalités et 12 comtés. Si elles ne sont pas plus nombreuses, c'est en raison de la nature volontaire du modèle, qui suppose que les quatre parties soient d'accord pour participer. En outre, le développement du modèle de coopération prend du temps, car il passe par des négociations (sur les lignes directrices, l'organisation, les procédures, les groupes cibles et les priorités). On prévoit que 10 autres associations de coordination seront créées dans les mois à venir.

En Suède, les pouvoirs publics ont le choix entre deux modèles de services de réinsertion : soit une coordination financière, soit une forme de coopération non financière plus informelle. Cette dernière peut aussi donner des résultats intéressants, mais elle n'a pas la structure et la cohérence qu'on trouve dans le modèle de coordination financière. Comme 23% de la population dépendent d'allocations, les autorités considèrent la coordination financière comme un facteur essentiel pour favoriser le retour au travail de personnes confrontées à des problèmes multiples. Le gouvernement suédois nouvellement élu estime qu'il faut plus de flexibilité : le système de coordination financière apparaît donc comme un outil important pour la réinsertion professionnelle.

Depuis 2003, un « Groupe de travail sur de nouvelles formes de coopération » surveille les résultats de la coopération et de la coordination financière. Par ailleurs, l'Agence suédoise de l'administration publique procède à une évaluation. Les résultats semblent indiquer que les activités s'inscrivent dans la ligne des objectifs définis par la législation, et que les associations ont des pratiques efficaces, mais les budgets, et donc la portée des interventions, varient beaucoup. On estime qu'il est trop tôt pour tirer des conclusions générales sur le succès du modèle. Un rapport d'évaluation finale sera publié en mai 2008.

2. Liens avec la politique et les stratégies de l'UE

La procédure d'évaluation par les pairs est un outil important de la méthode ouverte de coordination (MOC). En mars 2006, le Conseil européen a adopté un nouveau cadre pour le processus de protection sociale et d'inclusion sociale. L'application de la MOC dans les domaines de l'inclusion sociale et des pensions, et le processus de coordination en cours en matière de santé et de soins à long terme ont été intégrés dans la méthode ouverte de coordination pour la protection sociale et l'inclusion sociale.

L'un des principaux objectifs de la MOC est de promouvoir la cohésion sociale, l'égalité (entre les hommes et les femmes) et l'égalité des chances pour tous. Il devrait être réalisé grâce à des politiques d'inclusion et des systèmes de protection sociale efficaces, accessibles, appropriés, financièrement viables et adaptables. Ces politiques devraient en outre encourager la bonne gouvernance, la transparence et la participation des parties prenantes (à la conception, à la mise en œuvre et au suivi des politiques). Les grands objectifs dans le domaine de l'inclusion concernent :

- l'accès de tous aux ressources, aux droits et aux services nécessaires pour participer à la société ;
- l'inclusion sociale active de tous ;
- des politiques d'inclusion sociale bien coordonnées qui font intervenir tous les échelons des pouvoirs publics et l'ensemble des acteurs concernés, y compris les personnes en situation de pauvreté.

Par ailleurs, dans le contexte européen, on s'accorde généralement à reconnaître la nécessité de coordonner les actions des diverses parties prenantes. Dans le cadre de la Stratégie européenne d'inclusion, tous les organismes concernés devraient être mobilisés pour combattre la pauvreté et l'exclusion sociale. Pour ce faire, il faut encourager le dialogue et les partenariats entre tous les intervenants, publics et privés. La communication sur un nouvel élan pour la Stratégie de Lisbonne (*Travaillons ensemble pour la croissance et l'emploi*, 2005) insiste sur la participation de nombreux acteurs. Le retour au travail des personnes sans emploi ou inactives requiert une modernisation des systèmes de protection sociale. Dans son rapport *Inclusion sociale en Europe 2006*, la Commission européenne attire l'attention des États membres sur la nécessité « de développer des solutions intégrées et coordonnées aux multiples formes de désavantages afin d'assurer des synergies entre les différents domaines politiques identifiés dans les objectifs communs qui sous-tendent le processus d'inclusion sociale ».

Le projet Delta atteste que cet objectif de modernisation a déjà été défini et poursuivi depuis 1997, quand les premiers changements ont été introduits dans le cadre budgétaire et dans le contexte institutionnel (structures et procédures), en vue d'améliorer la coopération de divers acteurs qui ont tous des compétences dans le domaine de la réinsertion sociale.

L'évaluation par les pairs montre qu'à de nombreux égards le modèle suédois de coordination financière des efforts de réinsertion sociale tente de satisfaire aux critères de la MOC pour la protection sociale et l'inclusion sociale :

- a. Le modèle budgétaire, les missions ainsi que l'organisation du travail ont pour but de contribuer à améliorer la cohésion sociale des groupes les plus vulnérables de la société, en particulier les personnes confrontées à de multiples problèmes dans le domaine de l'emploi et de la santé. Les bénéficiaires qui, précédemment, ne recevaient pas les services dont ils avaient besoin, faute d'une organisation adéquate des responsabilités et des budgets, sont désormais approchés et pris en charge de façon plus directe ;
- b. Le modèle de coordination financière répond aux objectifs de transparence et de participation des diverses parties prenantes (notamment dans les domaines de la sécurité sociale, de l'emploi, de l'aide sociale et de la santé) à l'élaboration structurelle du projet. Non seulement, les partenaires contribuent au cadre financier et à l'organisation des opérations, mais ils interviennent aussi dans le développement et l'expérimentation de structures, de méthodes de travail et d'activités nouvelles. Diverses études d'évaluation ont permis aux bénéficiaires de faire entendre leur voix ;
- c. La coordination financière fait aussi intervenir des acteurs qui exercent leurs compétences à divers niveaux politiques (gouvernement national, comté, municipalité). Le modèle démontre qu'il est possible de mettre en place des structures financières communes pour des parties prenantes aux responsabilités variées ;
- d. Le modèle de coordination financière permet aussi de polariser les efforts sur l'un des groupes cibles mentionnés, puisque la communication de la Commission insiste notamment sur le fait que « des mesures sont également nécessaires pour les jeunes ». Plusieurs actions préventives déployées par le projet Delta s'adressent aux jeunes sans-emploi confrontés à de multiples problèmes (p.ex. des problèmes de santé mentale et de toxicodépendance) ;
- e. Les services publics qui dispensent des soins de santé sont aussi associés au modèle de coordination financière. Les évaluations des professionnels et des patients durant la mise en œuvre des nouvelles structures indiquent que l'accès a été amélioré pour des catégories de bénéficiaires qui ne recevaient pas les soins appropriés auparavant. Tous les participants, au sein de la structure de coordination, peuvent prendre l'initiative de suggérer des interventions dans le domaine des soins de santé pour leurs groupes cibles.

Lors de l'évaluation par les pairs, M. Hugues Feltesse, de la DG Emploi, affaires sociales et égalité des chances (Unité Inclusion, aspects sociopolitiques des migrations, intégration des politiques sociales), de la Commission européenne, a rappelé dans son allocution d'introduction que la mobilisation des acteurs locaux a aussi fait l'objet d'un précédent programme d'évaluation par les pairs en avril 2004, avec l'examen d'accords visant à stopper la ségrégation dans les zones urbaines vulnérables (voir <http://www.peer-review-social-inclusion.net/peer-reviews/2004/review-7>). C'est à présent la coopération interservices en vue de la réinsertion des personnes en interruption de carrière ou au chômage de longue durée qui est envisagée, en tenant compte des divers problèmes médicaux, physiques, psychologiques, sociaux et professionnels qu'il y a lieu de prendre en considération. Il a insisté sur la nécessité d'assurer une bonne coordination des politiques d'inclusion sociale et d'associer toutes les administrations et les acteurs concernés, y compris les personnes en situation de pauvreté ou d'exclusion sociale. Les thèmes abordés lors de cette évaluation par les pairs revêtent donc une importance cruciale pour la Commission européenne.

3. Bonne pratique : Services intégrés de réinsertion – coordination de l'organisation et du financement

3.1. Le projet Delta à Hisingen : quelques aspects organisationnels et financiers

L'association de coordination Delta sur l'île de Hisingen (ville de Göteborg) a été créée en 1997. Hisingen se compose de six districts, dont deux participent au modèle Delta. Delta a été lancé sous la forme d'un projet pilote dans le cadre de législation Socsam avant d'acquérir un statut permanent en 2005, avec la création de l'association de coordination Delta.

L'objectif du projet était de vérifier si la coordination des ressources contribuerait à soulager les souffrances des bénéficiaires et à réduire les coûts supportés par la communauté sous forme d'allocations de chômage ou de prestations de la sécurité sociale.

Quelques adaptations ont été apportées à la structure organisationnelle à la suite d'une évaluation en 2001. Actuellement, l'organisation du modèle Delta inclut divers acteurs et structures :

- a. Le *comité de l'association de coordination*, qui réunit des représentants du Comité du comté de Västra pour l'emploi, du Conseil de Göteborg, du Conseil du comté de Västra et de l'Agence d'assurance sociale de Västra. Toutes les institutions qui siègent au comité contribuent au budget à parts égales. La part des services publics nationaux est financée par l'Office des assurances sociales. Le comité définit les priorités et alloue le budget aux activités nouvelles ou existantes ;
- b. Une *commission de rédaction*, composée d'administrateurs locaux, est chargée de préparer les points examinés par le comité de direction, et s'occupe également d'autres questions politiques. La commission donne aussi des avis sur de nouvelles idées proposées par des responsables de différents services ;

- c. Le *secrétariat* du comité, qui se compose actuellement d'un responsable, d'un « facilitateur » et d'une autre personne (employée à mi-temps), se charge des activités de suivi. L'objectif est de limiter les formalités administratives au strict minimum, de garantir la prise de décision dans des délais aussi brefs que possible et de faire en sorte que les responsables de Delta restent proches des réalités du terrain ;
- d. En outre, des *groupes Delta* peuvent opérer dans les différents districts. Ils se composent d'agents des administrations partenaires. Leur rôle est de mieux cerner les besoins des habitants de chaque district qui n'ont pu être satisfaits par des actions isolées des administrations compétentes.

Durant la phase initiale du modèle, on a consacré beaucoup de temps au processus d'information et au lancement de projets. Une autre stratégie, appliquée dès le début, porte le nom de procédure de « Connaissance Delta » : elle prévoit que chaque nouvelle mesure ou intervention dans le cadre du modèle Delta doit être précédée d'une étude approfondie, associant toutes les administrations concernées. Cette stratégie poursuit un double objectif : créer un ensemble de valeurs partagées, une approche commune basée sur les besoins et les attentes des habitants de Hisingen, et garantir que chaque mesure, activité ou projet se fonde – autant que possible – sur des connaissances et des expériences communes.

Le budget du modèle Delta est d'environ 4,7 millions d'euros (2006). La plus grande partie est allouée aux activités (3,7 millions), tandis que les fonds dévolus aux nouveaux projets (0,5 million), à la procédure de Connaissance Delta (0,3 million) et à l'organisation (association et secrétariat, 0,2 million) couvrent le reste.

3.2. Groupes cibles et activités

Hisingen a une population de 125 000 habitants, dont 78 000 environ en âge de travailler. Quelque 15 000 d'entre eux sont chômeurs, invalides ou allocataires sociaux. Le modèle Delta concentre ses efforts sur les bénéficiaires que les parties prenantes n'ont pas été en mesure de réinsérer efficacement en intervenant seules. Actuellement, chaque année, quelque 4 000 habitants de Hisingen sont concernés par les activités de Delta. Les difficultés qu'ils rencontrent se rapportent principalement à des désordres psychologiques, à des troubles musculo-squelettiques, à des problèmes sociaux complexes ou à une incapacité de travail de longue durée. Les groupes cibles incluent des personnes qui touchent des indemnités de maladie ou des allocations de chômage, des jeunes souffrant de problèmes psychologiques, des jeunes femmes et des mères célibataires, ainsi que des immigrants et des réfugiés qui sont exclus du marché de l'emploi.

Les activités en cours dans le cadre de Delta se répartissent entre trois catégories :

- a. *Les activités préventives et promotionnelles*, qui concernent les interventions visant à prévenir les absences dues à la maladie, combattre l'exclusion sociale et aider les gens à trouver leur place dans la société suédoise. Les interventions et les méthodes de travail incluent des entretiens et des discussions, des séances thématiques, des activités de groupe, la diffusion d'informations et l'éducation ;
- b. *Les activités socio-médicales* ont pour but de réduire les délais d'attente et d'écourter les traitements pour accélérer le retour au travail et la réinsertion. Elles contribuent en outre à diminuer les coûts des systèmes publics de protection sociale et à renforcer les compétences professionnelles. Les activités sont menées par des équipes pluridisciplinaires dans six centres de soins de santé primaires ;
- c. *Les activités relatives à l'emploi* sont destinées à accélérer le retour à l'emploi ou à raccourcir les délais de prise en charge par le bon programme de réinsertion. Les interventions permettent aussi de réduire la passivité des participants et de renforcer leur confiance en soi. La Place du marché de l'emploi (Arbetsmarknadstorget) en est un exemple. Cette initiative est gérée par les services sociaux et le bureau du Service public de l'emploi : ils partagent les mêmes locaux et ont un bureau d'accueil commun. La Place du marché de l'emploi s'adresse aux jeunes sans emploi qui dépendent de l'aide sociale, ou à d'autres catégories de personnes très éloignées du marché du travail.

Les activités menées dans le cadre du modèle de coordination financière sont sans rapport avec les décisions prises concernant l'octroi d'allocations dans les cas individuels. Ces décisions sont prises par chaque responsable dans l'exercice de ses fonctions ordinaires d'administration publique, p.ex. dans le cadre des services sociaux.

3.3. Évaluations

Une évaluation de Delta menée par l'université de Göteborg (2001) a montré que souvent, les pouvoirs publics ne parviennent pas à organiser des interventions pour les personnes qui requièrent des mesures de réinsertion coordonnées, faute de temps, de coopération et d'attitudes communes.

L'étude a fait apparaître que le modèle de coordination financière est en mesure de créer ce genre de responsabilité commune et d'assurer la cohérence et la continuité des activités pour les bénéficiaires confrontés à des problèmes multiples. Elle a aussi établi que le modèle a une incidence favorable sur les dépenses publiques en termes d'indemnités de maladie et de prestations sociales, etc. La nouvelle structure organisationnelle et collaborative, ainsi que les procédures mises en place ont permis aux services participants d'acquérir de nouvelles compétences et connaissances. Ces changements ont introduit une autre façon de travailler, où les décisions sont prises sur la base d'une approche commune, grâce à de nouvelles procédures de communication. L'expérience professionnelle acquise a aussi produit de nouvelles idées pour aller à la rencontre des bénéficiaires et leur fournir des soins ou des services de réinsertion. Les activités sont accueillies favorablement par les personnes concernées, qui ont le sentiment d'être prises au sérieux et traitées avec respect.

D'un autre côté, des recherches complémentaires – axées spécifiquement sur les personnes souffrant de troubles musculo-squelettiques – n'ont pas permis de mettre en évidence une amélioration de la santé ou une réduction des absences au travail pour cause de maladie. Malgré les innovations apportées dans les procédures et les méthodes de travail, les centres de soins primaires de Delta dispensent aux patients le même genre de traitement et de réadaptation que les centres de contrôle sanitaires. Les résultats n'ont fait ressortir aucune différence entre les groupes en termes d'état de santé.

Enfin, une analyse de l'effet de Delta sur l'évolution des coûts supportés par les systèmes publics de garanties de revenu a fait apparaître une tendance à la baisse des dépenses publiques à Hisingen. Selon une évaluation nationale (sur une période de 1997 à 2004), les interventions coordonnées ont été renforcées, avec des résultats favorables à Hisingen, en termes de réduction des indemnités de maladie, des prestations de sécurité sociale et des congés de maladie de longue durée.

4. Intérêt et transférabilité

4.1. Introduction

Au cours de la dernière décennie, des efforts ont été consentis dans divers pays afin d'offrir des services mieux adaptés et plus efficaces aux personnes qui dépendent d'indemnités de maladie, de pensions d'invalidité ou d'allocations de chômage. Leur objectif est d'améliorer l'employabilité et le niveau d'emploi dans les groupes vulnérables, au moyen de stratégies variées comme des interventions précoces et personnalisées, des services basés sur la demande, ou une amélioration de la planification et de la coordination des services fournis. L'exemple du modèle Delta relève de cette dernière catégorie, qui s'adresse aux personnes dont les besoins demeurent insatisfaits, faute d'une action coordonnée des diverses administrations censées intervenir dans leur cas.

Des représentants de plusieurs pays pairs ont soumis des rapports sur des initiatives mises en place pour améliorer la coopération entre les mesures prises par différents intervenants, ou pour remédier à la discontinuité des services pour les bénéficiaires confrontés à de multiples problèmes. Il apparaît que ces nouvelles structures peuvent faire intervenir plusieurs sortes de montages institutionnels et mobiliser diverses parties prenantes. Le plus souvent, les acteurs qui participent à des modèles de coopération structurelle sont les administrations chargées de dispenser des indemnités et d'offrir des services d'insertion, à savoir les agences d'assurance sociale et l'administration de l'emploi (p.ex. en Norvège, aux Pays-Bas, au Royaume-Uni). Cette structure de base est parfois élargie pour inclure les services de santé, mais il s'agit là d'une formule moins souvent appliquée, qui fait actuellement l'objet d'études-pilotes au Royaume-Uni, notamment. Le modèle Delta apparaît comme l'exemple le plus intensif et le plus étendu de coordination plurilatérale, dans la mesure où les municipalités sont également parties prenantes.

Les expériences et les enseignements du modèle de Hisingen ont donc suscité un vif intérêt, encore renforcé par le fait que les activités ont été bien documentées et évaluées. La visite sur place et les discussions avec les responsables, les questions et réponses, ainsi que l'échange d'expériences ont contribué à alimenter un fructueux débat sur l'impact et la transférabilité de cette pratique.

4.2 Commentaires des représentants des pays pairs

Les représentants de l'**Irlande** ont indiqué que leur gouvernement souhaitait améliorer la coopération entre ses administrations afin d'offrir de meilleurs services aux personnes handicapées. On dénombre par ailleurs de nombreux exemples de coopération efficace au niveau local, qui encouragent les autorités à s'en inspirer à l'échelon national. Il arrive cependant qu'on se trouve confronté à la situation opposée : certaines régions se caractérisent encore par une absence de coopération, des doubles emplois et un manque de continuité entre les services.

Depuis 2003, une « approche multi-agences » a été lancée, avec des équipes interservices, composées de membres de l'administration publique de l'emploi, de la protection sociale et des services d'éducation et de santé. L'évaluation de ce modèle (en 2004) a mis en évidence des résultats favorables, comme une meilleure communication entre les administrations participantes, une meilleure connaissance des services offerts et de l'expertise disponible, ainsi qu'un soutien intégré aux bénéficiaires. Des problèmes ont aussi été constatés : ils concernent des disparités régionales en termes de coopération, des formalités administratives plus lourdes et une couverture incomplète des services dispensés. Des conflits de compétences se posent aussi, laissant apparaître certaines ambiguïtés quand il s'agit de déterminer quel intervenant est responsable d'un dossier en particulier.

Ces expériences ont donné lieu à quelques questions à propos de l'approche de Delta, notamment en ce qui concerne le processus de mise en œuvre (p.ex., comment créer un ensemble de valeurs communes ? comment les conflits sont-ils résolus ?), les relations avec d'autres intervenants potentiels (ONG, employeurs, organisations syndicales) et le contrôle de la qualité (quelles sont les conclusions tirées lorsque les évaluations ne font guère ressortir de différences entre les services fournis par Delta et par d'autres structures ?).

Le représentant des **Pays-Bas** a reconnu la nécessité d'une meilleure coopération entre les acteurs chargés de fournir les services. À cet égard, certaines réformes ont aussi été introduites aux Pays-Bas, mais les parties concernées sont moins nombreuses qu'en Suède. Les principaux acteurs, qui disposent de plus en plus souvent de locaux communs, avec un seul bureau d'accueil, sont l'agence d'assurance sociale et l'administration publique de l'emploi. Le délégué a remarqué que la politique hollandaise privilégie davantage les mesures d'incitations (financières) pour les diverses parties concernées : employeurs, demandeurs d'emploi, services (privés) de placement et de réinsertion professionnelle et prestataires de services publics. Par exemple : quand une municipalité parvient à favoriser efficacement le retour au travail d'allocataires sociaux, une partie des prestations économisées peut être ajoutée au budget municipal. Et avant que des indemnités de maladie ne soient versées à un travailleur, l'employeur est tenu de continuer à payer son salaire pour une période de deux ans au maximum, ce qui encourage les entreprises à prendre des mesures en faveur du retour au travail. Certains problèmes opérationnels ont été constatés aux Pays-Bas lors de la mise en place des

initiatives de coopération entre les parties prenantes, notamment des difficultés techniques ou informatiques concernant le transfert des dossiers (au départ, les intervenants n'avaient pas accès aux données des autres services).

Dans l'optique de la **Norvège**, le modèle Delta paraît très intéressant, bien que les problèmes y soient d'un genre un peu différent (faible taux de chômage, mais absentéisme élevé pour cause de maladie et pourcentage important de personnes qui dépendent de pensions d'invalidité). Les représentants norvégiens ont décrit dans les grandes lignes l'accord passé entre les organisations patronales, les syndicats et le gouvernement en vue de lutter contre l'absentéisme et de favoriser le recrutement de personnes qui ont une capacité de travail réduite. Par ailleurs, la nouvelle administration de l'emploi et de la protection sociale a été instituée (en 2006) pour regrouper trois types d'intervenants : les services publics de l'emploi, les agences d'assurance sociale et les services sociaux municipaux. À l'échelon local, cette fusion permettra aux bénéficiaires de disposer d'un « guichet unique ». Les premières expériences montrent qu'il faut changer non seulement les structures organisationnelles, mais aussi les procédures opérationnelles quand on s'adresse à des groupes cibles spécifiques (p.ex. pour faciliter le retour au travail de personnes qui touchent une pension d'invalidité). On s'emploie également à tester diverses structures au niveau local, p.ex. en intégrant de nouvelles tâches dans une structure existante, en créant une nouvelle organisation pour mener à bien des projets ou en mettant en place des réseaux. Cette dernière formule paraît être la plus efficace, mais les évaluations sont encore en cours. Les expériences tentées en Norvège attestent de l'intérêt de la participation des employeurs et du rôle que les normes informelles peuvent jouer au sein du personnel des entreprises en ce qui concerne le recrutement de personnes handicapées. D'après les témoignages de personnes affectées par certaines catégories de handicap, il peut aussi arriver que leur souhait de rester dans la vie active soit « outrepassé » par les autorités médicales ou par des fonctionnaires de la sécurité sociale. Enfin, les représentants norvégiens ont précisé que des questions peuvent se poser quant aux moyens de garantir une coopération à long terme, ce qui s'avère difficile dans leur pays.

Les représentants de la **Pologne** ont aussi insisté sur la nécessité d'une meilleure coopération entre les prestataires de services dans leur pays. Ce qu'ils retiennent surtout de l'expérience suédoise, c'est qu'elle encourage les parties prenantes à réfléchir au développement local de la fourniture des services. La coopération entre plusieurs intervenants (sécurité sociale, services de santé et agences pour l'emploi) n'a jusqu'à présent guère donné de résultats satisfaisants en Pologne.

Au **Royaume-Uni** aussi, diverses expériences ont été tentées afin d'améliorer la coopération dans la fourniture de services aux personnes malades ou handicapées. Dans le cadre de l'initiative JobcentrePlus, des modèles de services ont été combinés, tandis que pour le projet-pilote Pathways to Work, les services de la sécurité sociale peuvent demander la fourniture de soins de santé. Le document britannique rassemble quelques questions et enseignements tirés de ces expériences. Il s'avère notamment difficile de procéder à une évaluation fiable de ce genre de projets. Le modèle Delta, tel qu'il existe dans les conditions présentes, ne serait guère applicable au Royaume-Uni, où le système est plus centralisé. En outre, le représentant britannique s'interroge sur les critères d'évaluation de l'expérience de Hisingen : les opinions positives des bénéficiaires et des prestataires de services ne constitueraient pas une base suffisante pour des évaluations favorables au Royaume-Uni, dès lors que l'impact sur le retour au travail n'est pas démontré.

Le représentant de la **Grèce** a indiqué que la fourniture de services dans son pays se heurte à certains problèmes administratifs fondamentaux, et la coordination des divers organismes concernés n'est donc pas une priorité. Le pays a un système de sécurité sociale très complexe, où les départements responsables de la santé et de l'emploi sont totalement cloisonnés. Qui plus est, de nombreuses personnes n'ont pas connaissance de leurs droits, et le fonctionnement des programmes d'inclusion sociale dépend largement des fonds considérables alloués par l'UE.

Les représentants de la **Bulgarie** ont précisé que, dans leur pays, diverses mesures ont été prises pour favoriser l'emploi et l'égalité de traitement des personnes handicapées. Les mesures d'encouragement qui s'adressent aux employeurs constituent un outil important. Ces actions sont principalement du ressort des bureaux de l'emploi. Les représentants bulgares n'ont pas fait mention d'initiatives destinées à améliorer la fourniture des services en renforçant la coopération.

4.3 Commentaires des organisations européennes

Le représentant du Réseau social européen (ESN, un réseau regroupant les directeurs des services sociaux dans 24 pays d'Europe) a présenté les commentaires des membres d'ESN et de son réseau thématique sur l'inclusion. Il a mentionné trois aspects qui suscitent des questions à propos du système Delta : la priorité à donner aux bénéficiaires, les problèmes du fonctionnement inter-agence et les intervenants manquants – les employeurs et les syndicats.

Dans la mesure où les bénéficiaires sont les premiers concernés et forment le groupe cible pour lequel les services sont réorganisés, leurs opinions doivent jouer un rôle prépondérant. Actuellement, le modèle semble se fonder principalement sur les besoins des bénéficiaires tels qu'ils sont perçus par l'équipe.

La coordination inter-agence peut certainement avoir une réelle valeur ajoutée, surtout pour les personnes confrontées à des problèmes multiples et complexes. Cela suppose que l'on trouve les réponses appropriées aux besoins des bénéficiaires, non seulement parmi les services mais aussi au sein des services. Une bonne coordination va bien au-delà du simple fait de regrouper le personnel dans les mêmes locaux ou de partager les budgets. Elle passe également par une formation conjointe des responsables et des agents de diverses institutions.

L'absence de l'employeur comme intervenant dans le modèle a aussi été relevée : le retour au travail dépend également des bonnes relations avec les employeurs. En outre, une collaboration plus étroite avec les employeurs locaux pourrait permettre à Delta de cerner d'éventuelles pénuries de compétences et de contribuer à y remédier, en créant des emplois subventionnés, en finançant l'adaptation des lieux de travail et en faisant mieux connaître ses propres services.

Enfin, les membres d'ESN s'interrogeaient sur certains aspects de la coordination financière : Qui est responsable, en définitive ? Comment les conflits sont-ils réglés ? Qui détermine les orientations et les priorités ? Et quels sont les indicateurs de performances utilisés ?

La représentante de la *Fédération européenne travaillant avec les sans-abri* (FEANTSA) a d'abord observé que le groupe cible de Delta présente des points communs avec les sans-abri dont s'occupe la FEANTSA, qui connaissent souvent des problèmes sociaux et sanitaires multiples. Par conséquent, pour la FEANTSA, le modèle de coordination est tout à fait digne d'intérêt, d'autant que les sans-abri ont eux-mêmes affaire à des organisations qui n'ont généralement pas de perspectives intégrées et s'en tiennent à leurs propres domaines de compétences. Souvent, par exemple, des sans-abri sortent de centres de soins sans qu'aucun suivi ne soit prévu pour leur prise en charge par la sécurité sociale.

Les points forts qu'elle relève dans le modèle Delta – du point de vue des sans-abri – sont la réduction des obstacles administratifs, la promotion et la mise en œuvre d'une action coordonnée et la volonté affirmée de coopérer, qui sous-tend la continuité de l'initiative.

La première question mise en avant concernant le modèle Delta concerne le rôle des ONG : dans de nombreux États, elles sont en première ligne pour tenter d'apporter des réponses au problème des sans-abri. En outre, dans plusieurs pays, les pouvoirs publics s'en remettent de plus en plus aux ONG pour dispenser les services nécessaires dans ce domaine. En conséquence, on peut se demander si des ONG ne devraient pas être associées à la structure de Delta.

D'autres éclaircissements étaient souhaités concernant le rôle de Delta à propos des problèmes de logement, car c'est un aspect important des activités d'inclusion sociale. Enfin, une question soulevée avait trait à la préoccupation principale de Delta, qui paraît être uniquement la réinsertion sur le marché du travail. L'intégration sociale ne devrait pas se polariser seulement sur l'emploi, mais aussi sur l'employabilité, qui nécessite parfois l'acquisition de compétences pour privilégier le long terme plutôt qu'un retour immédiat au travail.

4.4. Transférabilité

Les représentants de la plupart des pays pairs ont reconnu que la fourniture de services de réinsertion aux personnes les plus durement touchées par l'exclusion sociale est une priorité importante. Une solution consiste à mieux coordonner les efforts d'intervenants qui ont des domaines de compétences différents mais s'occupent des mêmes bénéficiaires. De nombreux pays ont essayé des solutions qui font intervenir diverses structures de coordination, de l'amélioration des canaux d'information et de communication à la fusion des services administratifs, en passant par la création de guichets uniques, où le bénéficiaire est en contact avec un seul agent ou consultant. En outre, les pays ont opté pour des formes de collaboration plus ou moins contraignantes, qui vont de la coopération à l'échelon local (Pologne) à la fusion pure et simple des administrations au niveau national (Irlande).

Certains participants (p.ex. les représentants norvégiens et britanniques) nourrissaient des doutes sur les possibilités d'application de la coordination financière dans le pays. Leur administration est plus centralisée que le système suédois, où les comtés et les municipalités ont une autonomie financière considérable. Néanmoins, le modèle du projet Delta apporte des enseignements utiles pour chaque pays sur la coopération au quotidien dans la fourniture des services. L'expérience de Delta a aussi démontré que des initiatives partant de la base en vue d'offrir de nouveaux services aux bénéficiaires peuvent être développées, assimilées et intégrées dans les activités existantes.

Eu égard au rôle important des employeurs dans le processus de réinsertion professionnelle, on s'est demandé comment s'assurer de leur participation. Delta prête aussi une grande attention aux employeurs, qui sont invités à des réunions informelles (auxquelles ils assistent) et qui sont approchés par l'équipe de Delta dans certains cas particuliers. Dans la plupart des pays pairs, la participation de l'employeur, en dehors de ses obligations légales, est une source de préoccupation. Plusieurs pays (Norvège, Suède et Pays-Bas) ont envisagé l'obligation de prévoir un plan de retour au travail (après 6 à 8 semaines d'absence pour cause de maladie), mais les résultats ne semblent pas satisfaisants.

Certains représentants privilégient le rôle des ONG dans les modèles de coopération avec diverses parties prenantes. En Pologne, par exemple, des ONG sont associées comme partenaires à un projet mené au niveau local, en vue de développer l'emploi des personnes handicapées. Les représentants suédois ont indiqué que, dans leur pays, les ONG n'interviennent généralement pas dans la fourniture de services. À en juger par les réactions des représentants d'autres pays pairs, il apparaît clairement que les ONG peuvent remplir différentes missions de consultance sur les politiques de réinsertion, défendre les intérêts de certains bénéficiaires ou contribuer à la fourniture de services.

Plusieurs participants avaient déjà une idée assez claire des délais de mise en œuvre de nouvelles structures de collaboration. Si le degré de coopération ordinaire ou non structurée est faible au départ et ne porte guère de fruits, la mise en place d'une nouvelle structure de collaboration se révèle souvent longue. Le système suédois de coordination financière s'est déployé sur une période de temps assez étendue et a donc permis l'introduction d'un changement progressif dans les mentalités et les méthodes de travail. Comme l'a indiqué le représentant du Royaume-Uni, les participants qui s'occupent des soins de santé (médecins et personnel hospitalier) sont souvent considérés comme notoirement peu disposés à adapter leurs pratiques professionnelles. Delta semble avoir réussi à obtenir un changement d'attitude de la part des responsables des centres de soin.

De l'avis général, Delta est un exemple innovant de bonne pratique, bien que le projet puisse être difficile à introduire dans des pays aux structures d'assistance et de soutien centralisées. La coordination financière facilite la coopération des prestataires de services et l'expérience de Delta démontre que la mise en œuvre de structures collaboratives et de méthodes de travail communes peut véritablement favoriser la réinsertion de personnes confrontées à des problèmes multiples. La motivation et l'enthousiasme de l'équipe de Delta à Hisingen sont aussi des facteurs de succès déterminants.

5. Conclusions et enseignements

La politique évaluée à Göteborg concerne la coordination financière au niveau local entre quatre parties prenantes : les caisses d'assurance sociale, les systèmes de soins de santé primaires, les services sociaux municipaux, et les bureaux de placement. La coordination financière vise à améliorer la fourniture de services aux personnes qui dépendent d'indemnités de maladie, aux chômeurs, aux jeunes qui souffrent de problèmes psychologiques, aux jeunes femmes et aux mères célibataires, ainsi qu'aux immigrants et aux réfugiés qui sont exclus du marché de l'emploi.

La réunion d'évaluation par les pairs a conclu que Delta offre un exemple innovant de bonne pratique. L'expérience, qui s'étend sur plus de dix années, est riche d'enseignements sur le développement, la mise en œuvre et l'administration de ce modèle de coopération. Ils peuvent alimenter d'autres réflexions sur le développement de meilleures structures de prestation de services pour des personnes confrontées à des problèmes multiples qui requièrent des efforts de réinsertion appropriés.

Les enseignements du modèle suédois se rapportent aussi bien à un principe fondamental (à savoir l'applicabilité de la coordination *financière* dans un pays aux structures de financement et d'administration politique essentiellement *décentralisées*) qu'à divers aspects de la conception et de la mise en œuvre de structures de coopération :

- a. La fourniture de services coordonnés ou intégrés s'avère plus performante pour identifier et satisfaire les besoins ou les attentes des personnes confrontées à des problèmes complexes, par comparaison aux efforts isolés des parties prenantes, lorsqu'elles se polarisent sur leurs compétences et responsabilités actuelles. L'approche de Delta permet une adaptation des programmes de réinsertion sur le terrain, car le travail quotidien des équipes pluridisciplinaires permet de prendre conscience des besoins qui ne sont pas pleinement satisfaits par les efforts isolés des partenaires.
- b. La préparation et la mise en œuvre de structures de coopération réclame un calendrier approprié, qui permet l'instauration d'un véritable changement. C'est une erreur de compter sur des résultats avec des mesures à court terme introduites « entre les élections » alors qu'une adaptation des structures, des compétences et des méthodes de travail, ainsi qu'une évolution culturelle à long terme sont nécessaires.
- c. Si les politiques de réinsertion coordonnées sont appliquées à l'échelon local, une structure de soutien au niveau national est indispensable pour développer de nouveaux montages institutionnels. L'échange d'expériences entre diverses régions qui recourent à des modèles de coordination financière a été très utile dans les situations où le processus commence à être déployé.
- d. L'expérimentation et la mise en œuvre de structures de coordination requièrent en outre un suivi constant et des évaluations régulières. Le projet suédois a fait l'objet de contrôles systématiques. Toutefois, les conditions du succès appellent peut-être encore un peu plus d'attention. Le taux de satisfaction des bénéficiaires, l'opinion des membres de l'équipe et l'évolution des dépenses publiques en termes d'allocations sociales dénotent des résultats favorables, mais on a aussi constaté que certaines méthodes de travail nouvelles ne laissent guère apparaître de changements significatifs (en l'état actuel des choses) dans les soins médicaux et les interventions.