

N° 656

SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2013-2014

Enregistré à la Présidence du Sénat le 25 juin 2014

RAPPORT D'INFORMATION

FAIT

*au nom de la commission des affaires sociales (1) sur les **conséquences de la crise sur le système de protection sociale espagnol,***

Par Mme Annie DAVID, M. Gilbert BARBIER, Mme Laurence COHEN et M. Gérard ROCHE,

Sénateurs.

(1) Cette commission est composée de : Mme Annie David, *présidente* ; M. Yves Daudigny, *rapporteur général* ; M. Jacky Le Menn, Mme Catherine Génisson, MM. Jean-Pierre Godefroy, Claude Jeannerot, Alain Milon, Mme Isabelle Debré, MM. Jean-Marie Vanlerenberghe, Gilbert Barbier, Mme Catherine Deroche, *vice-présidents* ; Mmes Claire-Lise Campion, Aline Archimbaud, MM. Marc Laménie, Jean-Noël Cardoux, *secrétaires* ; Mme Jacqueline Alquier, M. Jean-Paul Amoudry, Mmes Françoise Boog, Patricia Bordas, Natacha Bouchart, Marie-Thérèse Bruguière, Caroline Cayeux, M. Bernard Cazeau, Mmes Karine Claireaux, Laurence Cohen, Christiane Demontès, MM. Gérard Dériot, Jean Desessard, Mmes Muguette Dini, Anne Emery-Dumas, MM. Guy Fischer, Michel Fontaine, Mme Samia Ghali, M. Bruno Gilles, Mmes Colette Giudicelli, Christiane Hummel, M. Jean-François Husson, Mme Christiane Kammermann, MM. Ronan Kerdraon, Georges Labazée, Jean-Claude Leroy, Gérard Longuet, Hervé Marseille, Mmes Michelle Meunier, Isabelle Pasquet, MM. Louis Pinton, Hervé Poher, Mmes Gisèle Printz, Catherine Procaccia, MM. Henri de Raincourt, Gérard Roche, René-Paul Savary, Mme Patricia Schillinger, MM. François Vendasi, Michel Vergoz, Dominique Watrin.

SOMMAIRE

	<u>Pages</u>
AVANT-PROPOS	5
I. LA PROTECTION SOCIALE ESPAGNOLE : UN SYSTÈME RELATIVEMENT JEUNE, DONT LA MISE EN ŒUVRE EST FORTEMENT DÉCENTRALISÉE	7
A. UN SYSTÈME QUI NE S'EST VÉRITABLEMENT DÉVELOPPÉ QU' AU COURS DES TROIS DERNIÈRES DÉCENNIES	7
B. UNE ORGANISATION INSTITUTIONNELLE ET TERRITORIALE FORTEMENT DÉCENTRALISÉE	9
II. UN SYSTÈME FORTEMENT MIS À CONTRIBUTION PAR DES MESURES DE RIGUEUR	12
1. <i>Une forte baisse du nombre d'actifs cotisants dans le contexte de crise</i>	12
2. <i>La révision du cadre de régulation des finances sociales</i>	13
3. <i>Des mesures d'économies dans toutes les branches de la protection sociale</i>	16
a) <i>Marché du travail et prestations chômage</i>	16
b) <i>Les retraites</i>	17
c) <i>Réforme des prestations familiales</i>	18
d) <i>Prise en charge de la dépendance</i>	18
e) <i>La santé</i>	18
III. UNE DÉFIANCE CROISSANTE ENVERS LA CAPACITÉ DU SYSTÈME À REMPLIR SES OBJECTIFS	20
1. <i>Une nette dégradation de la situation sociale</i>	20
a) <i>L'accroissement des situations de pauvreté</i>	20
b) <i>L'exacerbation des tensions et des inégalités territoriales dans le domaine social</i>	23
2. <i>L'accentuation des déséquilibres du système de protection sociale</i>	23
TRAVAUX DE LA MISSION	27
LISTE DES PERSONNES RENCONTRÉES	37

Mesdames, Messieurs,

Une délégation de votre commission, conduite par Annie David, présidente, et dont étaient membres Gilbert Barbier, Laurence Cohen et Gérard Roche, s'est rendue en Espagne du 21 au 25 avril 2014 dans l'objectif de prendre la mesure des conséquences de la crise sur le système de protection sociale espagnol.

Le choix de ce pays parmi les voisins directs de la France s'est imposé comme une évidence : l'Espagne est en effet celui qui a été le plus profondément touché par les turbulences économiques et financières des dernières années, subissant les effets cumulés de l'éclatement de la bulle immobilière, de la crise financière internationale puis de celle des dettes souveraines. Sous la pression des marchés et à l'appel des institutions communautaires et internationales, le gouvernement espagnol a adopté d'importantes mesures d'austérité budgétaire et engagé de nombreuses réformes structurelles qui ont fortement mis à contribution les dépenses de protection sociale tout en suscitant d'importantes et durables contestations.

La constitution de l'Etat-providence espagnol a permis en l'espace d'une trentaine d'années la mise en place d'un nouveau modèle de protection fondé sur un réseau de services de proximité ainsi qu'une plus grande participation de la société civile aux politiques sociales. Un système de santé et de retraite de qualité a pu s'imposer. En subissant de plein fouet les conséquences de la crise, il a cependant vu son développement fortement contrarié, l'universalisation et la généralisation des prestations sociales à l'ensemble de la population n'ayant pu être achevées. Le gouvernement est revenu sur bon nombre d'innovations qui avaient vu le jour dans les années d'avant-crise, en particulier en matière de couverture du risque de dépendance dans une société pourtant concernée de très près par le vieillissement démographique.

Avec le maintien de taux de chômage et de pauvreté élevés malgré les améliorations récentes de la situation budgétaire du pays, le système tarde à retrouver les ressources qui avaient permis son formidable développement après la transition démocratique, tandis que la question de la coordination et de rééquilibrage territorial des politiques sociales demeure toujours très prégnante.

Pour mieux appréhender ces enjeux, la délégation a pu s'entretenir avec de nombreux acteurs institutionnels du champ social : responsables politiques de la majorité et de l'opposition, en particulier de la commission de la santé et des services sociaux du Sénat espagnol, partenaires sociaux, services ministériels, associations.

Compte tenu de l'importance revêtue par les échelons territoriaux dans ce domaine, il lui a également paru indispensable d'aller à la rencontre des acteurs locaux. C'est pourquoi elle s'est rendue à Parla, une ville de 120 000 habitants située en périphérie de Madrid, où elle a pu s'entretenir avec le maire et le responsable du centre d'action sociale, ainsi qu'à Tolède, où elle a rencontré les responsables de la mairie et du ministère régional de la santé et des services sociaux du gouvernement de la communauté autonome de Castille-la-Manche.

Au terme de ce déplacement, la délégation remercie vivement l'ensemble des personnes qui l'ont reçue pour l'accueil que celles-ci lui ont réservé et le temps qu'elles lui ont consacré. Elle tient également à souligner la parfaite information que ses hôtes ont su lui procurer ainsi que le concours particulièrement actif de l'ambassade de France à Madrid pour l'organisation et le bon déroulement de la mission.

I. LA PROTECTION SOCIALE ESPAGNOLE : UN SYSTÈME RELATIVEMENT JEUNE, DONT LA MISE EN ŒUVRE EST FORTEMENT DÉCENTRALISÉE

A. UN SYSTÈME QUI NE S'EST VÉRITABLEMENT DÉVELOPPÉ QU'AU COURS DES TROIS DERNIÈRES DÉCENNIES

Par comparaison avec d'autres pays européens comme la France ou le Royaume-Uni, la construction d'un Etat-providence constitue un fait historique relativement récent en Espagne.

S'il existait, avant la Guerre civile, un ensemble d'assurances sociales couvrant certains risques (accidents du travail dès 1900 ; assurance vieillesse en 1919 ; assurance maternité à compter de 1923), puis, pendant la période du franquisme, un ensemble de mutuelles spécifiques à chaque secteur de production¹, aucun système unifié de sécurité sociale n'a vu le jour avant la loi générale de sécurité sociale de 1966 qui prévoit pour la première fois une couverture de l'ensemble des travailleurs obligatoirement affiliés et de leur famille.

Sur ces fondements, le système de protection sociale espagnol actuel ne s'est réellement développé qu'à partir de la seconde moitié des années 1970 avant d'être consolidé à la fin des années 1980 concomitamment avec l'adhésion de l'Espagne à l'Union européenne en 1986. **Il a en effet pris son essor après la transition démocratique, à la faveur de trente années de croissance économique (1977-2007) caractérisées par une intense reconversion industrielle et une forte augmentation des demandes sociales** en faveur d'une amélioration de la protection sociale.

A partir de 1977 s'est ainsi progressivement déployé, aux côtés des structures traditionnelles de la sécurité sociale liées au marché du travail et du rôle toujours central de la famille, le système sanitaire et de retraites tandis que des progrès étaient réalisés en matière de protection sociale des chômeurs, d'aide sociale et de revenus minimaux.

Entre 1996 et jusqu'en 2007, la protection sociale a été élargie par étapes à de nouvelles catégories d'assurés comme les personnes en situation de dépendance ou les personnes immigrées et de nouvelles réformes ont vu le jour, en particulier en matière d'égalité et de prise en charge de la perte d'autonomie.

¹ *Les mutualidades laborales.*

Les grandes dates du développement de l'Etat-providence espagnol

- **1978** : adoption de la Constitution espagnole dont l'article 41 prévoit que « *les pouvoirs publics assureront à tous les citoyens un régime public de sécurité sociale garantissant une assistance et des prestations sociales suffisantes dans les cas de nécessité et, tout particulièrement, de chômage. L'assistance et les prestations complémentaires seront facultatives* ». Son article 43 reconnaît à tous les citoyens un droit à la protection de la santé ; décret royal 36/1978 du 16 novembre 1978 de gestion institutionnelle de la sécurité sociale qui **crée les organismes chargés de la gestion de la sécurité sociale** ;

- **A partir de 1985** (et jusqu'en 1995) : développement des systèmes régionaux des services sociaux aux personnes ;

- **1986** : loi générale de santé 14/86 du 25 avril créant le système national de santé (« *sistema nacional de salud* ») faisant de l'accès aux soins publics un droit de citoyenneté ;

- **1988** : loi sur le budget général de l'Etat du 28 décembre qui introduit une réforme du financement en fonction de la nature des prestations (celles de caractère contributif étant financées essentiellement par des cotisations et celles de caractère non-contributif par le budget de l'Etat) ;

- **A partir de 1989** (et jusqu'en 1995) : développement des systèmes régionaux de revenus minimaux ;

- **1990** : loi 26/1990 du 20 décembre relative aux pensions non contributives, qui élargit le système de sécurité sociale des personnes en activité professionnelle à l'ensemble des résidents ;

- **1995** : pacte de Tolède signé par toutes les forces politiques et sociales du pays, établissant une feuille de route pour **garantir la soutenabilité des prestations sociales**, en particulier des pensions publiques de retraite ;

- **1997** : loi 24/1997 du 15 juillet de consolidation et de rationalisation du système de sécurité sociale qui prévoit un fonds de réserve de la sécurité sociale ;

- **1999** : mise en place du **fonds de réserve de la sécurité sociale** ;

- **2006** : loi 39/2006 du 14 décembre sur la **promotion de l'autonomie personnelle et la prise en charge des personnes en situation de dépendance** ;

- **2007** : loi organique 3/2007 du 22 mars pour l'égalité entre les hommes et les femmes instaurant un **congé de paternité et améliorant les prestations versées au titre de la maternité**.

Le système de sécurité sociale espagnol comprend deux niveaux de protection. Le premier, de caractère contributif, se décline, d'une part, au sein d'un régime général, applicable à tous les travailleurs salariés qui ne sont pas affiliés à des régimes spéciaux et à certaines catégories de fonctionnaires, d'autre part, au sein de trois régimes spéciaux (pour les travailleurs indépendants, les mineurs et les marins). Le second, d'ordre non-contributif a pour objectif de garantir une couverture minimale pour les personnes se trouvant dans une situation de besoin et dont les revenus sont inférieurs à un niveau établi par la loi.

Il présente, par rapport à la France, deux grandes spécificités :

- d'une part, **les partenaires sociaux n'interviennent pas directement dans la gestion de la sécurité sociale**. Ils sont néanmoins associés aux réformes, en particulier dans le cadre du consensus établi par le pacte de Tolède de 1995 qui définit les modalités d'évolution du système de retraite ;

- d'autre part, **le périmètre de la sécurité sociale n'inclut pas les dépenses de santé**. Celles-ci ne sont pas financées par les cotisations sociales mais quasi-exclusivement par l'impôt (budget général de l'Etat) et leur gestion relève des dix-sept communautés autonomes¹.

B. UNE ORGANISATION INSTITUTIONNELLE ET TERRITORIALE FORTEMENT DÉCENTRALISÉE

Dans le cadre de l'organisation constitutionnelle du pays en « Etat composé », l'ensemble de la protection sociale espagnole se fonde sur une structure institutionnelle et territoriale fortement décentralisée. La Constitution espagnole prévoit en effet que l'Etat détient une compétence exclusive pour définir, par le biais du ministère de l'emploi et de la sécurité sociale, « *la législation fondamentale et le régime économique de la sécurité sociale, sans préjudice de la mise en œuvre de ses services par les communautés autonomes* » (article 149.1.17).

Suivant ces principes, le rôle de l'Etat est de fixer les grandes orientations des politiques sociales à travers l'adoption de plans et de schémas pluriannuels dans les différents domaines concernés. Pour assurer sa mission de gestion de la sécurité sociale, il recourt à des organismes de caractère public placés sous sa tutelle et mis en place à partir de la fin des années 1970 :

- la **Trésorerie générale de la sécurité sociale** (TGSS)² assure l'enregistrement des entreprises, l'immatriculation des salariés et des travailleurs indépendants ainsi que le recouvrement des cotisations et le paiement des prestations ;

¹ A l'exclusion des villes sous statut autonome de Ceuta et Melilla, où c'est l'Institut national de gestion sanitaire (INGESA : Instituto nacional de gestión sanitaria) qui gère les dépenses de santé.

² Tesorería general de la seguridad social.

- **l'Institut national de la sécurité sociale (INSS)**¹ a pour mission de gérer l'ensemble des prestations en espèces (sauf pour les marins, les pensions non contributives et les prestations de chômage) : pensions de vieillesse et de réversion, pensions d'invalidité, indemnités de maladie et de maternité, prestations familiales ;

- le **Service public pour l'emploi de l'Etat (SEPE)**² assure, outre des missions en matière de formation et de reconversion professionnelle, la gestion et le contrôle des prestations chômage ainsi que la conception des politiques en faveur de l'emploi, en coopération avec les communautés autonomes, par l'intermédiaire des agences pour l'emploi³ ;

- **l'Institut national des personnes âgées et des services (IMSERSO)**⁴ gère, aux côtés des communautés autonomes, les pensions servies dans le cadre du système non contributif, des prestations destinées aux personnes âgées et handicapées ainsi que des services sociaux.

Dotées de l'autonomie budgétaire et d'une capacité propre à légiférer, les communautés autonomes élaborent, financent et mettent en œuvre leurs politiques sociales dans le respect des grandes orientations ainsi fixées au niveau national. Au-delà d'un certain seuil démographique, les communes ont elles aussi une compétence en matière de promotion et d'insertion sociale.

Au total, l'articulation des différents niveaux de compétence varie ainsi selon le champ de l'action sociale considérée :

- relèvent entièrement de l'Etat la prise en charge des prestations chômage, le versement des pensions de retraite et de réversion ainsi que les prestations servies en matière d'incapacité et d'accident du travail ;

- en ce qui concerne la famille, l'Etat fournit à travers l'INSS un certain nombre d'allocations, comme par exemple pour les familles nombreuses, tandis que les communautés autonomes servent des prestations dites « de base » telles que les aides à domicile ou les prestations pour les enfants de moins de trois ans (offre de garde par exemple) ;

- en matière de handicap, l'IMSERSO a délégué aux communautés autonomes la délivrance de prestations sur la base d'un budget alloué à la sécurité sociale par l'Etat ;

- s'agissant de la prise en charge de la dépendance, une loi de décembre 2006 a créé un dispositif national de prise en compte de la perte d'autonomie censé garantir une couverture universelle ainsi que l'égalité d'accès aux droits, dont la mise en œuvre relève des communautés autonomes ;

¹ *Instituto nacional de la seguridad social.*

² *Servicio público de empleo estatal.*

³ *Oficinas de empleo.*

⁴ *Instituto de mayores y servicios sociales.*

- enfin, ces dernières sont responsables, en coordination avec les municipalités, de la lutte contre l'exclusion sociale par la mise en place de revenus minimaux.

Quant au système national de santé (SNS), qui a vu le jour en 1986, sa mise en œuvre est entièrement assurée par les communautés autonomes depuis la dernière vague de décentralisation intervenue en 2002.

L'Etat, à travers l'**Institut national de gestion sanitaire** (INGS)¹, a pour mission de garantir l'égalité d'accès aux soins et leur uniformité. Il définit pour ce faire un catalogue de soins² qui dresse la liste des services de soins gratuits, lesquels incluent en particulier les consultations en médecine générale et spécialisée, une partie des soins dentaires, les services d'urgence, les transports sanitaires ainsi que les soins délivrés dans les hôpitaux publics.

Dans le respect de ces principes d'universalité et de gratuité, les communautés autonomes sont chargées d'organiser l'accès aux soins. L'assuré peut librement choisir son praticien (médecin généraliste, pédiatre ou dentiste) dans la zone où il réside et ne paie pas d'honoraires. Chaque communauté est à cet effet divisée en zones de santé³ qui servent une population dont le nombre varie selon la communauté concernée ; il existe environ 2 800 centres de « soins primaires » publics qui constituent le premier niveau du service de santé publique.

Le personnel du SNS relève d'un statut particulier de la fonction publique régi par la législation nationale mais le recrutement et la rémunération relèvent de chaque communauté autonome dans le respect des principes généraux définis au niveau national. Une coordination *a minima* est recherchée dans le cadre d'un « conseil interterritorial du SNS » mis en place en 2003 et qui rassemble le ministre chargé de la santé et les conseillers des communautés autonomes en charge de la santé.

L'Etat conserve quant à lui la compétence exclusive de la politique du médicament et des formations sanitaires et sociales.

Au total, le système de protection sociale espagnol constitue un système « mixte » combinant, depuis 1986, de forts éléments de type « beveridgien » avec une conception assurantielle plus ancienne. S'il conserve des particularités du modèle méditerranéen telles que le rôle central de la famille, ce système présente certaines caractéristiques du modèle continental avec un système de sécurité sociale assis sur les cotisations sociales, voire, dans une certaine mesure, du modèle nordique, avec la recherche d'une universalisation du système de santé et la mise en place plus récente de politiques d'égalité entre les sexes.

¹ *Instituto nacional de gestión sanitaria.*

² *Cartera de servicios comunes del SNS.*

³ *Zonas de salud.*

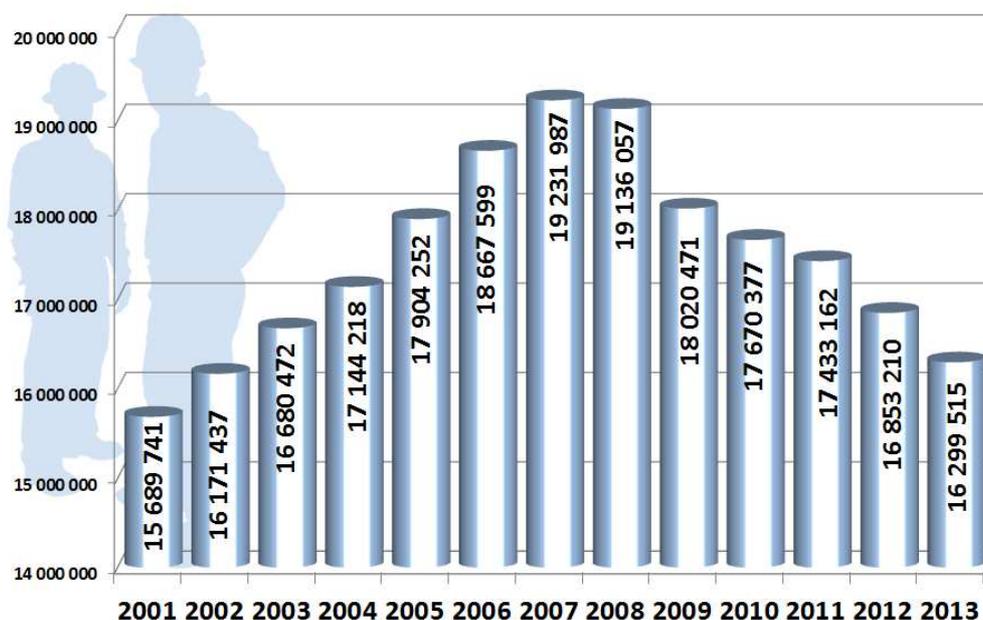
II. UN SYSTÈME FORTEMENT MIS À CONTRIBUTION PAR DES MESURES DE RIGUEUR

Le développement de l'Etat-providence espagnol, qui se caractérisait jusqu'en 2006 par l'extension de la couverture sociale à de nouveaux risques et catégories d'assurés, a été fortement contraint par la crise économique et financière et la baisse importante du nombre d'actifs cotisants. Outre la définition d'un nouveau cadre de régulation des finances sociales, le Gouvernement espagnol a mis en place des réformes structurelles dans tous les domaines de la protection sociale.

1. Une forte baisse du nombre d'actifs cotisants dans le contexte de crise

Au cours de la période de consolidation financière de la sécurité sociale, favorisée par la forte croissance économique, de faibles taux d'intérêt, une modération salariale, l'embauche de personnes immigrées non communautaires faiblement rémunérées et une forte demande intérieure, principalement dans le secteur du bâtiment, le nombre d'actifs cotisants a connu une croissance spectaculaire, de l'ordre de 5,6 millions entre 1998 et fin 2007. **La crise a ensuite inversé cette tendance en ramenant ce nombre de 19,5 à 16,3 millions entre juillet 2007 et mars 2014, soit une baisse de plus de 16,4 %.**

Evolution du nombre de cotisants à la sécurité sociale espagnole entre 2011 et 2013 (moyennes annuelles)



Source : secrétariat d'Etat espagnol à la sécurité sociale

Dans ce contexte, l'évolution du système de protection sociale espagnol a connu deux mouvements opposés successifs.

Dans un premier temps, les dispositifs existants ont fait l'objet de plusieurs assouplissements dans le cadre du plan de relance du gouvernement Zapatero (2009-2010). Mais sous les effets conjoints de ce plan de relance de grande ampleur (évalué à 7 points de PIB), de l'écroulement des ressources fiscales, de la hausse automatique des dépenses liées à la crise et au sauvetage du système bancaire, le niveau de la dette publique espagnole a considérablement augmenté, passant de 36 % du PIB en 2007 à plus de 68 % en 2011. Après une décennie d'excédents (1999-2009), **les comptes sociaux ont connu une détérioration rapide à partir de 2010.**

Dans un second temps, les politiques d'austérité amorcées sous le gouvernement Zapatero et amplifiées par celui de Mariano Rajoy après l'alternance politique de l'automne 2011 **ont conduit à la mise en œuvre d'un programme drastique d'assainissement budgétaire.**

2. La révision du cadre de régulation des finances sociales

Pour tirer les conséquences de la crise, le gouvernement espagnol a été conduit à préciser les modalités de gouvernance et de régulation des finances publiques et sociales. Les dépenses de pension représentant plus de 87 % des dépenses de la sécurité sociale et les cotisations sociales plus de 83 % de ses ressources non financières, les possibilités d'ajustement à court terme tant des dépenses que des recettes face à un choc économique conjoncturel apparaissent en effet relativement limitées.

Recettes et dépenses du budget de la sécurité sociale pour 2014 (en millions d'euros)

Recettes		Dépenses	
Ressources non financières	123 455	Pensions	124 658
Cotisations sociales	102 840	Autres prestations économiques	9 850
Taxes et autres ressources	1 327	Services sociaux et promotion sociale	1 427
Transferts courants	16 190	Gestion et administration de la sécurité sociale	4 125
Ressources patrimoniales	2 476	Santé	1 453
Ressources en capital	622	Education	2
Ressources financières	12 129	Transferts internes	3 909
Actifs financiers	12 127	Total	135 584
Passifs financiers	2		
Total	135 584		

Source : ambassade de France en Espagne

La prise en charge des besoins de financement de la sécurité sociale fait intervenir un fonds de réserve de la sécurité sociale dont les règles d'utilisation ont été assouplies en réponse à la crise.

Le fonds de réserve de la sécurité sociale espagnole

Institué en 1997 dans la continuité du pacte de Tolède dans l'objectif de subvenir aux besoins financiers futurs du système de protection sociale, le fonds de réserve de la sécurité sociale doit permettre de lisser dans le temps les conséquences des chocs conjoncturels sur les comptes sociaux.

Les règles générales régissant le fonds ont été définies au début des années 2000 :

- la loi 18/2001 du 12 décembre prévoit **l'affectation prioritaire des excédents budgétaires de la sécurité sociale à ce fonds** ;

- la loi 24/2011 du 27 décembre attribue au gouvernement la compétence de fixer pour chaque exercice le montant de la dotation alloué au fonds.

La loi 28/2003 du 29 septembre relative au fonds de réserve de la sécurité sociale a ensuite fixé de manière plus précise ses modalités de régulation et de fonctionnement. **Il a notamment été décidé que l'utilisation de ce fonds serait réservée au financement des pensions contributives et qu'il ne pourrait être mobilisé qu'à hauteur de 3 % au maximum du montant des pensions contributives.**

Au total, cinq principes fondamentaux encadrent aujourd'hui le recours au fonds de réserve de la sécurité sociale :

- l'affectation prioritaire des excédents de recettes dédiées au financement des prestations contributives au fonds (lorsque l'état financier de la sécurité sociale le permet) ;

- l'utilisation des excédents dégagés par la gestion des AT-MP et des incapacités temporaires de travail pour l'alimentation du fonds ;

- la définition pour chaque exercice par le gouvernement du montant de la dotation au fonds ;

- l'intégration automatique aux dotations du fonds des intérêts financiers résultant de la gestion des actifs du fonds ;

- une utilisation du fonds réservée au financement des pensions contributives et en cas de déficit structurel des opérations non financières de la sécurité sociale.

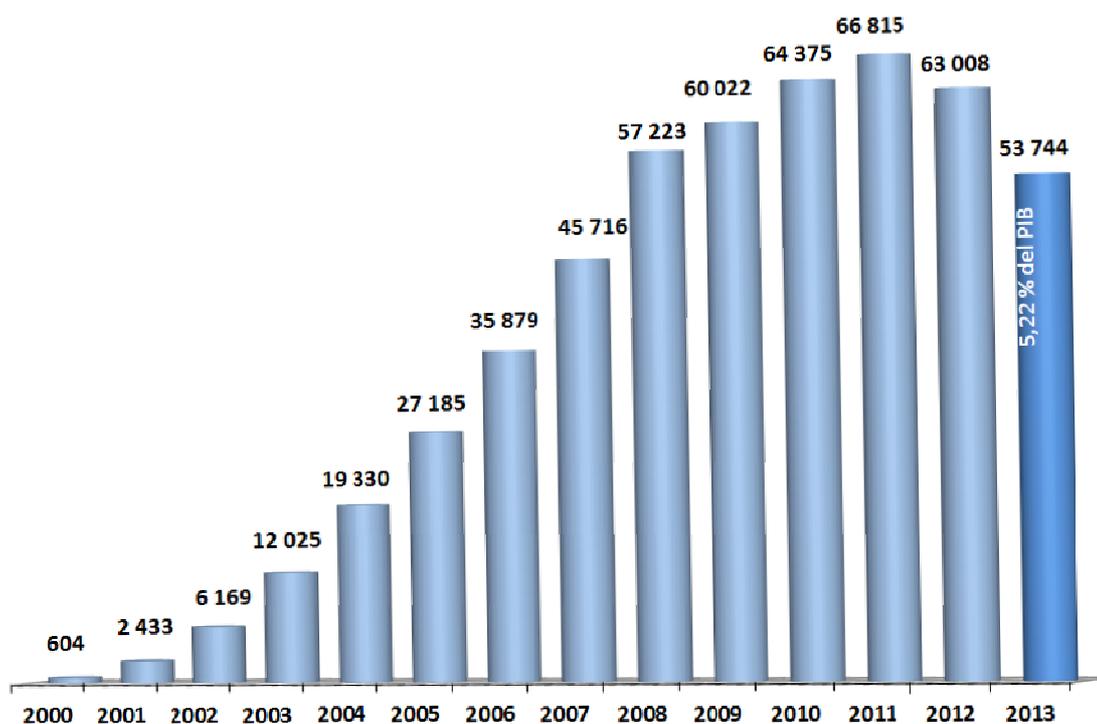
Pour faire face à la persistance des difficultés financières et assurer le financement des pensions, **l'application de la limite fixée en 2003 a été suspendue pour les années 2012, 2013 et 2014** par le décret-loi royal 28/2012 du 30 novembre relatif aux mesures de consolidation et de garantie du système de sécurité sociale. Le gouvernement est ainsi autorisé à disposer du fonds de réserve de la sécurité sociale au cours de ces trois exercices en fonction des besoins et dans la limite du montant du déficit budgétaire des entités gestionnaires et services communs de la sécurité sociale.

En outre, la loi organique 2/2012 du 27 avril de stabilité budgétaire et de soutenabilité financière oblige les administrations de sécurité sociale à maintenir leurs comptes à l'équilibre ou en excédent. Si cette obligation n'est pas remplie, le déficit maximum autorisé pour l'administration centrale est minoré à hauteur du déficit enregistré par la sécurité sociale. Le gouvernement a ainsi été autorisé à disposer du fonds de réserve dans la limite du montant du déficit de la sécurité sociale.

En 2012 et 2013, 18,6 milliards d'euros ont été mobilisés pour financer le déséquilibre des comptes sociaux. Fin 2013, le niveau du fonds de réserve atteignait 53,7 milliards d'euros (après 66,8 milliards d'euros fin 2011).

Evolution des dotations au fonds de réserve de la sécurité sociale espagnole entre 2000 et 2013

(en millions d'euros)



Source : secrétariat d'Etat espagnol à la sécurité sociale

S'agissant par ailleurs des mesures portant sur les recettes de la sécurité sociale, **l'assiette des cotisations sociales a été élargie** avec l'intégration de l'ensemble des éléments de rémunération, y compris en nature (comme les tickets restaurant ou les prestations sociales directement prises en charge par l'employeur) par le décret-loi royal 16/2013 du 20 décembre modifiant la loi générale de sécurité sociale.

La loi organique de 2012 fixe également les conditions dans lesquelles les communautés autonomes doivent respecter un objectif global de déficit et de dette publics, notamment pour leurs dépenses de santé.

Enfin, la **politique de lutte contre la fraude sociale** a été vigoureusement renforcée, avec l'introduction dans le code pénal de nouvelles formes de délits à l'encontre de la sécurité sociale.

3. Des mesures d'économies dans toutes les branches de la protection sociale

L'ensemble des interlocuteurs rencontrés par votre mission d'étude ont, quelles que soient leurs fonctions et leur appartenance politique, insisté sur l'ampleur des mesures d'économies adoptées. Aucune branche de la protection sociale n'a en effet été épargnée et le gouvernement est revenu sur de nombreuses avancées qui avaient vu le jour dans les années d'avant-crise. Les communautés autonomes, qui représentaient environ la moitié des dépenses publiques et les deux tiers du déficit public espagnol en 2011, ont elles aussi été contraintes de revoir leurs politiques sociales pour tenir compte des coupes budgétaires imposées au niveau central.

a) Marché du travail et prestations chômage

S'agissant du marché du travail, outre l'introduction de procédures plus rapides, les indemnités de licenciement ont été fortement réduites, passant de 45 à 33 jours par année d'ancienneté, voire à 20 jours par année d'ancienneté dans le cas d'une entreprise déficitaire.

Pour limiter les dépenses, **les modalités d'indemnisation du chômage ont également été rendues plus restrictives** par le décret-loi royal 20/2012 du 13 juillet avec notamment :

- la réduction de 10 % des prestations à partir du 7^e mois d'indemnisation pour les nouveaux entrants. A compter du 181^e jour d'indemnisation, le montant de la prestation a ainsi été ramené de 60 à 50 % du salaire de référence ;

- le resserrement des conditions d'accès au revenu actif d'insertion : le bénéficiaire doit avoir épuisé tous ses droits aux prestations chômage contributives et non contributives, n'avoir refusé aucune offre d'emploi, ni (sauf raisons justifiées) participé à des actions de formation ou de reconversion professionnelle au cours de l'année écoulée ;

- la suppression d'une allocation spécifique qui existait pour les personnes de plus de 45 ans et la réduction des prestations non contributives pour les personnes de plus de 52 ans ;

- la suppression de la prise en charge par le SEPE de 35 % des cotisations sociales dues par le bénéficiaire durant la période de chômage ;

- un renforcement du contrôle du respect des obligations d'emploi.

Des mesures complémentaires ont été mises en place par la suite, parmi lesquelles une pénalisation financière des entreprises qui mettent en œuvre des plans sociaux dans lesquels les travailleurs de plus de 50 ans sont surreprésentés (décret-royal 5/2013 du 15 mars).

b) Les retraites

Dans le domaine des retraites, qui avaient fait l'objet de fortes revalorisations entre 2006 et 2009, les mesures adoptées sont à la fois paramétriques et structurelles :

- pour contenir les dépenses à court terme, une **modération des revalorisations** a été mise en place : l'indexation des pensions sur l'inflation réelle a été suspendue en 2011 (sauf pour les pensions non contributives et les pensions minimales) et la revalorisation limitée à 1 % en 2012 et 2013, puis 0,25 % en 2014 ;

- pour garantir la soutenabilité des régimes de retraite à un horizon de plus long terme, la réforme Zapatero entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2013 (faisant suite à un accord avec les partenaires sociaux) prévoit le **recul de l'âge légal de départ en retraite** de 65 à 67 ans entre 2013 et 2027, l'augmentation du nombre d'annuités de référence pour le calcul du montant de la retraite de 15 à 25 ans d'ici 2022 (de 15 à 25 ans, à raison d'une année supplémentaire par an) et enfin une hausse de 2 ans de la durée de cotisation nécessaire pour obtenir une retraite à taux plein (de 35 à 37 ans).

Cette réforme concerne à la fois les salariés et les fonctionnaires et s'accompagne d'un **durcissement des conditions d'accès aux retraites anticipées ou partielles**. Celles-ci ont connu une baisse de 6,5 % entre 2012 et 2013.

Parallèlement, la **possibilité de cumuler des revenus issus d'un emploi avec 50 % du montant d'une pension de retraite** a été ouverte. Le nombre de bénéficiaires demeure encore faible, de l'ordre de 12 400, dont plus de 10 000 sont des travailleurs indépendants.

La loi 23/2013 du 23 décembre fixe de nouvelles modalités de revalorisation des pensions et définit un facteur de soutenabilité :

- le nouveau mécanisme de revalorisation des pensions, qui tient compte de l'écart entre la croissance des recettes de la sécurité sociale et la croissance des dépenses de pension, corrigé en fonction de l'équilibre financier des régimes de retraite, est entré en vigueur dès 2014. Ce mécanisme est encadré, la revalorisation ne pouvant être inférieure à 0,25 %, ni être supérieure à l'inflation augmentée d'un quart de point ;

- le facteur de soutenabilité et d'équité intergénérationnelle, dont l'entrée en vigueur est prévue pour 2019, est quant à lui destiné à réguler de manière automatique les pensions versées pour tenir compte des contraintes budgétaires et des évolutions de l'espérance de vie. Il sera calculé de telle sorte qu'aux revalorisations près, le montant théorique touché pendant la retraite reste constant au fil des générations.

c) Réforme des prestations familiales

Dans le domaine des prestations familiales, les mesures adoptées ont consisté à revenir sur un certain nombre d'avantages consentis entre 2007 et 2009 :

- suspension en 2010 du prolongement du congé parental porté de 13 à 20 jours entre 2007 et 2009 ;

- suppression en 2011 de la prime de 2 500 euros versée lors de la naissance ou l'adoption d'un enfant sous forme de crédit d'impôt ou de prestation.

d) Prise en charge de la dépendance

En ce qui concerne la prise en charge de la dépendance, **le gouvernement a sensiblement réduit en juillet 2012 la portée de la réforme entrée en vigueur en 2007.**

Celle-ci prévoyait la mise en place d'un niveau minimum de protection financé et garanti par l'Etat, d'un deuxième niveau cofinancé par l'Etat et les communautés autonomes et d'un troisième niveau facultatif laissé à la discrétion de ces dernières.

Se référant au coût nettement plus élevé que prévu de cette réforme, le gouvernement a cherché à simplifier les dispositifs de valorisation des situations de dépendance, progressivement augmenté la participation financière des bénéficiaires (de 10 à 15 %), supprimé la prise en charge par l'Etat des cotisations sociales des aidants familiaux et réduit le montant maximal des prestations financières versées à ces derniers.

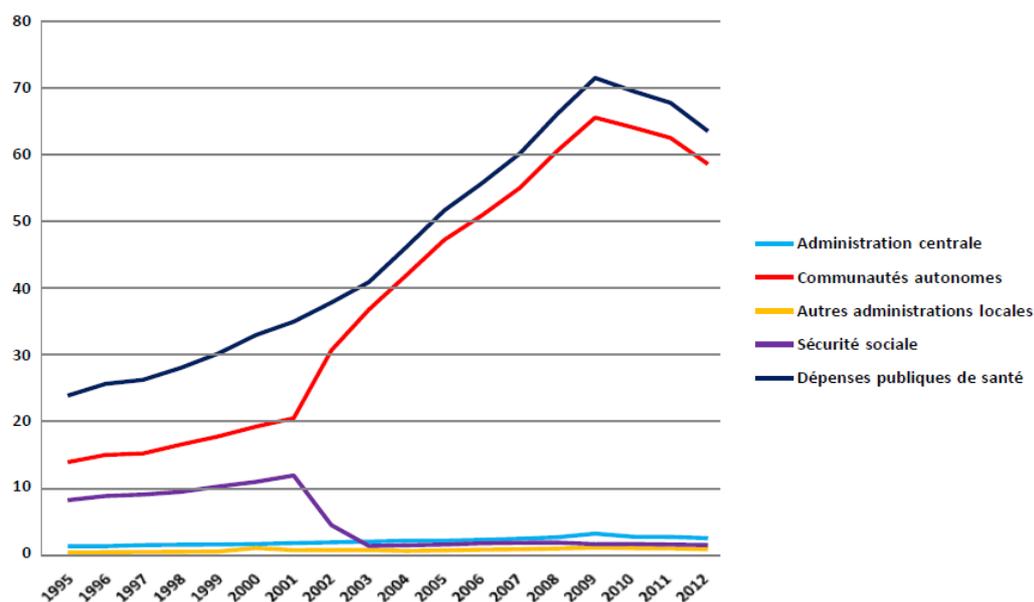
e) La santé

Dans le domaine de la santé, la réduction de l'effort public s'est notamment traduite par **une plus grande participation financière (copago) des assurés au coût du médicament ainsi qu'aux transports sanitaires non justifiés par l'urgence** ainsi qu'aux prothèses et fauteuils roulants (décret-loi du 20 avril 2012 portant mesures urgentes pour garantir la viabilité financière du SNS). Le ticket modérateur est aujourd'hui compris entre 40 % et 60 % du prix du médicament en fonction des revenus de l'assuré. Les retraités, qui étaient auparavant exemptés de toute participation, doivent aujourd'hui contribuer à hauteur de 10 % de ce prix.

Le gouvernement a également cherché à préciser l'accès au SNS en le conditionnant à la qualité d'assuré social. Les personnes non assurées ou n'ayant pas la qualité d'ayant-droit voient leur accès maintenu moyennant le paiement d'une contribution financière sur la base d'une convention spéciale (60 euros par mois pour les personnes âgées de moins de 65 ans et 157 euros pour les personnes âgées de plus de 65 ans). Les étrangers en situation irrégulière n'ont quant à eux plus accès au SNS sauf s'ils sont mineurs, en cas de maternité et en cas d'urgence.

Au total, comme le montre le graphe ci-dessous, **l'évolution des dépenses publiques de santé se caractérise par un net infléchissement après le déclenchement de la crise**. La décentralisation de la gestion des dépenses de santé aux communautés autonomes, intégrale depuis la fin de l'année 2001, a en effet été suivie d'une très nette accélération des dépenses de santé jusqu'en 2009, avant que les choix politiques de lutte contre la crise économique ne conduisent à un ajustement significatif à la baisse.

**Evolution des dépenses publiques de santé entre 1995 et 2012
(en milliards d'euros)**



Source : ambassade de France en Espagne

III. UNE DÉFIANCE CROISSANTE ENVERS LA CAPACITÉ DU SYSTÈME À REMPLIR SES OBJECTIFS

Se traduisant par des critères d'éligibilité plus stricts pour l'accès à un grand nombre de dispositifs, les réponses apportées à la crise dans le domaine social - adoption d'un nouveau cadre de gouvernance et nombreuses réformes structurelles - ont mécaniquement amoindri le rôle d'amortisseur et de stabilisateur joué par les dépenses de protection sociale.

Dans ce contexte, les interlocuteurs rencontrés par votre mission d'étude ont dans leur grande majorité insisté sur la très forte dégradation de la situation sociale du pays. De manière générale, l'accentuation des déséquilibres du système de protection sociale et la recrudescence des tensions et des inégalités territoriales, en particulier en matière de santé, contribuent à accroître le sentiment d'exposition aux risques sociaux.

1. Une nette dégradation de la situation sociale

a) L'accroissement des situations de pauvreté

La profondeur et la durabilité de la crise ainsi que l'ampleur des réductions budgétaires ont conduit à une très forte dégradation de la situation sociale. Les associations rencontrées (Caritas, la Croix Rouge, le Mouvement pour la paix) ont de manière unanime alerté sur le nombre sans cesse croissant de personnes en situation de précarité, voire de pauvreté.

L'une des expressions les plus visibles des difficultés affrontées est assurément la dégradation du marché du travail. **Entre 2008 et 2013, le taux de chômage espagnol est en effet passé de 8 % à 27 %, ce qui correspond à une augmentation de 4,3 millions du nombre de demandeurs d'emploi. Les jeunes générations sont particulièrement touchées puisque le taux de chômage des 20-24 ans s'élevait à 49 % en 2012 contre 17 % en 2007.**

Si, depuis, le taux de chômage global a connu une légère baisse, celui des jeunes a continué de croître pour atteindre 53,6 % en février 2014.

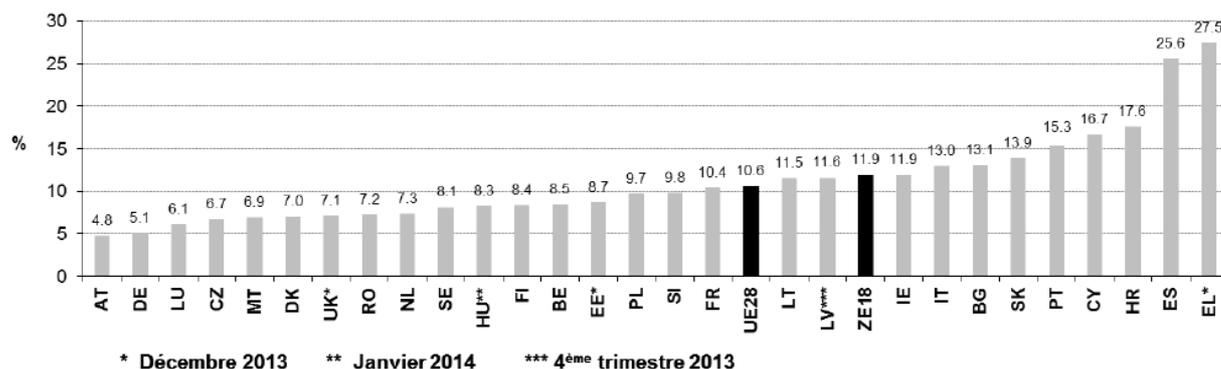
Taux de chômage en Espagne et dans l'UE-28 (fin février 2014)

	Taux de chômage total	Taux de chômage des jeunes (moins de 25 ans)
Espagne	25,6	53,6
UE-28	10,6	22,9
France	10,4	23,6

Source : Eurostat (stat/52/2014 - 1^{er} avril 2014)

Ces chiffres placent l'Espagne en deuxième position après la Grèce s'agissant de l'importance relative du nombre de chômeurs dans les pays de l'Union européenne.

Taux de chômage dans les Etats membres de l'Union européenne (février 2014)

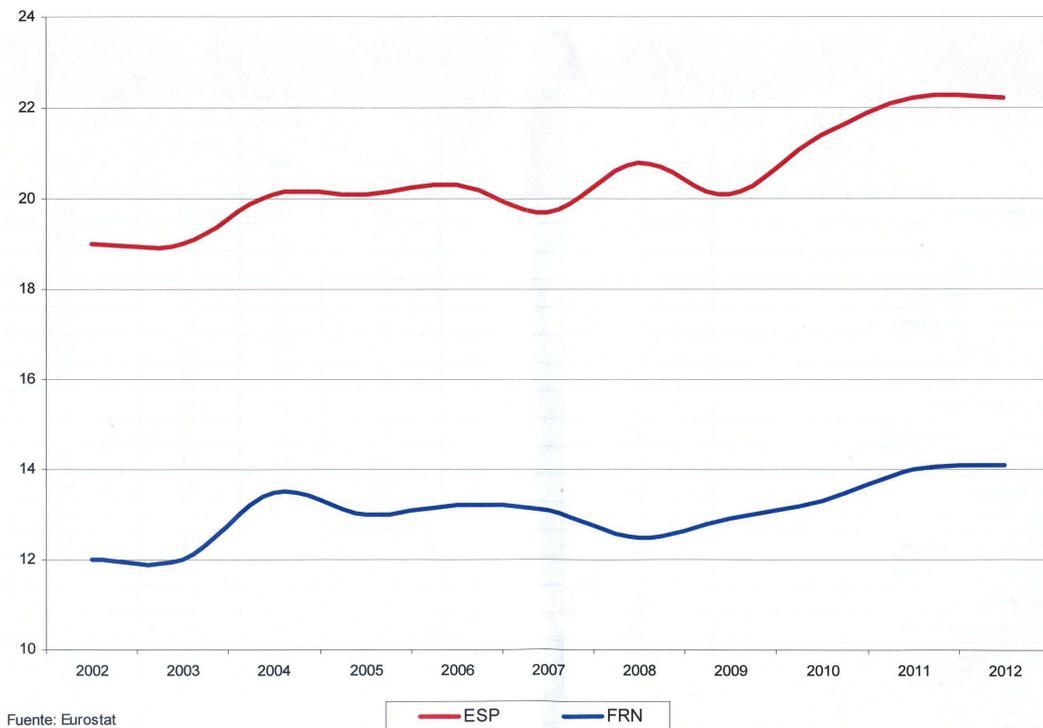


Source : Eurostat (stat/52/2014 - 1^{er} avril 2014)

Dans ces conditions, bien qu'elle ne soit pas un phénomène nouveau en Espagne puisqu'elle apparaissait déjà relativement importante dans les années d'avant-crise, la pauvreté a connu une nette augmentation. Selon l'enquête sur les conditions de vie de l'Institut national de la statistique espagnol (INE), **entre 2007 et 2009, un million de personnes supplémentaires ont basculé sous le seuil de pauvreté. Le taux de pauvreté¹ atteignait près de 21,8 % en 2011 contre 14 % en France et 17 % en moyenne dans l'Union européenne.** Le nombre de travailleurs pauvres est estimé à 940 000. Des associations comme le Mouvement pour la paix demeurent en outre particulièrement préoccupées par **l'importance de la pauvreté infantile qui place l'Espagne au deuxième rang après la Grèce au sein de l'Union européenne.**

¹ Il s'agit de la proportion de personnes dont le revenu disponible se situe en dessous du seuil de risque de pauvreté, fixé à 60 % du revenu médian disponible.

Taux de pauvreté en Espagne et en France



Source : commissions ouvrières espagnoles (CCOO) d'après les données d'Eurostat

Dans ce contexte, les observateurs de la société espagnole soulignent l'émergence d'une défiance croissante envers les institutions de la protection sociale et leur capacité à remplir les objectifs qui leur sont assignés.

Les deux confédérations syndicales majoritaires du pays, l'Union générale des travailleurs (UGT) et les Commissions ouvrières (CCOO), dénoncent l'échec des politiques mises en place pour lutter contre la crise et en appellent à une coordination accrue des systèmes fiscaux et sociaux entre Etats membres de l'Union européenne. Elles s'estiment en outre insuffisamment associés aux dernières réformes entreprises alors que la mise en place de l'Etat-providence de 1977 jusqu'au début des années 1980 s'était appuyée sur un accord entre partis politiques, représentants syndicaux et représentants patronaux. A l'époque, les syndicats et les partis de gauche avaient en effet accepté de renoncer en partie à leurs revendications salariales en échange d'une amélioration de la protection sociale et d'un engagement prévoyant l'inscription d'un large éventail de droits sociaux dans la Constitution de 1978.

Les organisations syndicales rappellent enfin que, dans le contexte de régression du pouvoir d'achat et de paupérisation, **de nombreux Espagnols ont choisi la voie de l'émigration**. Entre 2008 et 2012, près d'un demi-million d'entre eux ont en effet quitté le pays.

b) L'exacerbation des tensions et des inégalités territoriales dans le domaine social

A cela s'ajoute, comme votre mission d'étude a pu le constater sur le terrain à Parla et à Tolède, une exacerbation des tensions institutionnelles et politiques qui caractérisent l'organisation territoriale espagnole, en particulier dans le domaine social et sanitaire.

De l'avis général, la décentralisation des compétences en matière sociale et sanitaire constitue un point positif. Chacun reconnaît cependant qu'elle s'accompagne d'importantes inégalités territoriales que les mesures d'austérité ont eu tendance à renforcer.

Situées en première ligne des difficultés sociales, les municipalités tentent, tant bien que mal, d'atténuer les conséquences de la crise (à travers, par exemple, la mise en place « de bourses de réfectoire » à Tolède ou d'aides alimentaires d'urgence à Parla - où le taux de chômage s'élève à 50 % de la population). Mais leur gestion sociale est rendue très difficile par l'étroitesse de leurs marges de manœuvre et la diminution des fonds attribués par les communautés autonomes.

Dans ce contexte, les communes dans lesquelles s'est rendue votre mission d'étude s'alarment du vaste plan de rationalisation des compétences territoriales mis en œuvre par l'Etat central, qui envisage de leur retirer les quelques compétences résiduelles détenues en matière sociale pour les transférer intégralement aux communautés autonomes.

2. L'accentuation des déséquilibres du système de protection sociale

La capacité du système de protection sociale espagnol à limiter les situations de pauvreté et d'exclusion sociale apparaît d'autant plus limitée que les problèmes d'ordre structurel de ce système ont été accentués par la crise.

De manière constante depuis la fin des années 1990, si l'on met à part les Etats membres ayant adhéré à l'Union européenne depuis 2004, **l'Espagne appartient aux Etats membres de l'Union européenne dont le niveau de dépenses de protection sociale est le moins élevé. Celui-ci atteignait en 2011 26,1 % de son PIB pour une moyenne européenne de 29,1 %.**

La crise a en outre eu tendance à renforcer la structure particulière des dépenses de protection sociale espagnole, caractérisées par l'importance des prestations chômage et la faiblesse relative des dépenses dévolues à la famille, au logement et à la lutte contre l'exclusion sociale.

Dépenses de protection sociale et répartition par risque en 2008

	Dépenses de protection sociale en % du PIB	Part des prestations par risque en % dans le total des dépenses de protection sociale				
		Vieillesse	Maladie et invalidité	Famille	Chômage	Logement et exclusion sociale
Espagne	22,7	39,6	38,0	6,8	13,6	2,1
France	30,8	45,8	35,8	8,4	5,8	4,2
UE-27	26,4	45,4	37,8	8,3	5,2	3,4

Source : Eurostat (statistics in focus 17/2011)

Dépenses de protection sociale et répartition par risque en 2011

	Dépenses de protection sociale		Part des prestations par risque en % dans le total des dépenses de protection sociale				
	en % du PIB	par habitant en SPA (UE28=100)	Vieillesse	Maladie et invalidité	Famille	Chômage	Logement et exclusion sociale
Espagne	26,1	83	43,8	34,4	5,4	14,6	1,7
France	33,6	127	45,4	34,7	8,2	6,6	5,0
UE-28	29,1	100	45,7	37,1	8,0	5,6	3,6

Source : Eurostat (communiqué de presse 174/2013 du 21 novembre 2013)

Compte tenu des grandes difficultés rencontrées en matière d'emploi, **la part relative des prestations chômage a en effet eu tendance à croître : de l'ordre de 12,5 % en 2006, elle s'établit aujourd'hui à 14,6 %, contre 5,6 % pour la moyenne européenne.** Si l'on en juge globalement d'après les conditions d'éligibilité, la durée d'indemnisation et les montants alloués, le système d'indemnisation du chômage apparaît plutôt généreux en Espagne par rapport aux voisins européens. Bien qu'une durée de cotisation minimale de 12 mois soit exigée (contre 4 mois en France et 6 mois au Royaume-Uni), la durée maximale d'indemnisation s'élève à 24 mois comme en France (contre 8 mois en Italie ou 6 mois au Royaume-Uni).

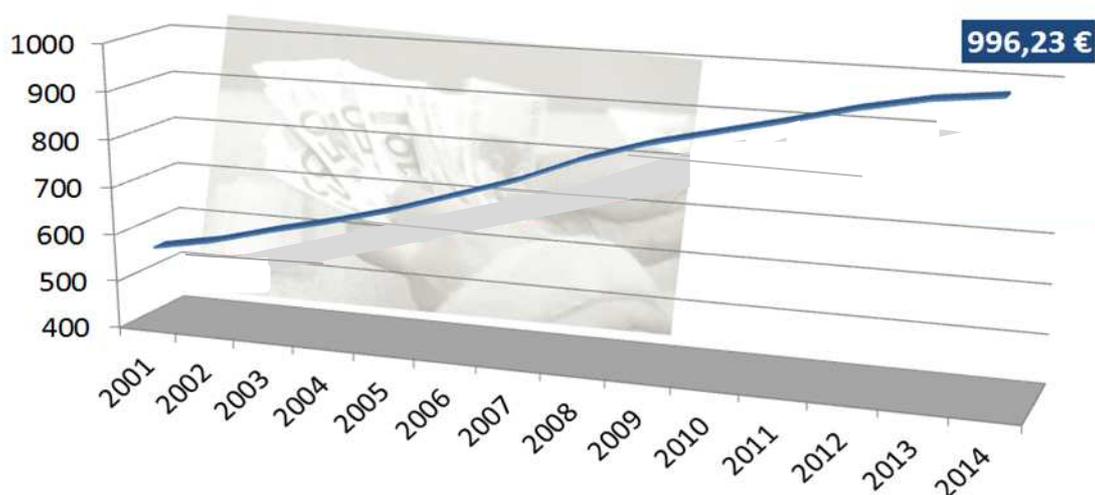
La part des pensions de vieillesse dans le total des prestations sociales (44 %) est quant à elle légèrement inférieure à la moyenne européenne (45,7 %) mais elle augmente régulièrement avec le vieillissement de la population.

En revanche, les prestations familiales, qui représentent 5,4 % du total des dépenses sociales contre 8 % en moyenne dans l'Union européenne, ainsi que les allocations logement et les dépenses consacrées aux autres prestations de lutte contre l'exclusion sociale (1,7 % en Espagne contre 3,6 % en moyenne dans l'UE) apparaissent relativement peu étendues et leur part relative a diminué au cours de la crise.

Dans ces conditions, les difficultés économiques ont conduit à une réactivation des solidarités familiales et de proximité, dont l'une des manifestations est le retour du phénomène de cohabitation intergénérationnelle. Il n'est pas rare en effet que les besoins de l'ensemble ou d'une grande partie d'un même foyer soient couverts par les revenus issus de pensions de retraite. Il convient de souligner à cet égard que le système de retraites espagnol fait preuve d'une certaine résilience malgré la crise.

La situation des retraités demeure relativement bonne en effet par comparaison avec d'autres pays européens. En 2010, la pension de retraite moyenne brute en Espagne s'élevait à 880 euros par mois, soit 46 % du salaire brut moyen, contre 1 216 euros, soit 47 % du salaire brut moyen, en France. La pension minimale s'élève à 618 euros par mois en Espagne, soit 34 % du salaire brut moyen, ce qui constitue un niveau proche du niveau atteint par le minimum vieillesse en France (791 euros pour une personne seule, soit environ 25 % du salaire brut moyen français).

Evolution du montant de la pension de retraite moyenne en Espagne entre 2001 et 2014



Source : d'après le secrétariat d'Etat espagnol à la sécurité sociale

S'agissant des dépenses publiques consacrées au système de santé, un grand nombre des interlocuteurs de votre mission d'étude ont insisté sur les lourdes menaces qui pèsent sur le caractère universel du système de santé espagnol jusque-là réputé comme l'un des meilleurs au monde d'après les indicateurs sanitaires de l'OMS et de l'OCDE¹. Pour les groupes politiques d'opposition, les syndicats et les associations, les déremboursements de médicaments et les restes à charge ont touché les populations les plus vulnérables. Ils soulignent le risque d'exclusion de certaines catégories de la population (retraités, personnes à faibles revenus, étrangers) et critiquent les projets adoptés par plusieurs communautés autonomes, comme celles de Madrid ou de Valence, visant à mettre en place une gestion privée de certains services hospitaliers, ainsi que l'allongement des listes d'attente pour l'accès aux soins. Si la part de la population couverte par une assurance privée en matière de santé est encore faible (entre 13 % et 17 %, soit environ 7 millions de personnes), on ne peut exclure que cette part augmente dans les années à venir.

De même, les évolutions restrictives apportées aux dispositifs de prise en charge de la dépendance alors que l'Espagne est l'un des pays les plus concernés par le phénomène de vieillissement démographique sont fortement critiquées. Les indicateurs de l'OCDE place le pays en seconde position après le Japon au regard de la proportion de personnes âgées de plus de 80 ans à l'horizon 2050.

Ainsi, alors même qu'il avait atteint une certaine maturité pour affronter de nouveaux défis, comme le vieillissement démographique, le système de protection sociale espagnol voit son développement fortement contrarié par la lenteur avec laquelle se résorbent les déséquilibres. Malgré l'amélioration de la situation budgétaire du pays dans la période récente, la persistance d'un taux de chômage élevé (notamment parmi la jeunesse), qui pourrait avoir un impact sur son niveau structurel, compromet à court terme la possibilité pour le système de protection sociale espagnol de retrouver les ressources sur lesquelles il avait pu fonder son déploiement.

¹ L'Espagne arrive en tête des pays européens en termes d'espérance de vie (82,4 ans), devant la France (82,2 ans) et le Royaume-Uni (81,1 ans).

TRAVAUX DE LA MISSION

Réunie le mercredi 25 juin 2014 sous la présidence de Mme Annie David, présidente, la commission entend le compte rendu de la mission d'information sur les conséquences de la crise économique sur le système de protection sociale espagnol.

Mme Annie David, présidente. – Nous allons à trois voix, en excusant notre collègue Gérard Roche, vous rendre compte de la mission d'étude que nous avons décidée en commission, à savoir un déplacement en Espagne du 21 au 25 avril dernier, dans l'objectif de prendre la mesure des conséquences de la crise sur le système de protection sociale espagnol.

J'ai en effet eu l'honneur d'y conduire une délégation de notre commission, aux côtés de Gilbert Barbier, Laurence Cohen et Gérard Roche.

Comme vous le savez, parmi nos voisins directs, l'Espagne est celui qui a été le plus durement frappé par les turbulences économiques et financières des dernières années, subissant les effets conjoints de l'éclatement de la bulle immobilière, de la crise financière internationale puis de celle des dettes souveraines. Sous la pression des marchés et à l'appel des institutions communautaires et internationales, le Gouvernement espagnol a adopté d'importantes mesures d'austérité budgétaire et engagé de nombreuses réformes structurelles qui ont fortement mis à contribution les dépenses de protection sociale, ce qui a eu pour effet de réduire l'accès au système de protection sociale.

Au cours de notre mission, nous avons pu nous entretenir avec de nombreux acteurs institutionnels du champ social (responsables politiques de la majorité et de l'opposition, en particulier de notre commission homologue du Sénat espagnol ; partenaires sociaux ; services ministériels ; associations).

Compte tenu de l'importance jouée par les échelons territoriaux dans le domaine des affaires sociales, il nous a également paru indispensable d'aller à la rencontre des acteurs locaux. Nous avons donc effectué deux déplacements en dehors de la capitale : à Parla, une ville de 120 000 habitants située en périphérie de Madrid, pour nous entretenir avec le maire et le responsable du centre d'action sociale, ainsi qu'à Tolède, pour nous rendre à la mairie et au ministère régional de la santé et des services sociaux du gouvernement de la communauté autonome de Castille-la-Manche.

Je cède la parole à Gilbert Barbier, qui va entrer un peu plus dans le cœur de notre mission.

M. Gilbert Barbier. – Rappelons, avant d'entrer dans le vif du sujet, que l'institution d'un Etat-Providence en Espagne constitue un fait historique relativement récent par comparaison avec d'autres pays européens comme la France ou le Royaume-Uni. Dans sa forme actuelle, le système de protection sociale espagnol a en effet été mis en place à partir de la seconde moitié des années 1970 avant d'être consolidé à la fin des années 1980 concomitamment avec l'adhésion de l'Espagne à l'Union européenne en 1986. Il s'est ainsi développé à la faveur des trente années de croissance économique qui ont suivi la transition démocratique (1977-2007).

Quelles sont ses principales caractéristiques ? Il présente, par rapport à la France, deux spécificités majeures : d'une part, les partenaires sociaux n'interviennent pas directement dans la gestion de la sécurité sociale. Ils sont néanmoins associés aux réformes, en particulier dans le cadre du consensus établi par le Pacte de Tolède de 1995 qui définit les modalités d'évolution du système de retraite ; d'autre part, le périmètre de la sécurité sociale n'inclut pas les dépenses de santé. Celles-ci ne sont pas financées par les cotisations sociales mais quasi exclusivement par l'impôt et leur gestion relève des dix-sept communautés autonomes.

L'ensemble de la protection sociale espagnole se fonde d'ailleurs sur une structure institutionnelle et territoriale fortement décentralisée qui tire les conséquences de l'organisation du pays en « Etat composé » conformément aux principes de la Constitution de 1978. Celle-ci prévoit que l'Etat détient une compétence exclusive pour définir « la législation fondamentale et le régime économique de la sécurité sociale, sans préjudice de la mise en œuvre de ses services par les communautés autonomes ».

Dans ce cadre, le rôle de l'Etat est de fixer les grandes orientations des politiques sociales à travers l'adoption de plans et de schémas pluriannuels dans les différents domaines concernés. Pour assurer sa mission de gestion de la sécurité sociale, il recourt à des organismes de caractère public placés sous sa tutelle : la Trésorerie générale de la sécurité sociale (TGSS) ; l'Institut national de la sécurité sociale (INSS) ; le Service public pour l'emploi de l'Etat (Sepe) ; l'Institut national des personnes âgées et des services (Imserso).

Les communautés autonomes, dotées de l'autonomie budgétaire et d'une capacité propre à légiférer, élaborent, financent et mettent en œuvre leurs politiques sociales dans le respect des grandes orientations ainsi fixées au niveau national. Au-delà d'un certain seuil démographique, les communes ont elles aussi une compétence en matière de promotion et d'insertion sociale.

Les modalités de partage des compétences varient ainsi selon le champ de l'action sociale.

Relèvent entièrement de l'Etat la prise en charge des prestations chômage, le versement des pensions de retraite et de réversion ainsi que les prestations servies en matière d'incapacité et d'accident du travail ;

En ce qui concerne la famille, l'Etat fournit à travers l'INSS un certain nombre d'allocations, comme par exemple pour les familles nombreuses, tandis que les communautés autonomes servent des prestations dites « de base » telles que les aides à domicile ou les prestations pour les enfants de moins de trois ans (offre de garde par exemple) ;

En matière de handicap, l'Imsero a délégué aux communautés autonomes la délivrance de prestations sur la base d'un budget alloué à la sécurité sociale par l'Etat ;

S'agissant de la prise en charge de la dépendance, une loi de décembre 2006 a créé un dispositif national de prise en compte de la perte d'autonomie censé garantir une couverture universelle ainsi que l'égalité d'accès aux droits ; sa mise en œuvre relève des communautés autonomes ;

Enfin, ces dernières sont responsables, en coordination avec les municipalités, de la lutte contre l'exclusion sociale par la mise en place de revenus minimaux.

Quant au système national de santé (SNS), qui a vu le jour en 1986, sa mise en œuvre est entièrement assurée par les communautés autonomes depuis la dernière vague de décentralisation intervenue en 2002.

L'Etat, à travers l'Institut national de gestion sanitaire (INGES), a pour mission de garantir l'égalité d'accès aux soins et leur uniformité. Il définit pour ce faire un catalogue de soins qui dresse la liste des services gratuits, lesquels incluent en particulier les consultations en médecine générale et spécialisée, les services d'urgence, les transports sanitaires ainsi que les soins dans les hôpitaux publics.

Dans le respect de ces principes d'universalité et de gratuité, les communautés autonomes sont chargées d'organiser l'accès aux soins. L'assuré peut librement choisir son praticien (médecin généraliste, pédiatre ou dentiste) dans la zone où il réside et ne paie pas d'honoraires. Le personnel du SNS relève d'un statut particulier de la fonction publique régi par la législation nationale mais le recrutement et la rémunération relèvent de chaque communauté autonome dans le respect des principes généraux définis au niveau national. Une coordination a minima est prévue dans le cadre d'un « Conseil interterritorial du SNS » qui rassemble le ministre chargé de la santé et les conseillers des communautés autonomes en charge de la santé.

L'Etat conserve quant à lui la compétence exclusive de la politique du médicament et des formations sanitaires et sociales.

Au total, le système de protection sociale espagnol constitue un système « mixte » combinant, depuis 1986, de forts éléments de type « beveridgien » avec une conception assurantielle plus ancienne.

Il repose sur une répartition des compétences complexe - voire conflictuelle - régulée s'il le faut et en dernier recours par le Tribunal constitutionnel.

Mme Laurence Cohen. – *La crise économique et financière a mis un coup d'arrêt brutal à l'extension de la couverture sociale à de nouveaux risques et catégories d'assurés.*

Dans un premier temps, les prestations sociales ont connu une certaine amélioration dans le cadre du plan de relance du gouvernement Zapatero (2009-2010). Mais sous les effets conjoints de ce plan de relance massif (évalué à 7 points de PIB), de la chute des ressources fiscales, de l'augmentation mécanique des dépenses liées à la crise et du coûteux sauvetage du système bancaire, le niveau de la dette publique espagnole a considérablement augmenté, passant de 36 % du PIB en 2007 à plus de 68 % en 2011. Après une décennie d'excédents (1999-2009), les comptes sociaux ont connu une détérioration rapide à partir de 2010.

Dans un second temps, les politiques d'austérité amorcées sous le gouvernement Zapatero et poursuivies par celui de Mariano Rajoy après l'alternance politique de l'automne 2011 ont donc mis en œuvre un programme drastique d'assainissement budgétaire.

Quelles que soient leurs fonctions et leur appartenance politique, tous nos interlocuteurs en Espagne ont insisté sur l'ampleur et la gravité des réductions mises en œuvre. Aucune branche de la protection sociale n'a en effet été épargnée et le Gouvernement est revenu sur de nombreuses avancées qui avaient vu le jour dans les années d'avant-crise. Les communautés autonomes, qui représentaient environ la moitié des dépenses publiques et les deux tiers du déficit public espagnol en 2011, ont elles aussi été contraintes de revoir leurs politiques sociales pour tenir compte des coupes budgétaires imposées au niveau central. Les élu-es rencontré-e-s ont dénoncé les conséquences dramatiques de choix ainsi imposés concernant notamment les centres de santé, les hôpitaux de proximité avec des listes d'attente pour les opérations d'urgence qui deviennent exponentielles. Conséquences tout aussi dramatiques sur la cohésion sociale, le « mieux vivre ensemble. »

Permettez-moi de détailler quelque peu les principales mesures adoptées.

S'agissant du marché du travail, plusieurs réformes successives – mises en œuvre par des lois de septembre 2010, juin 2011 et février 2012 – sous couvert de simplification des règles de licenciement – ont considérablement réduit la protection des salarié-es. Outre l'introduction de procédures plus rapides, les indemnités de licenciement ont été fortement réduites, passant de 45 à 33 jours par année d'ancienneté, voire à 20 jours par année d'ancienneté dans le cas d'une entreprise déficitaire.

Les modalités d'indemnisation du chômage ont également été rendues plus restrictives en 2012 avec notamment : la réduction de 10 % des prestations à partir du septième mois d'indemnisation pour les nouveaux entrants. A compter du 181^e jour d'indemnisation, le montant de la prestation a ainsi été ramené de 60 % à 50 % du salaire de référence ; le resserrement des conditions d'accès au revenu actif d'insertion : le bénéficiaire doit avoir épuisé tous ses droits aux prestations chômage contributives et non contributives, n'avoir refusé aucune offre d'emploi, ni participé à des actions de formation ou de reconversion professionnelle au cours de l'année écoulée ; la suppression d'une allocation spécifique qui existait pour les personnes de plus de 45 ans et la réduction des prestations non contributives pour les personnes de plus de 52 ans ; la suppression de la prise en charge par le Sepe de 35 % des cotisations sociales dues par le bénéficiaire durant la période de chômage.

Comme nous l'a précisé le directeur général de la sécurité sociale, dans le domaine des retraites, les mesures adoptées sont à la fois paramétriques et structurelles.

Pour limiter le dynamisme des dépenses à court terme, l'indexation des pensions a été suspendue en 2011 (sauf pour les pensions non contributives et les pensions minimales) et la revalorisation limitée à 1 % en 2012 et 2013, puis 0,25 % en 2014.

Pour garantir la soutenabilité des régimes de retraite à un horizon de plus long terme, la réforme Zapatero entrée en vigueur le 1^{er} août 2013 prévoit le recul de l'âge légal de départ en retraite de 65 à 67 ans d'ici à 2027, l'augmentation du nombre d'annuités de référence pour le calcul du montant de la retraite de 15 à 25 ans d'ici 2022 et enfin une hausse de 2 ans de la durée de cotisation nécessaire pour obtenir une retraite à taux plein (de 35 à 37 ans). Cette réforme concerne à la fois les salariés et les fonctionnaires et s'accompagne d'un durcissement des conditions d'accès aux retraites anticipées ou partielles.

A la fin de l'année dernière a en outre été adoptée une loi prévoyant l'entrée en vigueur en 2019 d'un facteur de soutenabilité et d'équité intergénérationnelle destiné à réguler de manière automatique les pensions versées pour tenir compte des contraintes budgétaires et des évolutions de l'espérance de vie. Il sera calculé de sorte qu'aux revalorisations près le montant théorique touché pendant la retraite reste constant au fil des générations.

Un nouveau mécanisme de revalorisation des pensions, qui tient compte de l'écart entre la croissance des recettes de la sécurité sociale et la croissance des dépenses de pension, est par ailleurs entré en vigueur dès 2014.

Dans le domaine des prestations familiales, les mesures adoptées ont consisté à revenir sur un certain nombre d'avantages consentis en 2009 : suspension en 2010 du prolongement du congé parental porté de 13 à 20 jours entre 2007 et 2009 ; suppression en 2011 de la prime de 2 500 euros versée lors de la naissance ou l'adoption d'un enfant sous forme de crédit d'impôt ou de prestation.

Derrière la froideur des chiffres, se dessinent des drames humains ou pour le moins des situations individuelles et familiales fragilisées car plus précarisées !

En ce qui concerne la prise en charge de la dépendance, le Gouvernement a sensiblement réduit en juillet 2012 la portée de la réforme entrée en vigueur en 2007. Celle-ci prévoyait la mise en place d'un niveau minimum de protection financé et garanti par l'Etat, d'un deuxième niveau cofinancé par l'Etat et les communautés autonomes et d'un troisième niveau facultatif laissé à la discrétion de ces dernières. Se référant au coût plus élevé que prévu de cette réforme, le Gouvernement a progressivement augmenté la participation financière des bénéficiaires (de 10 % à 15 %), supprimé la prise en charge par l'Etat des cotisations sociales des aidants familiaux et réduit le montant maximal des prestations financières versées à ces derniers.

Dans le domaine de la santé, la réduction de l'effort public s'est notamment traduite par une plus grande participation des assurés au coût du médicament ainsi qu'aux transports sanitaires non justifiés par l'urgence, qui risquent de devenir

purement et simplement un transport payant. Suite à un décret royal adopté en 2012, qui a remplacé le système de santé universel par l'assurance de santé publique, le ticket modérateur est compris entre 40 % et 60 % du prix du médicament en fonction des revenus de l'assuré. Les retraités, qui étaient auparavant exemptés de toute participation, doivent aujourd'hui contribuer à hauteur de 10 % de ce prix.

Le Gouvernement a également cherché à préciser l'accès au SNS en le conditionnant à la qualité d'assuré social. Les personnes non assurées ou n'ayant pas la qualité d'ayant droit voient leur accès maintenu moyennant le paiement d'une contribution financière. Les étrangers en situation irrégulière n'ont quant à eux plus accès au SNS sauf s'ils sont mineurs, en cas de maternité et en cas d'urgence.

S'agissant par ailleurs des mesures portant sur les recettes de la sécurité sociale, l'assiette des cotisations sociales a été élargie par l'intégration de l'ensemble des éléments de rémunération, y compris en nature (comme les tickets restaurant ou les prestations sociales directement prises en charge par l'employeur).

Toutes ces mesures qui visent à assurer la réduction des dépenses publiques de santé engendrent des inégalités de plus en plus importantes.

A cela s'ajoute la remise en cause du droit à l'avortement, dans la logique d'une Europe qui glisse fortement du droit des femmes à disposer librement de leur corps à l'idée de « droit à la vie ».

M. Gilbert Barbier. – La crise a également conduit le Gouvernement à préciser les modalités de gouvernance et de régulation des finances publiques et sociales.

La prise en charge des besoins de financement de la sécurité sociale - dont les pensions de retraite constituent la grande majorité des dépenses - fait intervenir un fonds de réserve de la sécurité sociale institué en 1997 dans la continuité du Pacte de Tolède qui, signé par toutes les forces politiques et sociales du pays, visait à établir une feuille de route pour garantir la soutenabilité des prestations sociales. Il a été décidé en 2003 que l'utilisation de ce fonds serait réservée au financement des pensions contributives et qu'il ne pourrait être mobilisé qu'à hauteur de 3 % au maximum du montant des pensions contributives.

Pour faire face à la persistance des difficultés financières et assurer le financement des pensions, l'application de cette limite a été suspendue pour les années 2012, 2013 et 2014 dans le cadre d'une loi organique qui oblige les administrations de sécurité sociale à maintenir leurs comptes à l'équilibre ou en excédent. Si cette obligation n'est pas remplie, le déficit maximum autorisé pour l'administration centrale est minoré à hauteur du déficit enregistré par la sécurité sociale. Le Gouvernement a ainsi été autorisé à disposer du fonds de réserve dans la limite du montant du déficit de la sécurité sociale. En 2012 et 2013, 18,6 milliards d'euros ont été mobilisés pour financer le déséquilibre des comptes sociaux. Fin 2013, le niveau du fonds de réserve atteignait 53,7 milliards d'euros.

La loi organique de 2012 fixe également les conditions dans lesquelles les communautés autonomes doivent respecter un objectif global de déficit et de dette publics, notamment pour leurs dépenses de santé.

L'adoption de ce nouveau cadre de gouvernance et de ces nombreuses réformes structurelles, qui se traduisent par des critères d'éligibilité plus stricts pour l'accès à un grand nombre de dispositifs, ont mécaniquement amoindri le rôle d'amortisseur et de stabilisateur joué par les dépenses de protection sociale.

La profondeur et la durabilité de la crise ainsi que l'ampleur des efforts d'assainissement ont conduit à une très forte dégradation de la situation sociale. Les associations que nous avons rencontrées (Caritas, la Croix Rouge, le Mouvement pour la paix) ont de manière unanime - et sans surprise hélas - alerté sur le nombre sans cesse croissant de personnes en situation de précarité, voire de pauvreté.

L'une des manifestations les plus visibles des difficultés rencontrées est sans doute la dégradation du marché du travail. Entre 2008 et 2013, le taux de chômage espagnol est en effet passé de 8 % à 27 %, ce qui correspond à une augmentation de 4,3 millions du nombre de demandeurs d'emploi. Les jeunes générations sont particulièrement touchées puisque le taux de chômage des 20-24 ans s'élevait à 49 % en 2012 contre 17 % en 2007.

Entre 2007 et 2009, un million de personnes supplémentaires ont basculé sous le seuil de pauvreté selon l'enquête sur les conditions de vie de l'Institut national de la statistique espagnol (INE). Le taux de pauvreté atteignait près de 21,8 % en 2011 contre 14 % en France et 17 % en moyenne dans l'Union européenne. Le nombre de travailleurs pauvres est estimé à 940 000. Le Mouvement pour la paix demeure en outre particulièrement préoccupé par l'importance de la pauvreté infantile qui place l'Espagne au deuxième rang après la Grèce au sein de l'Union européenne.

***Mme Laurence Cohen.** – Dans ce contexte, les observateurs de la société espagnole soulignent l'émergence d'une défiance croissante envers les institutions de la protection sociale et leur capacité à remplir les objectifs qui leur sont assignés.*

De manière générale, l'Union générale des travailleurs (UGT) et les Commissions ouvrières (CCOO), qui représentent les deux confédérations syndicales majoritaires du pays, dénoncent l'échec des politiques mises en place pour lutter contre la crise et en appellent à une coordination accrue des systèmes fiscaux et sociaux entre Etats membres de l'Union européenne. Elles rappellent que, dans le contexte de régression du pouvoir d'achat et de paupérisation, de nombreux Espagnols ont choisi la voie de l'émigration. Entre 2008 et 2012, près d'un demi-million d'entre eux ont en effet quitté le pays.

Un grand nombre de nos interlocuteurs ont également insisté sur les lourdes menaces qui pèsent selon eux sur le caractère universel du système de santé espagnol pourtant réputé comme l'un des meilleurs au monde d'après les indicateurs sanitaires de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). Pour les groupes politiques d'opposition, les syndicats et les associations, les déremboursements de médicaments et les restes à charge ont touché les populations les plus vulnérables. Ils soulignent le risque d'exclusion de certaines catégories de la population (retraités, personnes à faibles revenus, étrangers) et critiquent les projets adoptés par plusieurs communautés autonomes, comme celles de Madrid ou de Valence, visant à mettre en place une gestion privée de certains services hospitaliers.

De même, ils regrettent les évolutions restrictives apportées aux dispositifs de prise en charge de la dépendance alors que l'Espagne est l'un des pays les plus concernés par le phénomène de vieillissement démographique. Pour mémoire, l'OCDE la place en seconde position après le Japon au regard de la proportion de personnes âgées de plus de 80 ans à l'horizon 2050.

Enfin, comme nous avons pu nous en rendre compte à l'occasion de nos déplacements à Parla et à Tolède, la crise et les réponses qui lui ont été apportées ont exacerbé les fortes tensions institutionnelles et politiques qui caractérisent l'organisation territoriale espagnole, en particulier dans le domaine social.

De l'avis général, la décentralisation des compétences en matière sociale et sanitaire constitue un point positif. Chacun reconnaît cependant qu'elle s'accompagne d'importantes inégalités territoriales, que les mesures d'austérité ont eu tendance à renforcer selon les responsables politiques locaux que nous avons rencontrés.

Mme Annie David, présidente. – *Situées en première ligne des difficultés sociales, les municipalités tentent, tant bien que mal, d'atténuer les conséquences de la crise (à travers, par exemple, la mise en place « de bourses de réfectoire » à Tolède ou d'aides alimentaires d'urgence à Parla – où le taux de chômage s'élève à 50 % de la population). Mais leur gestion sociale est rendue très difficile par l'étroitesse de leurs marges de manœuvre et la diminution des fonds attribués par les communautés autonomes. Dans ce contexte, les communes se montrent particulièrement préoccupées par le vaste plan de rationalisation des compétences territoriales mis en œuvre par l'Etat central, qui envisage de leur retirer les quelques compétences résiduelles détenues en matière sociale pour les transférer intégralement aux communautés autonomes.*

Les nombreuses spécificités évoquées ne nous autorisent à établir des comparaisons, notamment avec la France, qu'avec une grande prudence. Je souhaiterais néanmoins formuler sous cette réserve deux observations avant de conclure.

Il convient tout d'abord de revenir quelques instants sur les caractéristiques particulières de la structure des dépenses sociales en Espagne, que la crise a eu pour conséquence d'accentuer.

Compte tenu des grandes difficultés rencontrées en matière d'emploi, la part relative des prestations chômage s'avère élevée et a tendance à croître : de l'ordre de 12,5 % en 2006, elle s'établit aujourd'hui à 14,6 %, contre 5,6 % pour la moyenne européenne.

La part des pensions de vieillesse dans le total des prestations sociales (44 %) est légèrement inférieure à la moyenne européenne (45,7 %) mais augmente régulièrement avec le vieillissement de la population.

En revanche, les prestations familiales, qui représentent 5,4 % du total des dépenses sociales contre 8 % en moyenne dans l'Union européenne, ainsi que les allocations logement et les dépenses consacrées aux autres prestations de lutte contre l'exclusion sociale (1,7 % en Espagne contre 3,6 % en moyenne dans l'UE) apparaissent relativement peu étendues et leur part relative a diminué au cours de la crise.

Dans ces conditions, comme nous l'a confirmé la directrice de l'enfance et de la famille au ministère des affaires sociales, pour qui la France fait encore figure de modèle, les mesures prévues risquant néanmoins d'y porter atteinte, la crise a conduit à une réactivation des solidarités familiales et de proximité, dont l'une des manifestations est le retour du phénomène de cohabitation intergénérationnelle.

Notre interlocutrice soulignait en outre que les subventions allouées par l'Etat aux organisations non gouvernementales (ONG) représentaient le seul poste budgétaire de sa direction dont le niveau avait augmenté au cours de la crise. A cet égard, les associations que nous avons rencontrées ne remettent bien sûr pas en cause la légitimité de leurs missions - dans lesquelles les citoyens espagnols placent une grande confiance - mais elles estiment être trop souvent mobilisées pour pallier les carences des pouvoirs publics.

En tout état de cause, alors même qu'il avait atteint une certaine maturité pour affronter de nouveaux défis, comme le vieillissement démographique, le système de protection sociale espagnol voit son développement fortement contrarié par la lenteur avec laquelle se résorbent les déséquilibres, et sans doute aussi par les mesures d'économie drastiques mises en œuvre.

Pourtant, les représentants de la majorité politique et des organisations d'employeurs considèrent que la société espagnole a aujourd'hui surmonté les difficultés les plus importantes générées par la crise et placent de nombreux espoirs dans les premiers signes de reprise économique apparus depuis le troisième trimestre de l'année 2013. Une croissance positive est attendue pour 2014 (+ 0,6 % selon les prévisions du FMI) et la Commission européenne a jugé que les efforts structurels demandés avaient été réalisés pour assainir le secteur bancaire.

Nous pouvons cependant craindre que la situation sociale du pays ne profite pas de ce frémissement de reprise et que la population espagnole attende encore avant de connaître une amélioration de leur protection sociale, et de fait de leurs conditions de vie. L'endettement privé reste important puisqu'il atteignait 215 % du PIB en 2012 (contre 161 % en France). Surtout, malgré les premiers signes de reprise, le taux de chômage demeure toujours aussi élevé, atteignant 25,8 % à la fin du premier trimestre de cette année, soit un niveau qui place le pays en seconde position après la Grèce.

La persistance d'un taux de chômage élevé compromet à court terme la possibilité pour le système de protection sociale espagnol de retrouver les ressources sur lesquelles il avait pu fonder son essor. Il nous paraît donc que l'optimisme affiché par les autorités nationales doit être accueilli avec circonspection.

En effet, et à titre plus personnel, il me semble que cet éclairage du système de protection social espagnol doit nous interroger sur les avantages mais aussi les limites d'un système autant décentralisé, au regard notamment des responsabilités de chacune des collectivités en présence et parfois des antagonismes entre elles, de la mission unique du ministère de la santé qui est de fixer les grandes orientations des politiques sociales à travers l'adoption de plans et de schémas pluriannuels dans les différents domaines concernés et des inégalités d'accès que cela induit ; cela a déjà été dit mais l'Espagne est aujourd'hui classée deuxième la pauvreté des enfants... car, oui, cet affaiblissement du système de protection sociale aggrave les inégalités.

Tels sont, mes chers collègues, les remarques que je souhaitais partager avec vous et les principaux éléments d'information et d'observation que nous voulions, avec mes trois collègues, car j'associe Gérard Roche, vous livrer au terme de cette mission très dense.

Je veux, pour terminer, souligner l'accueil très chaleureux qui nous a été réservé par nos hôtes, la parfaite information qu'ils ont su nous procurer ainsi que le concours particulièrement actif de notre ambassade de Madrid pour l'organisation et le bon déroulement de notre mission.

La commission autorise la publication du rapport d'information.

LISTE DES PERSONNES RENCONTRÉES

Mission d'étude en Espagne du 21 au 25 avril 2014

- **Sénat**

- **Mme María del Carmen de Aragón Amunárriz**, présidente de la commission des affaires sociales (PP, Avila)

- **M. Francisco José Fernández Pérez**, premier vice-président de la commission des affaires sociales (PP, Orense)

- **M. Ibán García del Blanco**, second vice-président de la commission des affaires sociales (PSOE, León)

- **M. Jesús Enrique Iglesias Fernández**, membre de la commission des affaires sociales (IU, Principauté des Asturies)

- **Mme Begoña Contreras**, membre de la Commission des affaires sociales (PP, Burgos)

- **M. Jesús Aguirre**, membre de la commission des affaires sociales (PP, Cordoue)

- **Congrès des Députés**

- **Mme Trinidad Jiménez García-Herrera**, députée (PSOE, Malaga) ancienne ministre de la santé et des affaires étrangères, secrétaire en charge de la politique sociale au PSOE

- **Mme Guadalupe Martín González**, députée (PSOE, Tolède), porte-parole adjointe de la commission santé

- **Mme Mireya Fuente Martín**, coordinatrice du secrétariat pour la politique sociale au PSOE

- **Gouvernement et Ministères**

- La Moncloa*

- **M. Javier Soria Quintana**, conseiller diplomatique de Soraya Sáez de Santamaría, vice-présidente du gouvernement

- **Mme Cristina Rodenas**, conseillère diplomatique de Fatima Bañes, ministre de l'emploi

- **Mme Pilar Madrid Yagüe**, directrice de cabinet du secrétaire d'Etat à la sécurité sociale

Ministère de l'emploi et de la sécurité sociale

- **M. Rafael Antonio Barberá de la Torre**, directeur général de la sécurité sociale

- **Mme Pilar Madrid Yagüe**, directrice de cabinet du secrétaire d'Etat à la sécurité sociale

- **Mme Luisa Cano de Santayana**, conseillère du secrétaire d'Etat à la sécurité sociale

- **M. Daniel García Sánchez**, conseiller technique du secrétaire d'Etat à la sécurité sociale

- **Mme Maria Jesus Pérez Arias**, directrice de programme au cabinet du secrétaire d'Etat à la sécurité sociale

- **Mme Teresa Quílez Félez**, sous-directrice générale de la planification et de l'analyse économique et financière à la direction générale de la sécurité sociale

Ministère de la santé, des services sociaux et de l'égalité

- **Mme María Salomé Adroher Biosca**, directrice générale pour la famille et l'enfance

• **Junta de la communauté autonome de Castille-la Manche**

- **M. José Ignacio Echániz Salgado**, conseiller pour la santé et les affaires sociales, secrétaire national du PP pour les affaires sociales

- **M. José María Dívar**, secrétaire général pour les affaires sociales et le volontariat

- **M. Luis Miguel Carretero Alcántara**, directeur général du service de santé de Castille-la Manche

• **Municipalités**

Parla

- **M. José María Fraile Campos**, maire de Parla

- **Mme María José López Bandera**, première adjointe

- **Mme María José López Bandera**, première adjointe

- **M. Antonio Gallego**, directeur du centre d'action sociale

Tolède

- **M. Emiliano García-Page Sánchez**, maire

- **Mme Ana María Saavedra Revenga**, conseillère « bien-être social, égalité et participation citoyenne »

- **Partenaires sociaux**

Confédération espagnole des entreprises (CEOE)

- **Mme Ana Isabel Herráez Plaza**, adjointe du directeur du département des relations de travail

- **M. Juan Carlos Tejeda Hisado**, chef du service de l'éducation et de la formation au département des relations de travail

- **Mme Marina Gordón Ortiz**, chef du service de la protection sociale

Union générale des travailleurs (UGT)

- **Mme Carmen López Ruiz**, secrétaire confédérale pour la politique sociale

- **Mme Valérie Parra**, en charge des affaires internationales

- **M. Martín Hermoso**, administrateur au secrétariat confédéral pour la politique sociale

Commissions ouvrières (CCOO)

- **M. Carlos Bravo Fernández**, secrétaire confédéral pour la protection sociale et les politiques publiques

- **M. José Campos**, secrétaire confédéral pour les relations institutionnelles

- **Mme Begoña del Castillo**, coordinatrice au secrétariat confédéral pour les affaires internationales et la coopération (zone Europe)

- **M. Enrique Martín-Serrano**, adjoint au secrétaire confédéral pour la protection sociale et les politiques publiques

- **Associations**

Croix-Rouge Espagnole

- **M. José Sanchez Espinosa**, sous-directeur

Cáritas

- **M. Sebastián Mora Rosado**, secrétaire général

Movimiento por la Paz

- **Mme Francisca Sauquillo**, présidente