

rencontres
enseignement
actions
recherches
gestion
dossiers
sécurité
sociale

regards

d o s s i e r

La gestion du risque



numéro 39 • janvier 2011


en3s

ÉCOLE NATIONALE SUPÉRIEURE
DE SÉCURITÉ SOCIALE

www.en3s.fr

s o m m a i r e

1 LES ÉVOLUTIONS DE LA PROTECTION SOCIALE **La gestion du risque**

Coordonnateurs

Claude Bigot,
Directeur de l'EN3S

Pascal Emile,
Directeur de la CARSAT
du Centre

- **La gestion du risque : définitions, contenus et regards croisés**
par Jean-Philippe Vinquant, Inspecteur général des Affaires sociales, Secrétaire général du Haut conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie 9
- **On ne responsabilise pas les assurés sociaux par décret**
par Gilles Huteau, Directeur de la CPAM de la Somme 22
- **Maîtrise et action sociale des CAF**
par Olivier Maniette, Sous-directeur à la Caisse Nationale des Allocations Familiales, en charge du département de la gestion et du financement de l'action sociale 41
- **La gestion du risque de sous-déclaration ou la politique de contrôle d'assiette salariale en URSSAF à travers la pratique de l'URSSAF de Paris/région parisienne**
par Aurélie Naud, Sous-directeur chargée du contrôle à l'URSSAF de Paris/région parisienne 50

- **Gestion du risque AT-MP et action sur le comportement des entreprises**
 par Stéphane Seiller, Directeur des risques professionnels à la CNAMTS 57
- **Quelle approche de gestion du risque en interbranche à la Sécurité sociale ?**
 par Pascal Émile, Directeur de la Caisse de Retraite et Santé au Travail (CARSAT) du Centre 69
- **Peut-on parler d'une gestion du risque en matière de retraites ?**
 par Pierre Mayeur, Directeur de la CNAV 76
- **La gestion du risque à la Mutualité Sociale Agricole**
 par Philippe Lafon, Directeur de la Santé à la CCMSA, Françoise Vedel, Directeur de la Maîtrise des risques à la CCMSA 86
- **Le non-recours aux droits sociaux**
 par Philippe Warin, Directeur de recherche au CNRS (Laboratoire « PACTE », Science Po Grenoble), Responsable de l'Observatoire des non-recours aux droits et services (ODENORE) 97
- **La gestion du risque par les complémentaires Santé**
 par l'UNOCAM (Union Nationale des Organismes d'Assurance Maladie Complémentaire) 112
- **La gestion du risque assurantiel en santé : des divergences sur son périmètre, un consensus sur sa pertinence**
 par Aquilino Francisco, Sous-directeur à la CPAM de Versailles 128

2. LE MANAGEMENT DE LA PROTECTION SOCIALE : TENDANCE ET ÉVOLUTION

- **La pré-instruction des demandes de CMU-C par les CAF dans le cadre de la mise en place du RSA**
 par Jean-François Chadelat, Directeur du Fonds CMU, Raphaëlle Verniolle, Adjoint au Directeur du Fonds CMU, Murielle Angèle, Conseiller technique au Fonds CMU 153

- **Plates-formes téléphoniques et Caisses d'allocations familiales**
 par Christophe Demilly, Directeur de la CAF d'Ille-et-Vilaine,
 Professeur associé à l'IEP de Rennes 159
- **S'unir pour mieux lutter contre la fraude**
 par Christophe Demilly, Directeur de la CAF d'Ille-et-Vilaine,
 Professeur associé à l'IEP de Rennes 169
- **Les URSSAF peuvent-elles postuler au label « entreprise socialement responsable » ?**
 par Vincent Ravoux, Directeur général de l'URSSAF,
 Yves Reboullat, Directeur de l'organisation de l'URSSAF
 de Paris/région parisienne 176

3

REGARDS DES ACTEURS

- **LFSS 2011 : la promo 1996 à l'honneur**
 par Maurice Trépreau, Largotec, Université Paris Est 201
- **Mondialisation : le retour du social ?**
 par Agnès Plassart, Déléguée du GIP SPSI (Groupe d'Intérêt
 Public Santé et Protection Sociale Internationale),
 Christian Rollet, Président du CIAS (Centre Intercommunal
 d'Action Sociale) 214
- **Sophia, une plate-forme d'accompagnement des diabétiques à Albi : regards prospectifs et rétrospectifs sur une expérience singulière**
 par Michel Davila, Caisse primaire d'Assurance maladie
 d'Albi 227
- **Le RSA, 18 mois après... (le cas de l'Ille-et-Vilaine)**
 par Éric Prola, Directeur de l'offre de service
 aux allocataires à la CAF d'Ille-et-Vilaine,
 Christophe Demilly, Directeur de la CAF d'Ille-et-Vilaine,
 Professeur associé à l'IEP de Rennes 239
- **Le rapport du Conseil des prélèvements obligatoires sur les niches fiscales et sociales**
 par Jean-François Chadelat, Inspecteur général
 des Affaires sociales, Membre du Conseil
 des prélèvements obligatoires 246

- **La certification ISO 9001 dans le réseau des Centres d'examen de santé de l'Assurance maladie**
 par Martine Morel, Martine Morel Conseil,
 Norbert Deville, Directeur général du CETAF,
 Emmanuel Amsallem, Responsable pôle qualité
 et offres de service, CETAF 253

4 BIBLIOGRAPHIE

- Ouvrages sélectionnés par le Centre de documentation de l'EN3S 265
- Notes de lecture 267



COMPOSITION DU COMITÉ DE RÉDACTION

- ✎ **M. Gérard ARCEGA**, Président honoraire de l'Association des anciens élèves de l'EN3S, Directeur évaluateur – CNAMTS
- ✎ **M. Gilles ARZEL**, Directeur évaluateur – CNAMTS
- ✎ **M. Claude BIGOT**, Directeur de l'École Nationale Supérieure de Sécurité sociale
- ✎ **M. Pierre-Louis BRAS**, Inspecteur des Affaires sociales
- ✎ **M. Jean-François CHADELAT**, Inspecteur général des Affaires sociales, Directeur du fonds CMU
- ✎ **M. Alain CHAILLAND**, Conseiller Référendaire à la Cour des Comptes
- ✎ **M. Julien DAMON**, Professeur associé à Sciences-Po
- ✎ **M. Christophe DEMILLY**, Directeur de la Caisse d'Allocations Familiales d'Ille-et-Vilaine
- ✎ **M. Pascal ÉMILE**, Directeur de la CARSAT (Caisse de Retraite et de Santé au Travail) du Centre
- ✎ **M. Philippe GEORGES**, Inspecteur général des Affaires sociales
- ✎ **M. Gilles HUTEAU**, Directeur de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de la Somme
- ✎ **M. Xavier PRETOT**, Conseiller à la Cour de Cassation, Professeur associé à l'Université Panthéon-Assas (Paris II)
- ✎ **M. Vincent RAVOUX**, Directeur général de l'URSSAF de Paris et de la région parisienne
- ✎ **M. Jean-Louis REY**, Chef de service adjoint au Directeur de la Sécurité sociale Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé



ÉCOLE NATIONALE SUPÉRIEURE
DE SÉCURITÉ SOCIALE

POUR EN SAVOIR PLUS

**sur les sommaires des précédents numéros
ou pour commander les numéros
qui vous intéressent**

www.en3s.fr

ou

Tél. 04.77.81.15.15 – Fax 04.77.81.15.00



1

LES ÉVOLUTIONS DE LA PROTECTION SOCIALE

La gestion du risque

LE RAPPORT EST FORMEL :
SI L'ON VEUT QUE LA GESTION
DU RISQUE SOIT EFFICACE, IL
FAUT CESSER TOUTE ACTIVITÉ!
IMMÉDIATEMENT !!



Jean-François CONRAUX, ancien Directeur des finances et de la comptabilité de la CPAM de Nancy



La gestion du risque : définitions, contenus et regards croisés

Jean-Philippe Viquant

Inspecteur général des Affaires sociales, Secrétaire général du Haut conseil
pour l'avenir de l'Assurance maladie

Le présent article a pour unique ambition de faire une introduction *en survol* de la notion de gestion du risque et de ses développements récents. Celle-ci a en effet connu une grande actualité en 2008 et 2009, lors de la préparation et de la discussion de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Les articles du présent dossier vont en développer des aspects approfondis, propres au champ d'action professionnel ou aux centres d'intérêt de leurs auteurs.

Comme toute notion polysémique, elle nécessite une clarification. Car son emploi même peut prêter à confusion dans le monde de la Protection sociale – singulièrement celui de l'Assurance maladie et de la santé.

Cette clarification, j'ai dû la faire moi-même quand j'ai été nommé sous-directeur du financement du système de soins à la direction de la Sécurité sociale, en 2005. Le directeur de la Sécurité sociale venait en effet de créer au sein de la sous-direction une « mission de la coordination et de la gestion du risque maladie ». Je me suis alors posé la question : mais qu'est-ce que c'est, la gestion du risque ?

I. La distinction entre la « gestion des risques » et la « gestion du risque »

L'usage des termes *gestion du* ou *des* risque(s) au singulier ou pluriel marque une différence.

Certes, c'est bien à l'origine dans le même sens que le mot risque est employé : celui d'un *péril dans lequel entre l'idée de hasard*, selon la première acception qu'en retient le Littré dans son édition de 1958.

Dans certains domaines d'activité industrielle ou de service, au premier chef l'aéronautique, la notion de risque a été et reste utilisée dans

Article L. 111-1

L'organisation de la Sécurité sociale est fondée sur le principe de solidarité nationale.

Elle garantit les travailleurs et leur famille contre les risques de toute nature susceptibles de réduire ou de supprimer leur capacité de gain. Elle couvre également les charges de maternité, de paternité et les charges de famille.

Elle assure, pour toute autre personne et pour les membres de sa famille résidant sur le territoire français, la couverture des charges de maladie, de maternité et de paternité ainsi que des charges de famille.

Cette garantie s'exerce par l'affiliation des intéressés et le rattachement de leurs ayants droit à un (ou plusieurs) régime(s) obligatoire(s). Elle assure le service des prestations d'assurances sociales, d'accidents du travail et maladies professionnelles, des allocations de vieillesse ainsi que le service des prestations familiales dans le cadre des dispositions fixées par le présent Code.

Dans le secteur des assurances individuelles, c'est bien le risque lié au naufrage, à l'incendie, à l'accident, au vol, au décès qui est couvert. L'assurance est donc un mécanisme de mutualisation du risque, qui est un événement forcément incertain et aléatoire. Potentiellement catastrophique, il peut dépasser la capacité individuelle à réparer un dommage ou compenser une perte.

Les risques sont donc au cœur de tout dispositif d'assurance. S'ils sont assurés par un dispositif à adhésion obligatoire, financé par des prélèvements obligatoires (cotisations ou impôt), on parle d'assurances sociales, synonymes en France de Sécurité sociale. Les prestations sont versées en contrepartie des contributions versées par les assurés (ou leurs employeurs).

S'il est assuré individuellement, l'assurance est un service, qui fournit une prestation lors de la survenance d'un risque. Le contrat d'assurance est un contrat de transfert de risque : l'assuré cède un risque, et la compagnie d'assurances accepte le risque en échange d'une prime.

Mais c'est par un glissement sémantique intéressant que l'expression *gestion du risque* est apparu, comme nous le verrons en partie 3.



II. La gestion des risques : l'exemple des établissements de santé

L'exemple des établissements de santé est particulièrement révélateur, allant bien au-delà des risques liés aux activités médicales et de soins, couramment appelés *risques cliniques*. Des risques particuliers s'attachent également au séjour des patients dans un lieu qui concentre des éléments pathogènes. Mais les hôpitaux sont également soumis aux risques communs à toutes les organisations complexes comme les risques techniques, environnementaux, informatiques.

La circulaire DHOS/E2/E4, n° 176 du 29 mars 2004, a défini par ses recommandations le cadre de la mise en place de programmes de gestion des risques dans les établissements de santé.

Chaque établissement de santé doit développer un programme de gestion globale et coordonnée des risques. Ce programme comporte les objectifs à atteindre et les actions à mener en matière de prévention et de maîtrise des risques, de sensibilisation, d'information, de formation et d'évaluation du programme. L'objectif est bien entendu d'assurer la sécurité de l'activité de soin, et d'éviter les événements indésirables graves, qui sont la conséquence la plus dramatique d'un dysfonctionnement ou d'une erreur.

Ce programme est piloté par un comité de pilotage, réunissant au minimum le directeur, le directeur des soins et le président de la commission médicale d'établissement (ou de son équivalent pour les établissements privés).

La prévention du risque infectieux et des infections nosocomiales, pouvant être contractées au cours d'un séjour hospitalier a fait l'objet d'une mobilisation de grande ampleur depuis 1995. Le risque de contracter une infection nosocomiale lors d'un séjour hospitalier a été évalué à un peu moins de 5 % lors de la dernière nationale conduite par l'Institut national de veille sanitaire. Le nombre de décès annuel a été évalué à 4 000 par an par l'étude ENEIS 2005 de la DREES.

Des plans de lutte contre les infections nosocomiales ont été adoptés pour réduire leur fréquence, ainsi que le risque de développement de bactéries résistantes liées à un mauvais usage des antibiotiques dans les établissements de santé.

Dans le cadre du plan stratégique national 2009-2013 de prévention des infections associées aux soins, un programme national de prévention des infections nosocomiales a été adopté pour les années 2009-2013.



Les actions reposent principalement sur la sensibilisation et la formation des professionnels hospitaliers sur les bonnes pratiques de nature à réduire les risques.

Au sein des établissements, la lutte contre les infections nosocomiales est coordonnée par un Comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) et conduite par les équipes opérationnelles d'hygiène. Les résultats des actions sont suivis au niveau national et local aux travers de plusieurs indicateurs.

Cette démarche de réduction des infections associées aux soins, transversale à l'ensemble des activités et des personnels des établissements, qui concerne également les autres secteurs que sont les professionnels libéraux et les établissements médico-sociaux, est considérée comme un modèle qui pourrait être repris pour la gestion d'autres risques liés aux soins, comme l'extrait ci-dessous le montre ¹.

III. La gestion du risque appliquée à la Sécurité sociale et aux assurances

Dans la sphère de la Protection sociale et des assurances, on a vu que le concept de risque est employé de longue date.

Mais le mot risque est utilisé dans un sens différent de son acception première. C'est la deuxième définition qu'en donne le Littré : « Se dit, dans les sociétés d'assurance, de chaque édifice, mobilier, navire ou cargaison, que l'on assure ». C'est ainsi qu'on désigne, de nos jours, les différents types de contrats qui sont proposés communément par les assureurs : le risque habitation, le risque automobile, le risque vie et ... le risque santé.

1. Extrait du *Plan stratégique national 2009-2013 de prévention des infections associées aux soins*.
 Pour tous les professionnels de santé, il est important de rappeler que la survenue d'une Infection associée aux soins [IAS] n'implique pas automatiquement une faute de leur part. Il existe des facteurs de risque qui ne dépendent ni d'eux, ni de leur établissement. Dès lors, et conformément au principe d'une meilleure mobilisation des ressources humaines par le développement de collaborations concrètes, il paraît pertinent de croiser l'approche de terrain des professionnels de l'hygiène et celle des spécialistes de la Gestion des risques (GDR), dont les outils d'analyse des risques doivent permettre de mieux prendre en compte les facteurs endogènes et exogènes aux soins, conduisant à la diffusion des phénomènes infectieux. (...)
 La gestion clinique des IAS (approche à partir des cas) sera ainsi complétée par une gestion globale des situations, dans une approche de santé publique.
 Dans les établissements de santé, il s'agit de renforcer la coordination déjà initiée entre prévention des IAS et Gestion des risques (GDR). (...)
 Dans ces établissements, l'évaluation de l'organisation de la GDR est en cours. Elle permettra d'affiner les dispositions à prendre, afin de renforcer les capacités de réaction en matière de gestion du risque infectieux. L'idée-force est que le secteur de l'hygiène hospitalière, qui est le plus structuré et qui a su le mieux mobiliser les établissements de santé depuis 20 ans, doit servir de modèle à la gestion des autres risques associés aux soins. La démarche à conduire passe, pour chaque établissement, par l'élaboration d'un programme d'action sur la base des résultats d'une évaluation des risques associés aux soins, par l'organisation d'une coordination professionnelle entre les experts des différents risques associés aux soins et les gestionnaires des risques et par la mise en place de modalités souples de consultation et de suivi pour l'ensemble des risques associés aux soins.

1

LES ÉVOLUTIONS
DE LA PROTECTION
SOCIALE

On voit aisément ce que cette évolution implique : on ne désigne plus les dangers qui menacent un bien ou une personne, mais bien une catégorie de biens ou de personnes assurés contre le même risque.

Dans la sphère de la Sécurité sociale, cette même évolution s'est produite. Si on peut considérer que parler de *risque maladie* ou *vieillesse* reste proche du premier sens du mot risque, dès lors qu'on parle du risque *famille*, on est dans une autre approche : on désigne un ensemble de prestations versées à une population assurée.

L'ordonnance du 21 août 1967 relative à l'organisation administrative et financière de la Sécurité sociale se situe au milieu du gué dans ce cheminement vers la notion de *gestion du risque*.

Son article 55 relatif aux missions des Caisses générales de Sécurité sociale indique que « les Caisses générales de sécurité ont pour rôle : 1° D'assurer pour l'ensemble des salariés, y compris les salariés agricoles, la gestion des risques maladie, maternité, décès et invalidité, la gestion des risques d'accidents du travail et des maladies professionnelles (...) ».

Elle donne bien aux CGSS une mission de gestion des risques au pluriel, mais on sent que chacun d'entre eux doit faire l'objet d'une gestion du risque maladie, du risque AT-MP, etc.

Dans ce sens, la gestion du risque revêt un nouveau sens : elle englobe l'ensemble des actions que peut mener une branche, à travers ses organismes nationaux ou locaux, pour servir au mieux ses prestations.

La mission de tout assureur, qu'il soit public et privé, est en effet de s'assurer que ses garanties interviennent à bon escient :

- en contrepartie d'un risque qui s'est réellement produit ;
- que ce risque n'est pas le fait du comportement, intentionnel ou non, de l'individu, par un phénomène d'aléa moral ; des actions de prévention pourront être menées pour limiter le risque ;
- que les garanties soient servies dans le respect de la législation ou d'un contrat, en fonction d'un barème ou d'un montant fixé par voie réglementaire ;
- que la prestation qui sera servie indemnise à son juste niveau les dommages causés par le risque. L'assureur pourra contractualiser avec des offreurs de service réparateur pour offrir à l'assuré des tarifs compatibles avec ses garanties (par ex. : contrats entre des assureurs et des garagistes). Dans le monde de la santé, on peut citer les conventions de l'Assurance maladie avec les médecins, et les contrats des complémentaires Santé avec des opticiens dans le cadre de réseaux ;

- que les personnes assurées aient une bonne connaissance de leurs droits et reçoivent une aide et une information appropriée leur permettant de les faire valoir.



Le passage à la notion de *gestion du risque* est apparue très tôt dans le monde des assurances privées.

Ce n'est pas un hasard si la revue de la Fédération française des sociétés d'assurance (FFSA) s'appelle *Risques* et traite abondamment de gestion du risque.

1996 : la montée en puissance de la notion de gestion du risque

Dans la Sécurité sociale, elle a été consacrée plus tardivement comme une mission à part entière, par l'ordonnance du 24 avril 1996 portant mesures relatives à l'organisation de la Sécurité sociale. Si elle concerne l'ensemble des branches, elle est plus marquée dans la branche maladie.

Ainsi, dans le cadre des conventions d'objectifs et de gestion créées par cette ordonnance et conclues avec la CNAMTS, la CNAV, la CNAF et l'ACOSS, il est prévu que celles-ci « précisent : 1^o Les objectifs liés à la mise en œuvre des dispositions législatives et réglementaires qui régissent la gestion du risque, le service des prestations ou le recouvrement des cotisations et des impôts affectés ».

Dans la branche maladie, l'ordonnance va plus loin en prévoyant que chaque année (art. 16) : « Les conseils d'administration des Caisses primaires d'Assurance maladie arrêtent chaque année, sur proposition du directeur, un plan d'action en matière de gestion du risque maladie. Ce plan détermine notamment, au vu des objectifs nationaux et régionaux et des évaluations des actions poursuivies les années précédentes, les actions à mener de façon coordonnée par les services administratifs de la Caisse et l'échelon local du contrôle médical et, en tant que de besoin, les modalités de cette coordination. »

Enfin, les (défuntes) Unions régionales des Caisses d'Assurance maladie (art. 22) devaient définir chaque année, « dans son ressort territorial, une politique commune de gestion du risque, notamment dans le domaine des dépenses de soins de ville, et de veiller à sa mise en œuvre ».

Si la notion de gestion du risque s'impose, on note que la définition donnée par la loi n'est pas extraordinairement précise.

1

LES ÉVOLUTIONS
DE LA PROTECTION
SOCIALE

Le Haut conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie, créé en octobre 2003, s'est, dès son premier rapport de janvier 2004², penché sur ce sujet pour tenter de mieux définir le concept.

S'agissant du champ de la gestion du risque maladie par rapport aux autres composantes des politiques de régulation de la dépense, le rapport de janvier 2004 identifiait quatre fonctions fondamentales du système d'Assurance maladie : cadrage de la prise en charge, organisation du système de soins, gestion médicalisée du risque et allocation de ressources.

Le HCAAM la définissait ainsi : « C'est la fonction qui s'attache au fonctionnement courant du système : au respect bien sûr des règles administratives du remboursement (contrôle individuel des actes et des prestations), mais aussi à la recherche de son optimisation médicale : respect des bonnes pratiques, évaluation et formation des professionnels, incitation des usagers à adopter des comportements de prévention et de bon usage des soins, etc. À cette fonction se rattache évidemment tout ce qui est nécessaire au "pilottage" du système en termes d'information médicale et économique sur son fonctionnement. »

Cette définition, précise, donne une grande ampleur dans la conception et la politiques de gestion du risque. Le HCAAM estimait qu'elle dépassait désormais, dans la branche maladie, le seul contrôle des prestations individuelles, auquel elle avait été longtemps assimilée. Le HCAAM considérait qu'elle s'était « plus récemment, (...) donné pour objectif d'améliorer la pratique des professionnels de santé. (...) Cette dimension-là de la gestion du risque ne vise pas à faire respecter des normes réglementaires, mais à diffuser et à faire respecter des modes de travail optimaux ou des références de soins ayant recueilli un large consensus ». Enfin, le HCAAM, dans une troisième acception encore plus large, estimait que pouvaient « aussi être regardées comme contribuant à la gestion du risque l'ensemble des dispositions légales ou conventionnelles qui modifient, dans un sens d'efficacité, le comportement des professionnels de santé et des assurés ».

Le Haut conseil identifiait alors le possible recoupement de cette vision large de la gestion du risque avec les autres fonctions contribuant à la régulation des dépenses d'assurance, et notamment celle d'organisation des soins et de fixation des tarifs des actes ou des prestations. Comme

2. Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, rapport du 23 janvier 2004, *Assurance maladie, l'urgence d'un redressement par la qualité*, Documentation française.

on le verra, c'est certainement ce recoupement perçu par le HCAAM avec la fonction d'organisation des soins³ qui expliquera les discussions tendues sur le rôle respectif des Agences régionales de santé et des réseaux de l'Assurance maladie en matière de gestion du risque.



2004 : la consécration de la gestion du risque

La loi du 13 août 2004 relative à l'Assurance maladie a mis un accent très fort sur le développement des politiques de gestion du risque maladie.

Elle a fait de la gestion du risque une des missions de la CNAMTS : son conseil, sur proposition du directeur général, doit adopter des orientations sur la politique de gestion du risque et les objectifs prévus pour sa mise en œuvre.

Par ailleurs, elle a créé des missions régionales de santé, formation conjointe des URCAM et des Agences régionales de l'hospitalisation (ARH), chargées de déterminer et de mener un *programme annuel de gestion du risque*, dans les domaines communs aux soins hospitaliers et ambulatoires. Ce programme devait « intégrer la diffusion des guides de bon usage des soins et des recommandations de bonne pratique élaborés par la Haute Autorité de santé et l'évaluation de leur respect ».

Dès lors, sur la lancée de la loi mais également d'une impulsion forte de la DSS, les politiques de gestion du risque maladie se sont fortement étendues tant par leur champ que par leur nombre.

Il suffit pour s'en convaincre de reprendre la Convention d'objectifs et de gestion État-CNAMTS pour la période 2006-2009 signée en août 2006. La première partie de cette COG est consacrée à la gestion du risque et balaye, sur 25 pages, des actions allant de la prévention primaire au contrôle de la facturation à l'activité des hôpitaux, en passant par les aides à l'installation aux médecins libéraux.

Dans le même sens, les objectifs qui ont été assignés aux missions régionales de santé en 2006 et 2007 en matière de gestion du risque

3. Voir notamment le passage suivant du rapport de 2004 : « Un lien très fort unit par ailleurs la fonction d'organisation du système et la fonction de gestion du risque ». Il s'agit de deux faces complémentaires de ce qui doit rester une approche unique, et cohérente, du système de soins. Plusieurs tâches se situent d'ailleurs à la frontière des deux fonctions et donc, souvent, à la frontière de deux champs de compétence. Ainsi, la formation initiale des professionnels relève de l'organisation du système, alors que l'évaluation de la pratique se rattache plutôt aux aspects de fonctionnement, donc de "gestion du risque". Dès lors, on peut hésiter sur le rattachement de la formation continue, dont les liens avec l'évaluation sont certains. Cette question, qui n'est qu'un exemple, n'a rien d'académique : comment doit-on répartir la compétence entre les acteurs sur la gradation continue des différents types de formation (formation professionnelle conventionnelle, formation médicale continue) ? »

1

LES ÉVOLUTIONS
DE LA PROTECTION
SOCIALE

dépassaient largement le champ du contrôle des prestations : amélioration des pratiques hospitalières en matière de prescription de médicaments ou de transports de malades, établissement du zonage selon la densité de professionnels libéraux par exemple.

Par ailleurs, le HCAAM avait, dès son rapport 2004, évoqué cette question de la coordination de l'Assurance maladie obligatoire (AMO) et de l'Assurance maladie complémentaire (AMC), et du rôle que cette dernière pourrait jouer en matière de gestion du risque *maladie* (et non plus seulement *santé*).

La France se singularise en effet par la coexistence d'une Assurance maladie de base qui couvre 100 % de la population, qui finance 75,5 % de la Consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) et un fort secteur complémentaire Santé privé qui couvre 88 % de la population et couvre 14 % de la Consommation de soins et de biens médicaux.

L'imbrication du régime obligatoire et du régime complémentaire y est très forte : 66 % des prestations des organismes complémentaires sont des remboursements en complément de l'AMO (tickets modérateurs, forfait journalier hospitalier).

On peut voir dans la création de l'Union nationale des organismes complémentaires d'Assurance maladie (UNOCAM) la volonté de créer une instance qui, regroupant les différentes familles de complémentaires Santé, pouvait être l'interlocuteur de l'Union nationale des Caisses d'Assurance maladie pour définir ou, à tout le moins, articuler des actions de gestion du risque.

En dehors de la branche maladie, on trouve un recours à cette notion, par exemple dans la branche vieillesse. Ainsi, l'article 80 de la LFSS pour 2006 (loi du 19 décembre 2005) a introduit un nouvel article L. 222-7 dans le Code de la CSS s'y référant directement pour désigner la gestion globale des prestations vieillesse⁴.

On peut se poser la question de savoir pourquoi le concept de gestion du risque a pris dans la branche maladie un poids qu'on ne trouve pas dans les autres régimes, au point parfois d'apparaître comme un instrument majeur de maîtrise des dépenses. On peut avancer trois explications :

4. « L'adossment d'un régime de retraite spécial ou de tout autre régime de retraite sur la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés est réalisé conformément aux dispositions de l'article L. 222-6 et respecte le principe de stricte neutralité financière de l'opération pour les assurés sociaux du régime général. »
« La personne morale en charge, pour le régime adossé, de la gestion du risque vieillesse présente chaque année, dans le cadre de son rapport public annuel, l'ensemble des informations démographiques, financières et économiques permettant d'apprécier le respect du principe de stricte neutralité de l'adossment à l'égard des assurés sociaux relevant de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés et des fédérations d'institutions de retraite complémentaire. »



- la nature particulière des dépenses d'Assurance maladie par rapport à celles des autres branches. Les prestations maladie sont principalement des prestations en nature de remboursement de soins. Dans les branches famille et vieillesse, les déterminants de la dépense tiennent principalement au nombre de personnes faisant valoir un droit et à l'évolution du montant moyen des prestations versées, d'où l'importance du contrôle des droits. Ils tiennent dans la branche maladie au comportement individuel, au quotidien, de 64 millions d'assurés et à celui d'un million de professionnels de santé qui déterminent les soins à apporter ;
- le caractère récurrent dans la branche maladie, du décalage entre le rythme de progression des recettes et celui des dépenses, qui pousse à chercher en permanence les meilleurs leviers pour réguler ces dernières ;
- l'abandon, à compter de 2001, des instruments de maîtrise comptable des dépenses d'Assurance maladie, qui a ouvert la voie à une maîtrise plus médicalisée et *individualisée*, fondée sur la connaissance et l'action sur les comportements des assurés et des professionnels.

2008-2009 : la gestion du risque, au cœur des débats

La période 2008-2009 a été marquée dans la branche maladie par des débats importants sur son champ et son pilotage.

Le premier débat s'est déroulé avec comme arrière-fond la question de la contribution respective de l'AMO et de l'AMC dans le financement de la croissance des dépenses de santé, notamment liée à la progression des dépenses prises en charge à 100 %.

En contrepartie de la création d'une contribution versée au Fonds CMU, les OC ont demandé une plus grande association aux politiques de gestion du risque de l'Assurance maladie. La loi de financement de la Sécurité sociale pour 2009 a renforcé les dispositions permettant à l'Union nationale des organismes complémentaires maladie de négocier, aux côtés de l'UNCAM, les conventions avec les professionnels de santé ou les prestataires.

S'étant saisi de ce débat, le HCAAM est revenu dans son rapport annuel pour 2008 sur le sujet du champ de la gestion du risque maladie, reprenant celles données par Yves Bur, député du Bas-Rhin, dans son rapport de février 2008, ainsi que celle de la DSS, qui confirment toutes deux l'extension très forte qu'avait pris cette notion.

1

LES ÉVOLUTIONS
 DE LA PROTECTION
 SOCIALE

C'est le grand développement qu'a pris, au fil du temps, la gestion du risque maladie, qui a cristallisé les débats sur son pilotage dans le cadre de la loi du 21 juillet 2009.

Le rapport remis au ministre de la Santé par le préfet Philippe Ritter, en janvier 2008, analysait les dysfonctionnements de notre système de soins comme le fruit de la diarchie existant, tant au niveau national qu'au niveau local, entre l'État (et les ARH) et l'Assurance maladie. Le recoupement, identifié par le HCAAM, entre l'organisation des soins et la gestion du risque interpellait, d'où l'idée de confier aux agences régionales de santé une compétence globale en matière de gestion du risque.

C'était le sens des dispositions du projet de loi dont le Parlement a été saisi le 22 octobre 2008, où était retenue la notion de gestion *du risque assurantiel en santé*, le mot assurantiel intervenant sans doute pour la distinguer de la gestion des risques sanitaires. L'ARS y était chargée de définir et de mettre en œuvre, « avec le concours des organismes d'Assurance maladie et de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, des actions propres à prévenir et à gérer le risque assurantiel en santé, qui regroupe les actions visant à ce que soient améliorés les modes de recours aux soins des patients et les pratiques des professionnels soignants, en médecine ambulatoire et dans les établissements et services de santé et médico-sociaux, et à ce que soient respectées les dispositions réglementaires et conventionnelles relatives à l'exercice des professions de santé ».

Le succès de la gestion du risque telle que développée depuis 1996 et surtout 2004 était tel qu'il était repris sous le pilotage des ARS, et que le rôle propre de l'Assurance maladie en la matière revenait au seul contrôle des droits et des remboursements ! Les intenses discussions, en dehors et lors de la discussion parlementaire du projet de loi, ont conduit à un rééquilibrage qui se traduit par l'identification d'un champ partagé de la gestion du risque entre les ARS et les organismes d'Assurance maladie, de même que par un co-pilotage des actions par l'État et l'UNCAM.

L'article 118 de la loi définitive a ainsi prévu que les ARS « définissent et mettent en œuvre, avec les organismes d'Assurance maladie et avec la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, les actions régionales prolongeant et complétant les programmes nationaux de gestion du risque et des actions complémentaires. Ces actions portent sur le contrôle et l'amélioration des modalités de recours aux soins et des pratiques des

professionnels de santé en médecine ambulatoire et dans les établissements et services de santé et médico-sociaux ».

Les actions régionales complémentaires spécifiques du programme pluriannuel régional de gestion du risque doivent être élaborées et arrêtées après concertation avec les représentants des organismes complémentaires membres de l'UNOCAM.

S'agissant du pilotage national, l'article 117 de la loi a prévu un contrat entre l'État et l'UNCAM qui « détermine les objectifs pluriannuels de gestion du risque communs aux trois régimes membres de l'Union nationale des Caisses d'Assurance maladie visant à promouvoir des actions relatives à la prévention et l'information des assurés, ainsi qu'à l'évolution des pratiques et de l'organisation des professionnels de santé et des établissements de santé, de manière à favoriser la qualité et l'efficacité des soins ».

La gestion du risque fait désormais partie intégrante des politiques qui sont menées dans le champ de la Sécurité sociale et, plus largement, de Protection sociale comme en atteste sa reprise dans le cadre de la loi du 21 juillet 2009. On peut y voir une manière de mettre en cohérence une série d'actions concourant au même objectif – la juste dépense – au risque de devenir un concept quelque peu *fourre-tout*. La distinction avec la notion de gestion des risques au pluriel est pertinente pour éviter la confusion avec d'autres politiques comme celles visant à diminuer les risques liés aux soins, même si le législateur s'est un peu emmêlé les pinceaux en évoquant dans la même loi du 21 juillet 2009 la mission de gestion des risques de l'UNCAM et des Caisses nationales d'Assurance maladie...⁵. Cependant, cette distinction ne doit pas faire oublier qu'existent des points communs forts entre gestion du / la gestion des risque(s) : importance de la prévention, de la formation, de la diffusion des bonnes pratiques, du respect de référentiels...

5. Article 53-V modifiant l'article L. 161-39 du Code de la Sécurité sociale.





On ne responsabilise pas les assurés sociaux par décret

Gilles Huteau *

Directeur de la Caisse primaire d'Assurance maladie de la Somme

« La responsabilité naît en dehors du sujet responsable. Elle vient sur lui, parce qu'il se trouve engagé dans des circonstances qui l'engendrent. »

Paul Fauconnet, *La responsabilité, étude de sociologie*, 2^e éd., Paris, Librairie Félix Alcan, 1928, p. 104.

On ne compte plus aujourd'hui le nombre de débats autour de la Sécurité sociale, plus précisément ceux ayant trait à l'Assurance maladie ¹, qui soulignent la nécessité de responsabiliser ses bénéficiaires en vue d'un meilleur usage des fonds affectés à la prise en charge solidaire des dépenses de santé. Il convient également de rappeler que périodiquement, son illustre concepteur, M. Pierre Laroque regrettait lui aussi que les assurés sociaux ne s'en sentent pas davantage responsables. La récurrence de ce problème, surtout avérée en matière de couverture des risques de santé, souligne l'ampleur du défi qu'il représente pour l'Assurance maladie.

Sans doute la référence à la responsabilité de l'assuré social peut-elle laisser perplexe à première vue. La notion de solidarité sur laquelle est fondée la Sécurité sociale apparaît même entrer en contradiction avec la précédente dans la mesure où d'après la théorie économique de l'aléa moral, la socialisation des risques de l'existence est susceptible d'altérer le sentiment de responsabilité individuelle. Le poids financier de leur indemnisation est en effet déporté sur l'ensemble des membres de la collectivité sans qu'il importe de rechercher si la survenance de ces risques est imputable à une faute comportementale de la victime en vue de revoir à la baisse la réparation de son préjudice. Il est vrai qu'ordinairement, l'assuré social ne choisit pas d'être malade ou accidenté, même si les éventualités

* gilles.huteau@cpam-amiens.cnams.fr – CPAM de la Somme, 8, place Louis Sellier, 80021 Amiens Cedex 1. Les opinions et interprétations exprimées par l'auteur de cet article n'engagent que lui-même et non pas l'organisme auquel il appartient.

1. Selon la convention orthographique dominante, nous écrivons Assurance maladie sans majuscule lorsqu'il s'agit de désigner l'objectif à atteindre (par exemple, la législation d'Assurance maladie) et au contraire, avec une majuscule à Assurance, lorsqu'elle est entendue au sens d'une institution.



correspondantes peuvent découler de conduites pathogènes ou dangereuses (par ex., tabagisme, alcoolisme). Malgré les avancées, dans ce sens, de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades, il n'a guère de prise décisionnelle sur les traitements qui lui sont dispensés compte tenu de l'asymétrie d'information existant entre lui-même et le professionnel de santé ; de surcroît, face à la douleur et à la sensation d'un danger pour sa santé, l'assuré social n'est pas toujours en mesure de faire des choix rationnels. Au regard de ce constat, pouvons nous pour autant prétendre que toute démarche de responsabilisation des assurés sociaux serait vouée à l'échec ?

Répondre par l'affirmative à cette interrogation reviendrait en quelque sorte à faire montre de résignation face aux comportements négligents ou abusifs, voire frauduleux, d'une fraction des assurés sociaux, ce qui aboutirait à terme à constituer une menace réelle pour le modèle de solidarité qu'incarne l'Assurance maladie. Même si elles n'accaparent qu'un pourcentage accessoire des fonds publics consacrés au financement des soins et biens de santé, les dérives précitées représentent néanmoins des masses financières non négligeables. Elles apparaissent d'autant moins acceptables que l'Assurance maladie enregistre une forte aggravation de ses déficits depuis le début des années 90, et que toute une partie des mesures prises afin de les surmonter revêt la forme d'une augmentation des cotisations ou d'une réduction de prestations pesant sur l'ensemble des assurés sociaux. C'est pourquoi, les Caisses d'Assurance maladie s'attachent à développer une politique de gestion du risque destinée à agir non seulement sur les comportements des professionnels de santé, mais aussi sur ceux des assurés sociaux en vue de leur faire prendre conscience de leurs responsabilités quant au bon usage du système de santé et au-delà, des fonds de l'Assurance maladie. Il s'agit là d'une condition essentielle pour garantir la viabilité de ce volet de la protection solidaire.

Plus fondamentalement, l'idée de responsabilité a sans aucun doute partie liée avec celle de solidarité². Il n'est donc pas étonnant que l'article L. 111-2-1 du Code de la Sécurité sociale fasse implicitement référence à la responsabilisation des bénéficiaires de l'Assurance maladie en précisant que « chacun contribue, pour sa part, au bon usage des ressources consacrées par la Nation à l'Assurance maladie » après avoir énoncé que « la Nation affirme son attachement au caractère universel, obligatoire et solidaire de l'Assurance maladie ».

2. J.-P. Laborde, *Droit de la Sécurité sociale*, PUF, 2005, p. 11.

1

LES ÉVOLUTIONS
DE LA PROTECTION
SOCIALE

Compte tenu de son caractère polymorphe, la notion de responsabilité appelle en tout état de cause une clarification, étant susceptible lorsqu'elle se rapporte aux assurés sociaux de faire l'objet de diverses acceptions qui aboutissent à en brouiller le sens. Il est d'ailleurs significatif de relever que le discours en la matière oscille entre le mot responsabilité et le mot responsabilisation, lesquels méritent dès lors d'être confrontés pour en préciser les sens respectifs.

Même s'il n'exclut pas d'autres significations, le terme de responsabilité revêt tout d'abord une forte connotation juridique, étant issu du latin *respondere*, ce qui signifie en français « l'obligation de répondre ». Il peut donc être compris comme l'obligation de répondre d'un acte ou d'un fait et d'en assumer les conséquences envers la victime, envers la société, etc. Quelles que soient les formes sous lesquelles elle est alors déclinée (responsabilité pénale, responsabilité administrative, etc.), la responsabilité entendue au sens juridique est toujours assortie d'une sanction à l'encontre de la personne qui transgresse ses obligations. Pour autant, la responsabilité est aussi une valeur sociale qui renvoie inévitablement à l'éthique ; douée de responsabilité, la personne humaine vivant en société serait naturellement tenue à un ensemble de « devoirs » allant au-delà des seules obligations juridiques. Aussi, dans le cadre de cette contribution, il s'agit bien plus d'envisager la responsabilité comme valeur commandant toute attitude de l'individu que de l'aborder sous le prisme réducteur d'une responsabilité juridique qui n'interviendrait qu'*a posteriori*. C'est dans le comportement de l'assuré social, animé par cette valeur citoyenne de la responsabilité, que se laisse appréhender la notion de responsabilisation.

Appartenant à la catégorie des néologismes encore ignorés des dictionnaires, mais souvent employé dans le discours politique en rapport avec l'Assurance maladie, le terme de responsabilisation mérite d'être différencié de celui de responsabilité. Auréolé d'une connotation quelque peu moralisatrice, il désigne habituellement « l'action de rendre quelqu'un responsable, voire de lui donner le sens des responsabilités ». Ainsi responsabiliser un assuré social, c'est lui faire prendre conscience de la nécessité d'utiliser ses droits aux prestations d'Assurance maladie avec discernement, et notamment, sans abus. Ce processus tend à faire peser sur l'assuré social des devoirs vis-à-vis de la collectivité en contrepartie des droits individuels qui lui sont accordés. L'idée est de lui permettre, notamment lorsqu'il se trouve en situation de patient, de jouer un rôle actif quant au bon usage du système de santé. Dès lors, la responsabilisation de l'assuré social ne saurait être envisagée sous sa seule dimension financière, laquelle repose sur des mécanismes de reste à charge des dépenses de santé



tels le ticket modérateur ou les franchises, ceux-ci étant normalement voués à dissuader les abus et les gaspillages en matière de consommation de soins et biens médicaux. Mais au-delà de la préoccupation d'une utilisation optimale des fonds de l'Assurance maladie, la responsabilisation de l'assuré social vise à l'inciter à faire les choix les plus en adéquation avec son état de santé. Il s'agit donc d'une expression à différencier de la responsabilité juridique proprement dite même si le simple fait de brandir le spectre de la responsabilité pénale, ou encore administrative, de l'assuré social peut également contribuer à sa responsabilisation puisqu'il va être invité de la sorte à ne pas contrevenir à certaines obligations (par ex., ne pas s'absenter du domicile en dehors des heures de sorties autorisées en cas d'arrêt de travail) ou à ne pas se laisser aller à certaines pratiques frauduleuses (par ex., la falsification de prestations médicales pour obtenir des prestations). Cependant, eu égard aux finalités de l'assurance maladie, l'enjeu majeur de la responsabilisation de l'assuré social consiste moins à le faire renoncer à des comportements proscrits des lois et règlements, qu'à l'inciter à faire l'usage le plus approprié de la marge de liberté qui lui est accordée pour l'exercice de ses droits à prestations. La responsabilisation de l'assuré social est donc tout d'abord indissociable des choix – il est vrai limité – qu'il est en capacité de faire en matière d'accès aux soins, lesquels étant largement solvabilisés par les prestations en nature de l'Assurance maladie. À titre d'illustrations, l'assuré social peut décider d'aller consulter un médecin généraliste à son cabinet au lieu de l'appeler en visite à son domicile ; ou encore, il peut informer le médecin des médicaments dont il dispose dans sa pharmacie personnelle en vue d'éviter des prescriptions ou des délivrances superflues de spécialités pharmaceutiques. Mais ce sont dans les domaines de la prévention des risques de santé et de la prise en charge des maladies chroniques (par ex. diabète, maladie cardio-vasculaire) que l'assuré social est le plus susceptible d'être responsabilisé compte tenu de la place laissée à son libre arbitre dans ces actions. La responsabilisation de l'assuré social est donc étroitement imbriquée à celle du patient ; l'un et l'autre représentent les deux facettes indissociables d'une même personne humaine au regard de la protection de la santé³.

À la lumière de ce constat, la question soulevée dans cette contribution consiste à mettre en relief la valeur ajoutée que peuvent apporter les gestionnaires des Caisses d'Assurance maladie en vue de rendre plus effective la responsabilisation des assurés sociaux, avec pour perspective,

3. G. Huteau, *L'assuré social et le patient : un duo d'inséparables*, Regards n° 35, 2009, p. 9.

1

LES ÉVOLUTIONS
DE LA PROTECTION
SOCIALE

non seulement de mieux maîtriser les dépenses de l'Assurance maladie, mais aussi de concourir à la préservation de la santé des individus et à la promotion des objectifs de Santé publique. Comme le suggèrent les leçons du passé, la responsabilisation des assurés sociaux s'avère

illusoire lorsque ceux-ci sont censés être responsabilisés à partir du seul levier de la règle de droit unilatérale. Le cadre juridique a certes permis de dissuader un certain nombre d'abus et de fraudes de la part des intéressés mais le bilan général qui peut en être dressé révèle les limites de sa portée face aux comportements négligents. Aussi, le gestionnaire de l'Assurance maladie a-t-il un rôle décisif à jouer dans la co-construction avec l'assuré social d'une meilleure responsabilisation de ce dernier. Il lui incombe certes d'appliquer scrupuleusement les règles juridiques fixant à cette fin les mécanismes d'incitation financière, ou encore, de soumettre l'assuré à des contrôles en vue de veiller au respect de ses obligations. Cependant, la valeur ajoutée de l'action des Caisses dans le domaine des relations avec les assurés sociaux, consiste à faire quelque chose de plus que la mise en œuvre du Droit ; d'autant plus que le droit de la Sécurité sociale comporte essentiellement des règles uniformes et unilatérales peu propices à la prise en compte des déterminants comportementaux.

I. Les limites de la règle de droit unilatérale face au défi de la responsabilisation des assurés sociaux

Sous l'effet de nombreuses réformes successives, la législation d'assurance maladie a connu un renforcement substantiel des mécanismes de responsabilisation financière des assurés sociaux, sans que leur efficacité soit réellement avérée du point de vue de la maîtrise des dépenses d'assurance maladie. En revanche, les insuffisances intrinsèques de cette démarche qui est basée sur la participation des assurés sociaux au financement de leurs dépenses de santé, se trouvent clairement mises en évidence au regard du droit à l'accès aux soins.

A. Le large échec des mécanismes du ticket modérateur et de la franchise pour faire évoluer les comportements des assurés sociaux

Instaurée avec les assurances sociales dès les années Trente, puis réintroduite dans la législation d'Assurance maladie à la création de la

Sécurité sociale en 1945, la responsabilisation financière des assurés sociaux s'est accentuée au fil des décennies afin de tenter de répondre aux déficits de l'Assurance maladie.



De manière traditionnelle, cette démarche s'appuie principalement sur le dispositif du ticket modérateur⁴ qui représente une fraction des dépenses laissée à la charge de l'assuré social, ceci dans une proportion variable en fonction de la nature des soins et biens de santé couverts. Seules quelques catégories d'assurés sociaux sont exonérées du ticket modérateur tels les accidentés du travail, les femmes en situation de maternité, les personnes en affection de longue durée pour la consommation médicale correspondante etc.

L'impact de ce mécanisme sur les comportements des assurés sociaux suscite une critique récurrente dans la mesure où cette forme de responsabilisation n'est à elle seule ni véritablement efficace, ni juste socialement⁵. En effet, l'Assurance maladie laisse à la charge des bénéficiaires une participation financière sur les frais de santé qui est le plus souvent neutralisée par leur assurance complémentaire Santé ou encore, pour les plus modestes, par la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2000. C'est pourquoi, les assurés sociaux les plus touchés par le ticket modérateur sont ceux dont les ressources dépassent le seuil d'admission à la CMU-C, sans pouvoir bénéficier de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire Santé. Certaines personnes à revenus modestes se trouvent ainsi contraintes, pour des motifs pécuniaires, de différer, voire même de renoncer à des soins et biens médicaux pourtant nécessaires, avec le danger de laisser s'aggraver des pathologies croissantes et à terme, d'occasionner des coûts supplémentaires pour l'Assurance maladie.

Il s'est de surcroît ajouté au ticket modérateur, à partir du milieu des années 2000, deux nouvelles catégories de participation financière, lesquelles ont en commun au-delà de leur différence de dénomination, de reposer sur le principe de la franchise : au lieu de laisser à la charge de l'assuré social un pourcentage de ses dépenses de santé, la législation d'Assurance maladie impose à l'intéressé une contribution financière fixe. Ainsi la loi du 13 août 2004 a institué un forfait d'1 € pour chaque acte médical dans la limite d'un plafond de 50 € par an. Par la suite, la loi de

4. L'article R. 322-1 du Code de la Sécurité sociale distingue 6 niveaux de participation de l'utilisateur : 15 à 25 %, 25 à 35 %, 30 à 40 %, 35 à 45 %, 60 à 70 % et un taux de 85 %.

5. M. Elbaum, *Participation financière des patients et équilibre de l'Assurance maladie*, Lettre de l'OFCE, n° 301, septembre 2008.

1

LES ÉVOLUTIONS
DE LA PROTECTION
SOCIALE

financement de la Sécurité sociale pour 2008 a créé une franchise de 0,50 € par acte paramédical et par boîte de médicament, ainsi qu'une franchise de 2 € par transport sanitaire. Il s'agit de mesures de portée plus restreinte que le ticket modérateur qui visent surtout les recours

fréquents au système de soins sur lesquels peuvent se greffer des consommations abusives. Les effets de ces franchises, qui s'appliquent à la presque totalité des assurés sociaux hormis les bénéficiaires de la CMU-C, n'entraînent pas de changements notables de comportements⁶. Elles revêtent plutôt, compte tenu de la faiblesse de leurs montants et des publics concernés, un caractère symbolique en vue de sensibiliser les assurés sociaux au coût de la santé.

Alors que les contributions des assurés sociaux au financement de l'Assurance maladie sont fonction de leurs revenus, les prestations servies, à quelques rares exception près, le sont sans faire référence aux ressources des assurés sociaux, ce qui entraîne parmi les intéressés une grande diversité de perceptions de leurs participations financières aux frais de soins et biens médicaux. Aussi l'adoption d'une législation d'Assurance maladie modulant la prise en charge des dépenses de santé en fonction des revenus est quelque fois envisagée. Elle aurait incontestablement l'avantage de rapprocher les taux d'effort supportés par les assurés sociaux au titre de cette responsabilisation financière, lesquels tendent encore aujourd'hui à être inversement proportionnels à leurs ressources hormis pour les bénéficiaires de la CMU-C. Cependant, l'introduction de ce « bouclier sanitaire » remettrait en cause le principe de base de l'assurance maladie en vertu duquel chacun contribue selon ses moyens pécuniaires et reçoit selon ses besoins de santé. S'inscrivant en réalité dans un nouveau partage des rôles entre solidarité et prévoyance individuelle, cette réforme aboutirait, à déplacer la frontière entre l'Assurance maladie obligatoire et l'Assurance maladie complémentaire, sans que l'assuré social ne s'en trouve davantage responsabilisé quant au bon son usage du système de soins.

En tout état de cause, la règle de droit ne peut se limiter à envisager la responsabilisation de l'assuré social sous sa seule dimension financière. Dans cette éventualité, ce processus apparaîtrait comme l'emblème d'un modèle au sein duquel l'assuré social serait considéré avant tout comme un sujet passif, et où la représentation de la responsabilisation de l'assuré social serait assortie d'une connotation négative, voire même synonyme de culpabilisation et de renoncement aux soins. Il ressort donc la nécessité

6. B. Kambia-Chopin, Marc Perronnin, *Les franchises ont-elles modifié les comportements d'achat des médicaments ?* Questions d'économie de la santé, n° 158, octobre 2010.

de poser cette question de la responsabilisation en des termes renouvelés. En particulier, c'est en incitant l'assuré social à jouer un rôle actif en matière d'accès aux soins et de prévention, qu'il est possible de lui faire prendre conscience de ses responsabilités. Il s'agit précisément de l'une des finalités qu'entendait poursuivre la loi du 13 août 2004, relative à l'Assurance maladie.



B. La voie étroite d'une différenciation de la prise en charge des dépenses de santé corrélée à une modélisation des comportements des assurés sociaux

Dans cette perspective ambitieuse, puisque vouée à la fois à répondre aux difficultés financières de l'Assurance maladie et à faire un meilleur usage des soins, la loi du 13 août 2004 a introduit deux dispositifs aujourd'hui opérationnels⁷, le protocole de soins pour les assurés en Affection de longue durée (ALD) et le parcours de soins coordonné, auxquels la non adhésion entraîne un moindre taux de prise en charge sociale des dépenses de santé.

Applicable à une population ciblée, en l'occurrence celles de sept millions de personnes atteintes d'une maladie grave, le protocole d'Affection de longue durée (ALD) définit les actes et prescriptions nécessaires à ce titre et formalise les engagements des patients avec leur médecin traitant et le médecin-conseil de l'Assurance maladie : l'assuré social en ALD, en devant être signataire de ce protocole pour bénéficier d'une prise en charge totale de ses dépenses de santé en rapport avec la pathologie concernée, est censé être davantage impliqué dans le suivi et l'observance de son traitement.

Surtout, afin de favoriser un comportement rationnel des assurés sociaux en matière d'accès au système de santé, la loi du 13 août 2004 institue le parcours de soins coordonné dont la pierre angulaire est le médecin traitant. Accessible à tout assuré social ou ayant droit âgé de seize ans ou plus, le dispositif relève au moins autant d'une préoccupation de Santé publique que de maîtrise des dépenses d'Assurance maladie.

7. Afin de favoriser la coordination, la qualité et la continuité des soins, la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'Assurance maladie a également posé le principe de la tenue d'un dossier médical personnel pour chaque bénéficiaire dont la mise en œuvre est prévue au mieux pour l'année 2011. « Le niveau de prise en charge des actes et des prestations de soins par l'Assurance maladie (...) est subordonné à l'autorisation que donne le patient, à chaque consultation ou hospitalisation, aux professionnels de santé auxquels il a recours, d'accéder à son dossier médical personnel et de le compléter. » Le patient/assuré social pourra exercer un droit d'opposition mais dans ce cas, son droit à remboursement par l'Assurance maladie pourra être minoré, voire supprimé.

1

LES ÉVOLUTIONS DE LA PROTECTION SOCIALE

Il vise à dissuader les comportements de « nomadisme médical » consistant pour les assurés sociaux, gagnés par le doute ou recherchant une prescription précise, à cheminer d'un praticien à l'autre. Mais il s'agit plus fondamentalement dans l'esprit de ses concepteurs de parvenir

de la sorte à une meilleure coordination des soins curatifs et même préventifs, qui soit elle-même susceptible de générer des économies pour l'Assurance maladie. Même s'ils demeurent libres d'y adhérer ou non, voire d'en respecter les règles ou non, les assurés sociaux sont néanmoins incités à s'inscrire dans cette voie, par le biais d'incitations financières fortes, lesquelles peuvent être assimilées à des sanctions par le grand public même si elle n'en ont pas la nature juridique⁸. De surcroît, en vue de favoriser l'adhésion des assurés sociaux, le législateur a subordonné l'octroi des avantages sociaux et fiscaux auxquels donnent lieu les contrats d'assurance complémentaire Santé à leurs conformités aux clauses d'un « contrat responsable »⁹, lequel ne doit pas couvrir entre autres les suppléments de participation financière à la charge de l'assuré social n'ayant pas suivi de parcours de soins coordonné.

Six ans plus tard, si la presque totalité de la population a choisi d'entrer dans ce dispositif. la plupart des assurés sociaux n'ont pas encore pris la mesure des enjeux de Santé publique qu'il recèle et tendent à assimiler le remplissage du formulaire du médecin traitant à une formalité administrative nécessaire pour éviter une prise en charge minorée des dépenses d'honoraires médicaux. La complexité tarifaire à laquelle donne lieu le parcours de soins coordonné contribue encore à brouiller sa lisibilité pour les assurés sociaux, ce qui ne participe guère à leur responsabilisation vis-à-vis de l'accès au système de soins.

Plus grave encore, l'absence d'application pour les bénéficiaires de la CMU-C des mécanismes « incitatifs » précédemment évoqués en vue de favoriser l'adhésion au parcours de soins coordonné, ou encore, des autres mécanismes de responsabilisation financière (ticket modérateur, forfait d'1 €...) amène à distinguer entre deux catégories de bénéficiaires de l'Assurance maladie, d'une part, celle des assurés sociaux de plus en

8. I. Vacarie, *Les tensions entre le droit de la santé et le droit de la Sécurité sociale*, Revue Dalloz de Droit sanitaire et sociale, 2005, n° 6, p. 889.

9. V. L'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et les articles R. 871-1 et R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale, issus du décret n° 2005-1226 du 29 septembre 2005 relatif au contenu des dispositifs d'Assurance maladie complémentaire bénéficiant d'une aide et modifiant le Code de la Sécurité sociale, JO du 30 septembre 2005.

L'article R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale définit les garanties de remboursement proposées dans les contrats responsables en déclinant d'une part, les types de prestations prises en charge et, d'autre part, le montant des prestations pris en charge.



plus incités à se sentir responsables, et d'autre part, celle des assurés sociaux qui sont de moins en moins incités en ce sens, comme les titulaires de la CMU-C. Cette dualisation de l'Assurance maladie est d'autant plus mal acceptée par toute une partie des assurés sociaux et suscite d'autant plus de critiques sur les dérives assistantielles du système, que la responsabilisation financière afférente au parcours de soins coordonné est corrélée aux comportements des intéressés et que la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2008 ¹⁰ prévoit pourtant l'extension aux cmuistes de mesures d'incitation financière correspondantes. Sans doute, faut-il également garder à l'esprit la jurisprudence du Conseil constitutionnel rendue en 2004 à propos de ce dispositif, selon laquelle « le montant de la majoration de la participation de l'assuré devra être fixé à un niveau tel que ne soient pas remises en cause les exigences du 11^e alinéa du Préambule de la Constitution de 1946 » ¹¹.

En tout état de cause, malgré leurs facilités d'accès aux soins, les bénéficiaires de la CMU-C affichent des états de santé plutôt décevants, lesquels sont entre autres motifs à rapporter aux comportements des intéressés vis-à-vis de l'offre de soins. En dépit de dépenses de santé supérieures à la moyenne, ils ne commettent pas pour autant des abus de consommation de soins et biens médicaux. En réalité, les différences de comportements des cmuistes tiennent à leurs pratiques d'accès aux soins ¹² lesquelles sont largement indifférentes à la prévention et révèlent un moindre accès à la médecine de ville au profit de l'hospitalisation. Or, la solution à ce problème n'est pas à trouver dans l'adoption de telle ou telle nouvelle règle juridique unilatérale : les intéressés ne doivent pas se voir contraints à telle ou telle action de soins, mais doivent choisir d'y adhérer de manière volontaire et motivée, ce qui constitue le meilleur gage de leur responsabilisation. C'est pourquoi, il semble davantage opportun d'instaurer un processus d'accompagnement individuel des intéressés, même si ce dernier ne peut guère trouver place dans un droit statutaire comme celui de l'Assurance maladie, dans la mesure où l'effort demandé aux intéressés doit être personnalisé en vue de prendre en compte leurs particularités.

10. Loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007, article 54 du 21 décembre 2007 ; Code de la Sécurité sociale, article L. 861-3.

11. Conseil constitutionnel, décision n° 2004-504, DC du 12 août 2004, loi relative à l'Assurance maladie, consid. 19.

12. C. Despres, *La Couverture médicale universelle : de usages sociaux différenciés*, Sciences sociales et Santé, vol. 23, n° 4, décembre 2005, pp. 75 et s.

1
 LES ÉVOLUTIONS
 DE LA PROTECTION
 SOCIALE

Susceptible de revêtir des formes diverses, la démarche de responsabilisation financière des assurés sociaux peut certes dissuader certains comportements abusifs ou négligents mais elle se heurte également à des limites intrinsèques, sauf à abandonner l'exigence constitutionnelle du droit à la protection de la santé. Elle n'est pas non plus exempte de critiques quant à ses modalités de mise en œuvre comme l'a souligné la Cour des comptes¹³, étant caractérisée par une grande complexité qui compromet sa lisibilité par les assurés sociaux et par voie de conséquence, son efficacité. Face à ces critiques, la tentation pourrait être grande de rejeter l'idée même de responsabilisation des assurés sociaux, au motif qu'elle serait incompatible avec le fondement solidaire de l'Assurance maladie. Pour autant, sacrifier à cette position de renoncement conduirait à conclure que la règle de droit unilatérale constitue le levier, sinon exclusif, tout au moins privilégié en vue de parvenir à la responsabilisation des assurés sociaux. Or à la lumière des faits, tel ne peut être le cas : la loi ou le règlement (décret, arrêté...), même pertinents, s'avèrent mal adaptés, du fait de leur caractère uniforme, pour prendre en compte des facteurs pourtant essentiels comme la diversité des situations psychosociologiques des assurés sociaux, ainsi que leur environnement de vie. Il apparaît dès lors opportun de se remémorer la fameuse formule du sociologue Michel Crozier¹⁴ selon laquelle « On ne change pas la société par décret » dans la perspective de la transposer au domaine de la responsabilisation des assurés sociaux. Il existe en la matière un véritable challenge à relever pour les gestionnaires de l'Assurance maladie auxquels reviennent non seulement le rôle d'optimiser la mise en œuvre des règles de droit relatives à la responsabilisation des assurés sociaux, mais également celui d'aller au-delà. En particulier, les Caisses d'Assurance maladie sont invitées à ne plus considérer les assurés sociaux comme des assujettis, mais elles doivent les aider à passer d'un état de sujet passif, seulement soumis à des règles de responsabilisation financière, à un état de sujet actif à même d'opérer des choix pour la gestion de leur « capital Santé ». C'est à l'aune de cette orientation où l'assuré social se trouve placé au centre du système de santé, que la valeur ajoutée de l'activité de gestion du risque de l'assurance maladie est susceptible de prendre toute sa mesure.

13. M. Crozier, *On ne change pas la société par décret*, Grasset, 1979.

14. Cour des comptes, *Rapport annuel sur la Sécurité sociale*, septembre 2008, pp. 181-183.

II. La nécessité d'aller au-delà de la simple application de la règle de droit unilatérale



La responsabilisation de l'assuré social peut être envisagée au regard de l'usage « vertueux » des soins curatifs et des prestations d'Assurance maladie ainsi que sous l'angle de l'accès à la prévention sanitaire. C'est autour de ces deux axes majeurs inscrits dans les conventions d'objectifs et de gestion¹⁵ qu'elle a conclues avec l'État que l'Assurance maladie s'oriente pour construire une relation personnalisée avec les assurés sociaux en vue de promouvoir leur responsabilisation, bien au-delà de ce que permet la simple application du droit statutaire de l'Assurance maladie. À titre d'illustration, la CNAMTS est aujourd'hui en mesure de proposer à ses bénéficiaires un pacte relationnel à partir d'un dispositif de communication dénommé « Mon parcours d'assuré ». D'un côté, les intéressés se voient rappelés le nécessaire respect des devoirs auxquels ils sont soumis, et de l'autre, ce dispositif vise à éclairer les assurés sociaux sur les informations ou sur l'offre de services que l'assurance maladie met à leur disposition pour mieux gérer leur santé. Plus fondamentalement, cette action volontariste impulsée pour la responsabilisation des assurés sociaux s'inscrit dans une double dimension, l'une consistant en une démarche pédagogique, l'autre en une offre de services, sans jamais perdre de vue la recherche d'une plus grande efficacité du système de santé et d'Assurance maladie.

A. La conduite d'actions de communication à même de promouvoir l'éducation des assurés sociaux

Selon une logique coercitive, l'activité des Caisses en vue de responsabiliser les assurés sociaux peut revêtir la forme de campagnes de communication ayant pour objet de brandir le spectre de leur responsabilité juridique. Or force est de constater que la lutte contre les fraudes¹⁶ aux

15. Convention d'objectifs et de gestion entre l'État et la CNAMTS pour la période 2010-2013, disponible sur <http://www.securite-sociale.fr/chiffres/cog/cnamts/cogcnamts2001-03.pdf>

16. Selon la Caisse nationale d'Assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), il faut distinguer trois types de comportement préjudiciables à l'Assurance maladie. Il s'agit de la fraude, de la faute ou de l'abus. La fraude consiste en « une action de mauvaise foi dans le but de tromper, de porter atteinte aux droits ou aux intérêts d'autrui ». À la différence de la faute, la fraude présuppose que son auteur a l'intention de nuire à l'organisme de prise en charge. La faute se définit comme étant « un manquement aux obligations dont l'origine peut être un fait positif, une faute par omission, une erreur, une ignorance, une imprudence, une maladresse, une négligence... ». L'abus se définit comme « l'usage avec excès d'un bien, d'une prérogative ou d'une pratique outrepassant des niveaux acceptables par incompétence, complaisance ou négligence ». À la différence de la fraude et de la faute, le comportement abusif est censé être respectueux de la réglementation de la Sécurité sociale (circulaire CNAMTS, n° 30/2006, 20 juin 2006).

1

LES ÉVOLUTIONS
DE LA PROTECTION
SOCIALE

prestations émanant des assurés sociaux a longtemps constitué une préoccupation secondaire pour les gestionnaires, lesquels étaient surtout accaparés par celles en provenance des professionnels de santé. Il régnait d'ailleurs parmi toute une partie des membres des conseils d'administration des Caisses et de leurs personnels, le sentiment diffus d'une certaine contradiction entre l'action répressive des Caisses et leur vocation sociale. Cependant, depuis le milieu des années 2000, les mentalités tendent à évoluer de manière significative sur le sujet, alors même que l'Assurance maladie accuse les déficits les plus élevés de son histoire. La lutte contre la fraude aux prestations est de plus en plus considérée comme étant au service de la solidarité face aux risques liés à la santé, dans la mesure où elle aboutit précisément à sanctionner ceux qui y portent atteinte. Elle est d'ailleurs destinée à responsabiliser les assurés sociaux fraudeurs ou tentés par la fraude, sans pour autant les exclure de l'accès aux soins en cas de comportement répréhensible. L'accent est délibérément mis sur la fonction pédagogique de la sanction pénale ou de procédures alternatives aux poursuites pénales. De surcroît, depuis la loi du 13 août 2004, le droit répressif de la Sécurité sociale s'est enrichi de tout un arsenal de sanctions administratives, qui ne sont certes pas exemptes de critiques au plan juridique, mais qui ont néanmoins l'avantage d'apporter une réponse rapide aux comportements frauduleux, afin de ne pas occulter la finalité recherchée, celle de la perception par les assurés sociaux de leurs propres responsabilités dans le système d'Assurance maladie. En tout état de cause, seule une fraction minoritaire d'assurés sociaux est concernée, celle qui commet délibérément des actes contraires aux lois et aux règlements.

Aussi la recherche de la responsabilisation des assurés sociaux est-elle traditionnellement tournée davantage vers la lutte contre les abus, laquelle touche un public nettement plus large. Mais il est autrement plus complexe de la rendre effective du fait du caractère diffus des comportements concernés. Comme l'avait souligné une campagne de communication de la CNAMTS dans le passé, « c'est en changeant tous un peu qu'on peut tout changer ». Aux termes d'une circulaire de la CNAMTS, l'abus se définit comme « l'usage avec excès d'un bien, d'une prérogative ou d'une pratique outrepassant les niveaux acceptables par incompétence, complaisance ou négligence ». À la différence de celui du fraudeur, le comportement abusif de l'assuré social n'est pas répréhensible au regard des normes juridiques en vigueur dans le champ de l'Assurance maladie. La règle juridique unilatérale montre là encore ses limites intrinsèques face à ce type de comportement, bien que la législation d'Assurance maladie ait



successivement renforcé les mécanismes de responsabilisation financière pesant sur les assurés sociaux.

Il relève dès lors du rôle des gestionnaires des Caisses d'élaborer une stratégie de gestion du risque qui soit en mesure de contrecarrer ces dérives comportementales. Qu'il s'agisse d'agir contre les fraudes aux prestations sociales, ou encore, contre les abus en matière de consommation de soins et biens de santé, les Caisses d'Assurance maladie s'approprient de plus en plus les pouvoirs de contrôle qui leur sont reconnues. Leur démarche s'articule autour de trois volets majeurs : le développement des systèmes d'information, la mise en place de circuits de coordination institutionnelle ainsi que le renforcement des moyens de contrôle. Il en résulte des résultats de plus en plus significatifs dans ces domaines même si la Cour des comptes et le Parlement en regrettent encore les insuffisances. N'oublions pas que la finalité des contrôles administratifs ou médicaux de l'Assurance maladie n'est pas de sanctionner à tout prix les assurés sociaux, mais de jouer un rôle pédagogique. L'effet dissuasif repose à la fois sur la communication qui est faite autour de ces contrôles et sur les suites qui leur sont données, en particulier face aux comportements manifestement abusifs ou frauduleux.

Comprise d'une façon non plus coercitive, mais cette fois incitative, la recherche d'une meilleure responsabilisation des assurés sociaux ne consiste plus à proscrire certains agissements répréhensibles. Il s'agit au contraire, de promouvoir des comportements « vertueux » susceptibles de participer au bon usage des fonds de l'Assurance maladie et de permettre aux assurés sociaux mis en posture de patients de s'approprier progressivement une démarche optimale de soins en lien avec les professionnels de santé. Toutefois, les assurés sociaux ne sont pas toujours en capacité de s'inscrire dans cette perspective : outre l'inquiétude naturelle que suscite la maladie et l'exacerbation du sentiment d'urgence devant la douleur, le manque de connaissance des questions médicales et de l'offre de soins ne leur permet pas toujours d'adopter des comportements d'acteur « avisé » au sein du système de santé, c'est-à-dire à même de mobiliser de réelles capacités de choix. En effet, l'information des assurés sociaux est la condition première pour opérer les changements comportementaux attendus et ceux-ci ne peuvent être obtenus qu'au moyen d'une forte action pédagogique.

Dans cette perspective, les Caisses d'Assurance maladie sont tenues en vertu de la loi du 13 août 2004 à une obligation d'information des assurés sociaux et des professionnels de santé. Elles se voient reconnaître

1

LES ÉVOLUTIONS
DE LA PROTECTION
SOCIALE

une compétence d'une portée générale¹⁷, qui est le corollaire de l'affirmation du droit à l'information de l'assuré social ou encore, par un effet de miroir, de celui du patient. Plus concrètement, les gestionnaires des Caisses sont donc légitimes à communiquer, non plus seulement sur les conditions de prise en charge des soins et biens de santé ou sur le bon usage des soins en général, mais également sur les caractéristiques de l'offre de soins accessible aux assurés sociaux. C'est incontestablement une opportunité que les organismes s'accaparent désormais pour en faire un levier de l'action pédagogique vis-à-vis des assurés sociaux en vue de faire évoluer les comportements en matière d'accès aux soins.

Depuis le début des années 2000, la CNAMTS mène dans ce sens des actions de communication autour de différentes thématiques et de canaux diversifiés. Cette démarche est devenue d'autant plus nécessaire que la réforme de l'Assurance maladie adoptée avec la loi du 13 août 2004 a suscité de nouveaux besoins d'information parmi les assurés sociaux. Ainsi la campagne grand public lancée en octobre 2002 à partir de messages du type « les antibiotiques, c'est pas automatique » a connu un succès indéniable¹⁸ à la fois sur le plan économique et sur le plan de la Santé publique. La grande lisibilité de l'information diffusée auprès des publics visés, ainsi que l'action combinée auprès des assurés sociaux et des professionnels de santé sont alors apparues comme des éléments favorables à la responsabilisation des assurés sociaux, parce que faisant avant tout appel à la conscience des intéressés.

Au cours des dernières années, l'Assurance maladie a aussi engagé le développement de démarches pro-actives de responsabilisation des assurés sociaux, notamment en vue de promouvoir la diffusion des médicaments génériques. À côté de la mise en œuvre des quelques mesures coercitives prévues dans la réglementation, les gestionnaires des Caisses ont œuvré par une communication adaptée à la sensibilisation des assurés sociaux à l'emploi des génériques. L'action pédagogique ainsi déployée s'est articulée avec succès¹⁹ autour de différents canaux d'information (assurés sociaux, médecins, pharmaciens) et a privilégié les contacts personnalisés auprès des intéressés (comme par exemple, l'envoi de courriers

17. Arrêt de la Cour de cassation, 2^e chambre civile, 8 juillet 2010, n° 09-68.268.

18. La baisse de la consommation des antibiotiques depuis 2002 atteint, quatre ans plus tard – 17 % pour une diminution cible de – 25 % (rapport d'activité CNAMTS, 2007).

19. La promotion des médicaments génériques a motivé une deuxième campagne de marketing direct en mars 2006, avec l'envoi d'un courrier personnalisé à plus de 400 000 assurés. Près de 50 % d'entre eux ont ensuite choisi un générique (rapport d'activité CNAMTS, 2007).



individuels aux forts consommateurs de certaines spécialités pharmaceutiques pourtant génériquables, la prise de contact téléphonique à partir de plates-formes spécialisées). L'intervention des Caisses se trouve désormais confortée par l'emploi de nouveaux outils de communication comme le site *ameli.fr* ou encore la lettre « En pratique » qui est jointe aux décomptes de prestations reçus par les assurés sociaux.

L'intérêt de la construction d'une relation personnalisée avec les assurés sociaux est encore plus clairement perceptible en ce qui concerne les bénéficiaires de la CMU-C. Sous l'impact des sollicitations des Caisses d'Assurance maladie, cette catégorie d'assurés sociaux affiche désormais un taux extrêmement élevé d'adhésions au parcours de soins coordonné, bien qu'elle ne soit guère incitée au plan financier à s'inscrire dans cette voie.

Quelles que soient les finalités poursuivies, les actions de communication des Caisses ne peuvent entraîner des effets pédagogiques durables que si elles revêtent une certaine constance auprès des assurés sociaux en vue de susciter leur prise de conscience et donc, leur prise de responsabilité. Seule l'accumulation de messages pertinents peut déclencher le levier psychosociologique nécessaire au changement de comportement des intéressés.

L'information à finalité pédagogique est certes à intégrer dans la mise en œuvre des actions de prévention et d'éducation thérapeutique, mais celles-ci soulèvent d'autres exigences auxquelles l'Assurance maladie doit répondre, comme la structuration d'une offre de services en santé.

B. La mise à disposition des assurés sociaux d'une offre de services dans les domaines de la prévention et de l'éducation thérapeutique

Susceptible de donner une image positive de la responsabilisation de l'assuré social en lien avec le rôle que celui-ci peut jouer dans la prise en charge de sa propre santé, les actions des Caisses dans les domaines de la prévention sanitaire et de l'éducation thérapeutique apparaissent d'autant plus opportunes à mobiliser que la politique de l'Assurance maladie et la politique de la Santé publique tendent à se rapprocher depuis l'adoption de la loi de Santé publique du 9 août 2004 et de la loi du 13 août 2004 sur l'Assurance maladie²⁰.

20. R. Ruellan, *Vers une réconciliation de la politique de santé et de l'Assurance maladie*, Droit social, 2004, pp. 410 et s.

1

LES ÉVOLUTIONS
DE LA PROTECTION
SOCIALE

Ainsi, l'enjeu de la prévention est d'autant plus important que les assurés sociaux n'y adhèrent pas spontanément. Une action volontariste des Caisses est là encore nécessaire pour faire comprendre aux intéressés les risques sanitaires qu'ils encourent. Il s'agit notamment au regard des priorités de l'Assurance maladie, de les inviter à se soumettre à des actions de dépistage de certaines pathologies (par ex., cancer du colon, cancer du sein), de dépistage bucco-dentaire, etc.

Le défi de la sensibilisation à la prévention est encore plus difficile à relever, lorsque les publics en cause sont des personnes défavorisées, lesquelles demeurent les plus éloignées de ces préoccupations. À cet effet, les services sociaux des Caisses d'Assurance maladie ont notamment pour action prioritaire de mettre en place un parcours « prévention Santé » à leur attention. Plus généralement, l'action sur les comportements en matière de prévention amène désormais les Caisses à proposer aux assurés sociaux des parcours personnalisés de prévention qui intègrent la participation aux programmes de dépistage organisés et les consultations périodiques de prévention. Certains centres d'examens de santé gérés par l'Assurance maladie s'insèrent déjà dans ces dispositifs en sus de l'examen périodique de santé qu'ils proposent à certaines personnes prioritaires (par ex., les bénéficiaires de minima sociaux).

L'incitation de l'assuré social à se saisir de responsabilités nouvelles peut aussi conduire l'Assurance maladie à développer d'autres formes d'accompagnement personnalisées en matière d'accès aux soins. Ainsi la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2007 énonce que « les Caisses nationales d'Assurance maladie peuvent mettre en place des programmes d'accompagnement des patients atteints de pathologies chroniques visant à leur apporter des conseils en terme d'orientation dans le système de soins et d'éducation à la santé ». Cette démarche a pour objectif de transmettre aux assurés sociaux des compétences leur permettant d'intégrer dans leur vie quotidienne, des comportements responsables pour la gestion de leur « capital Santé ».

Destiné à être généralisé à l'horizon 2011 à toutes les personnes atteintes de diabète de type 2, le dispositif sophia²¹, est le principal programme d'éducation thérapeutique mis en place par l'Assurance maladie pour accomplir cette évolution. Par un accompagnement qui prend différentes formes (accompagnement téléphonique, courriers, journaux, etc.), ce programme permet d'accroître les connaissances des assurés sociaux

21. www.sophia-infoservice.fr

sur cette pathologie et de les rendre plus conscients des évolutions de comportements nécessaires. À terme, l'extension de ce type de dispositif à d'autres pathologies comme les pathologies respiratoires devrait être envisagée.



L'ampleur du défi de la responsabilisation des assurés sociaux laisse place à un nouveau type de relations entre l'Assurance maladie et les assurés sociaux. Jusqu'à une époque récente, les Caisses avaient surtout pour rôle d'être des payeurs de prestations, en charge de l'application de règles de droit unilatérales. Désormais, l'Assurance maladie tend à innover pour construire une relation personnalisée avec les assurés sociaux, tout au moins avec certaines catégories d'entre eux, au point de prétendre devenir un « assureur solidaire en santé »²².

Aujourd'hui encore, la démarche conduite par l'Assurance maladie dans ce domaine demeure empirique dans la mesure où les dispositifs mis en place, tel celui pour l'accompagnement à l'éducation thérapeutique, ne comportent pas d'incitations financières à y entrer : ainsi l'adhésion au dispositif sophia est purement volontaire et n'entraîne aucune conséquence sur les conditions de prise en charge de la pathologie du diabète par l'Assurance maladie, contrairement à ce qui vaut en matière de parcours de soins coordonné.

Cependant, à l'avenir sous l'effet de l'élargissement de ces dispositifs d'accompagnement personnalisés à de nouveaux champs (par ex., les maladies cardio-vasculaires) et de leur généralisation progressive aux publics cibles, il va se poser inéluctablement la question de savoir s'il ne faudrait pas là aussi moduler la prise en charge sociale de telle ou telle pathologie en fonction de l'adhésion ou non à ce genre de dispositif. Le sujet n'est certes pas encore d'actualité mais pourrait le devenir à la faveur de discours de plus en plus prégnants sur l'activation des dépenses sociales ou encore, sur l'invocation de la responsabilité individuelle. L'enjeu de ce choix est crucial. Selon l'option retenue, il peut aboutir soit à la pire des choses, c'est-à-dire à dénaturer l'idée de solidarité qui fonde l'Assurance maladie en aboutissant à une individualisation des droits à prestations ; soit au contraire, à la meilleure des choses, en permettant de conforter la solidarité face au risque maladie : les assurés sociaux peuvent être ainsi mieux à même d'exercer leurs droits à la protection de la santé en acceptant

22. F. van Roekeghem, *L'Assurance maladie, acteur pivot de la modernisation du système de santé* (propos recueillis par Didier Guidons), Génération Ineum Consultin g #, p. 15.

1

LES ÉVOLUTIONS
 DE LA PROTECTION
 SOCIALE

certaines devoirs. Or l'instrument juridique à retenir pour la mise en œuvre de l'une ou l'autre de ces deux options ne devrait pas être la même de notre point de vue. Le scénario de passage à un remboursement qui serait subordonné à tel ou tel modèle de comportement, s'accommoderait de l'emploi de dispositions légales ou réglementaires, voire d'un habillage contractuel de celles-ci, lequel n'infléchirait pas fondamentalement la logique unilatérale ; le parcours de soins coordonné en fournit d'ailleurs une illustration particulièrement significative.

Le second scénario, qui obtient notre préférence, appelle en revanche une solution différente quant au cadre juridique à retenir. En effet, la règle juridique unilatérale ne semble pas fournir la formule la mieux adaptée lorsque la démarche de responsabilisation des assurés sociaux demande un effort aux intéressés, mais pas n'importe quel effort dans n'importe quelle condition ; encore faut-il tenir compte à la fois de leur situation personnelle et de leur environnement de vie. Aussi la piste du contrat mérite-t-elle d'être envisagée dans le champ de l'Assurance maladie pour certaines catégories d'assurés sociaux et pour certains types d'action. Il est évident que la contractualisation ne peut concerner l'affiliation ou le remboursement des prestations, car il y aurait une remise en cause complète du système d'Assurance maladie. C'est pourquoi, dans l'hypothèse d'une relation contractuelle²³, l'objet du contrat consisterait dans l'offre de services personnalisés que peuvent apporter les Caisses d'assurance maladie, ainsi que leur prise en charge financière par ces dernières comme c'est précisément le cas dans les domaines de la prévention et de l'éducation thérapeutique. Pour autant, les contrats conclus à cette fin devraient comporter des clauses suffisamment innovantes et substantielles au regard des textes législatifs et réglementaires en vigueur. À défaut, les dispositifs ainsi institués pourraient être reconnus comme des contrats mais comme de simples habillages de règles de droit unilatérales²⁴.

En tout état de cause, la recherche d'une plus grande responsabilisation individuelle des assurés sociaux suppose de parvenir à une plus grande coopération dans ce sens entre l'Assurance maladie et les professionnels de santé. Plus fondamentalement, elle doit s'inscrire dans un mouvement global et collectif qui mobiliserait chaque assuré en tant que citoyen, ce qui constitue le soubassement préalable à toute forme de responsabilisation individuelle, comme l'avait bien compris M. Pierre Laroque lors de la création de la Sécurité sociale.

23. G. Huteau, *Le contrat peut-il être un instrument de la responsabilité de l'assuré social ?*, Regards n° 32, 2007.
 24. X. Pretot, *L'intangibilité des droits aux prestations de l'assurance chômage*, Droit social, 2007, p. 403.

A background image showing a group of people in a meeting or office setting, with a blue gradient overlay. The image is partially obscured by the text and logo.

Maîtrise et action sociale des CAF

Olivier Maniette

Sous-directeur à la Caisse Nationale des Allocations Familiales, en charge du département de la gestion et du financement de l'action sociale

(L'auteur s'exprime à titre personnel et n'engage pas la CNAF)

Il y aurait apparemment une contradiction entre action sociale et maîtrise. D'un côté, un monde humain riche, des besoins sociaux immenses, une réalité sociale complexe et sensible, de l'autre, un monde froid fait de chiffres, de tableaux de bord, d'enveloppes limitatives et de procédures. La matière et l'antimatière en quelque sorte. L'une détruisant l'autre. L'une ne pouvant être pensée si on se place dans l'autre.

L'objet de cet article est de tordre le coup (une bonne fois ?) à certains *a priori* et de montrer que la branche famille, le monde des CAF, a réussi ce qui paraissait – à tort – impossible : maîtriser son action sociale sans renoncer à la développer.

Nous montrerons que l'action sociale des CAF a été grandement menacée par une crise financière interrogeant les pratiques de gestion. Cette crise a conduit à des réformes radicales dans l'urgence (I).

Ces réformes aujourd'hui digérées et complétées, conduisent à un compromis entre développement social et maîtrise, qui peut sembler satisfaisant (II).

L'avenir ne peut se construire qu'avec un regard critique, de l'imagination et de l'ambition (III).

I. Une révolution dans la douleur ?

A. Les terribles années 2005 et 2006

2005 et 2006 années terribles. La négociation de la COG 2005/2008 de la CNAF s'enlise et bute sur le montant du fonds national d'action sociale. La CNAF et son conseil réclament + 12 % d'augmentation par an, l'État n'est pas prêt à accepter plus de 7,5 %, en estimant que c'est déjà beaucoup. Pendant toute la négociation, le dialogue est difficile. La

1

LES ÉVOLUTIONS
DE LA PROTECTION
SOCIALE

CNAF explique qu'elle a besoin de ce budget pour répondre aux engagements pris par les CAF dans le passé. Il faut prendre en compte l'effet du passage à la prestation de service unique, premier étage – ambitieux – de financement des crèches et les contrats enfance et temps libre déjà signés finançant, en aide au fonctionnement, les politiques municipales de développement des crèches et des centres de loisirs. L'État rétorque qu'une telle augmentation des finances d'action sociale n'est pas soutenable dans le contexte des finances publiques françaises. Il demande à la CNAF d'être plus sélective dans ses financements.

Finalement, la COG est signée en juillet 2005, avec un montant de + 7,5 % d'augmentation du FNAS.

Dès le soir de la signature, la CNAF bloque tous ses nouveaux contrats temps libre en ne laissant que les contrats enfance (liés au plan crèche) se développer. Stupeur dans le réseau des CAF, inquiétude des partenaires.

Fin 2005, seconde mauvaise nouvelle. Le budget du FNAS est dépassé de 239 millions d'euros. Début 2006, troisième choc : l'État refuse d'approuver le budget FNAS 2006, rebasé en tenant compte de ce dépassement et envoie une mission IGAS-IGF pour comprendre ce qui se passe.

Au premier semestre 2006, arrivent ainsi, coup sur coup, sur le bureau du directeur de la CNAF, deux rapports cinglants sur l'action sociale des CAF.

Ces rapports ne s'étendent pas sur les forces de l'action sociale et notamment sur sa capacité à favoriser le développement des solutions d'accueil pour l'enfance et la jeunesse. Ils passent aussi sous silence les aspects qualitatifs des politiques municipales dans ces domaines, éléments que la branche famille soutient, encourage, suscite... même si cela coûte cher.

Ainsi, rien ne trouve grâce aux yeux des corps de contrôle :

- les chiffrages locaux et nationaux en matière budgétaire sont de faible qualité ;
- les systèmes de financement sont excessivement favorables aux partenaires des CAF ;
- les contrats signés avec les communes ne sont pas encadrés et suivis nationalement ;
- les CAF elles-mêmes, ne suivent pas suffisamment les résultats obtenus par leurs partenaires ;



- le coût moyen des places d'accueil enfance et jeunesse dérape sans contrôle ;
- les CAF ne tiennent pas compte de la diversité des capacités de financement des communes ;
- les outils de financement coûteux et non maîtrisés s'accumulent sans réflexion stratégique ni de la CNAF ni des Pouvoirs publics ;
- le système d'information en matière d'action sociale est défaillant ;
- les moyens affectés à la gestion de l'action sociale sont insuffisants en qualité et en quantité.

Cette accumulation de reproches fera dire à un auditeur, satisfait de son travail mais pas du nôtre : « vous êtes un cas d'école ! »

Ce constat sans appel et finalement assez peu contesté à l'époque par la branche famille, conduit, ni plus ni moins, à ce qui paraît être une révolution.

B. La révolution en action sociale

Les contrats enfance et temps libre accusés de financer le développement des dépenses et insuffisamment celui de l'offre, sont remplacés, en quelques mois par des contrats enfance et jeunesse (financement en aide au fonctionnement des politiques municipales ou d'entreprise en faveur de l'accueil des jeunes enfants et des jeunes) rigoureux :

- les prix de revient sont plafonnés ;
- les nouveaux développements sont encadrés dans des enveloppes financières limitatives ;
- les CAF ne financent plus qu'un « reste à charge » qui tient compte des apports des autres contributeurs ;
- 85 % des dépenses doit se concentrer sur le quantitatif mesurable ;
- le champ de financement est recentré ;
- le développement est strictement défini et doit bien correspondre à un accroissement de l'offre (et non de la dépense) ;
- les dépenses inscrites aux contrats sont forfaitaires et ne peuvent donc être dépassées ;
- la non atteinte des objectifs des contrats et/ou des taux d'occupation minimum des structures se traduit par une réduction des financements à due concurrence.

Pour les communes, la note paraît salée. On leur annonce que le passage de l'ancien système au nouveau se traduira par des baisses moyennes de 40 % des financements, étalés en moyenne sur huit ans.



Dans le même temps, la CNAF fait paraître une note sur « les critères de sélectivité » conduisant les CAF à classer de façon mécanique les communes de leur département en fonction de leur niveau d'équipement et de leur capacité contributive. Pour les mieux classées, les développements sont autorisés, pour les autres, il faut renoncer.

Toutes les nouvelles prestations d'action sociale sont systématiquement encadrées par des enveloppes non dépassables par les CAF et suivies comme le lait sur le feu par l'établissement public national.

En outre, chaque mois, les CAF font remonter à la CNAF leurs prévisions de dépenses permettant à l'organisme national de rendre compte, à la même fréquence, à sa tutelle.

Enfin, le traitement des prestations d'action sociale, se voit encadré par des notes de procédures, identifiant les tâches à effectuer, les acteurs habilités, les risques associés et les parades à ces mêmes risques. Ces procédures sont rendues progressivement obligatoires.

II. Un compromis satisfaisant ?

A. La sortie de crise

Les résultats de la crise et des actions correctrices menées ne se font pas attendre :

- les communes réagissent mal à ce qu'elles perçoivent comme un désengagement des CAF ;
- les équipes des CAF et la CNAF doivent mettre en œuvre des réformes majeures et sensibles dans un délai court, ne facilitant ni l'appropriation ni la concertation.

Toute l'année 2006 et le début de l'année 2007 sont marqués par l'envoi de centaines de lettres des élus locaux aux CAF, à la CNAF, aux ministres ou aux parlementaires, pour s'inquiéter de cette réforme considérée comme brutale.

Patiemment, les directions de la CNAF et des CAF et les Pouvoirs publics répondent :

- non, les financements ne diminuent pas en volume ;
- seuls les développements sont encadrés ;
- ils suivent encore une hausse significative.



Un travail considérable d'explication est mené dans toute la France par les directions des CAF et leurs collaborateurs, par la direction de la CNAF vers les partenaires nationaux. Les administrateurs ne sont pas en reste et n'hésitent pas à expliquer eux aussi, qu'un FNAS ne peut progresser durablement à + 15 % l'an (c'est le chiffre observé pour l'année 2005).

Force est de constater qu'à partir de fin 2007, le climat se calme. Les contrats enfance et jeunesse sont entrés dans un système d'information partiellement amélioré. Bon an, mal an, les CAF se contentent des enveloppes limitatives et appliquent des textes nationaux beaucoup plus précis et rigoureux que par le passé.

Point de manifestations publiques, pas de gros titres dans les journaux, peu de prises de positions politiques nationales : la révolution, douloureuse pour les équipes de la CNAF et des CAF, ne semble pas être aussi sanglante que redoutée.

Le résultat sur le FNAS de ces actions ne se fait pas attendre et la progression des dépenses est ramené, en deux ans, de + 15 % à + 3 ou 4 %.

La commission des suites de l'IGAS fait part de sa satisfaction pendant que les sources de mécontentement des élus semblent se tarir une à une.

B. Une situation apparemment sereine

Aujourd'hui, le FNAS ne suscite plus d'inquiétude. L'augmentation modérée des dépenses de + 2,4 % en 2009, n'a pas empêché la création de 46 000 nouvelles solutions d'accueil pour les jeunes enfants. En outre, le redéploiement des dépenses, interne au FNAS, a permis de verser des sommes plus importantes qu'en 2008 sur le secteur des centres de loisirs, pour la plus grande satisfaction des maires, soucieux de pouvoir mener une politique jeunesse attendue des parents.

Sur le terrain, les CAF déploient, sous la houlette de la CNAF, une offre globale de service mêlant adroitement, dans leurs schémas territoriaux et leurs contrats pluriannuels d'objectifs et de gestion, les prestations dites « légales » et celles d'action sociale pour prendre en charge les attentes des allocataires. Il n'y a pas de politique d'action sociale mais une politique de l'enfance, de la jeunesse, de l'animation sociale ou de l'aide à domicile... le tout étant complémentaire et s'affranchissant des barrières – artificielles – entre dispositifs. On raisonne « global », « transversal » et par territoire. Pour

1

LES ÉVOLUTIONS
DE LA PROTECTION
SOCIALE

mieux mettre en valeur l'ensemble, les élus signent de plus en plus fréquemment, des conventions territoriales globales retraçant, notamment, toute l'action des CAF en leur faveur : expertise sur le diagnostic, aide au pilotage, appui financier, aide à l'évaluation... Les CAF, un temps critiquées, retrouvent une pleine crédibilité avec une capacité à s'inscrire dans la durée. Par exemple, le dernier plan crèche (aides à l'investissement pour bâtir de nouvelles crèches), doté de 600 millions d'euros, donne des perspectives sur huit ans. Record en matière de guidage long terme des finances publiques sociales.

On pourrait un instant croire que tout va pour le mieux dans le meilleur des mondes. Pour autant, un regard critique ne manquerait pas de nuancer à la fois le constat très noir des années 2005 et 2006 et au contraire, éviterait toute autosatisfaction dans la situation actuelle.

III. Un avenir tracé ?

A. Un passé à revisiter de façon moins sévère

Pour prévoir l'avenir, il est parfois précieux de revisiter un peu le passé et d'y distinguer quelques tendances de long terme.

Par exemple, aujourd'hui, prévaut, au sein de la branche famille, une appréciation nuancée du passé d'avant 2005. Certes, la priorité n'était peut-être pas la gestion en action sociale mais la formidable volonté de développement des CAF a permis de bâtir, avec les collectivités locales, une offre d'accueil en matière d'enfance et de jeunesse, que d'autres pays occidentaux nous envient.

Ce constat n'est pas forcément en contradiction avec les affirmations des corps de contrôle cités plus haut. Les CAF menaient, avant 2005, une politique ambitieuse et créative, seule à même de développer l'offre d'accueil avec des élus locaux qui ne pouvaient être convaincus, pour se lancer, que par des financements massifs et un engagement peu contraignant.

Ces derniers, soutenables dans les années 1990, ne l'étaient plus au milieu des années 2000.

À cette occasion, des habitudes de partenariat complexe, de négociations avec les élus et les associations, un positionnement des CAF, se sont mises en place et ils se sont révélés, par la suite, précieux pour mettre en œuvre, à moindre coût politique, les réformes de bonne gestion.



Le Contrat enfance et jeunesse apportait de nombreuses modifications et changements d'habitudes. Seuls des interlocuteurs aguerris des CAF pouvaient porter un tel chantier en si peu de temps sans provoquer des réactions trop vives des élus locaux.

Tel haut fonctionnaire, constatant avec satisfaction la mise en place étonnamment rapide des contrats enfance et jeunesse par les « collègues aguerris » des CAF, s'exclama, à l'attention de ses collaborateurs de l'administration d'État : « Nous, nous n'aurions pas été capables de faire cela en si peu de temps ! »

Il faut aussi rappeler que l'arrivée des premiers contrôleurs de gestion dans le monde de l'action sociale ne date pas de l'année 2005. À la CNAF, par exemple, un gros travail avait déjà été fait sur cette question avant cette année difficile. Les groupes de travail CNAF/CAF avaient aussi planché en partie de ce sujet.

Aussi, de ce point de vue, plus conciliant que celui des corps de contrôle mais aussi défendable, la crise financière aurait été plus un accélérateur de réformes déjà initiées ou pensées que le déclencheur d'actions complètement inédites.

Si l'action sociale des CAF semble à l'abri de la crise financière, elle est maintenant confrontée à un redoutable défi, celui de la complexité.

B. L'inquiétude de la complexité

Dans un souci de bonne gestion et de précision juridique et financière, chaque mesure fait l'objet de notes de service dépassant les 50 pages, accompagnées parfois de guides méthodologiques atteignant les 150 pages. Cette diffusion continue de lettres circulaires copieuses mais indispensables pour un pilotage resserré, vient souvent buter sur la capacité des cadres et techniciens des CAF à absorber une telle réglementation.

Quant aux partenaires, ils signent, en trois exemplaires, des conventions type qui s'épaississent chaque année, documents qui doivent obligatoirement retracer les lettres circulaires CNAF, puisque le droit de l'action sociale des CAF est principalement contractuel et ne renvoie que rarement à des normes d'origine législative ou réglementaire. Ces conventions type, très lourdes (dans tous les sens du terme) outils indispensables de la sécurisation du droit (et des comptes), sont en revanche un casse-tête en gestion administrative quotidienne.

Enfin, pour répondre aux difficultés des partenaires et afin de mieux prendre en compte les attentes des territoires et des populations, des

1

LES ÉVOLUTIONS
DE LA PROTECTION
SOCIALE

dispositifs annexes aux prestations principales ont été créés. Force est de constater qu'ils sont les bienvenus : vive l'appui aux structures en difficulté, bravo pour les aides à la rénovation du parc de crèche ou pour celles permettant l'accès des populations porteuses de handicap (pour ne citer que ces dispositifs). Mais, que de feuilles nouvelles d'explications pour les CAF et les partenaires, que de développements informatiques faits dans l'urgence !

L'action sociale de la branche famille s'est aujourd'hui banalisée. Elle apparaissait simple car elle « normait » peu et souvent, uniquement au niveau local. À partir du moment où, comme grand Service public national, elle veut, à la fois, épouser une réalité des départements diversifiée et fixer des règles détaillées pour rendre homogènes les réponses de la branche, elle n'a d'autres choix que de produire des centaines de pages encadrant les nombreuses pratiques des CAF.

Ce n'est pas une critique mais un constat. L'action sociale se trouve dans la même situation que les impôts ou les prestations sociales d'origine légale, confrontée au défi d'une simplification rêvée mais toujours repoussée face à l'urgence et à la nécessité.

C. Le souci de la facilité de gestion locale

Pas plus qu'il n'y aura sans doute de « grand soir » de la simplification en matière fiscale ou dans le domaine des prestations familiales légales, il ne faut espérer de simplification radicale dans le monde de l'action sociale. Les Français et leurs élus préfèrent l'équité à la simplicité et la première, épousant des situations sociales très variées (territoires, populations, ressources, historique des relations contractuelles...) peine à donner des règles courtes, tenant en quelques mots. Cette vision ne traduit pas un renoncement à agir (certaines simplifications se feront, la CNAF y travaille) mais révèle un réalisme permettant de bien identifier où se situent les axes de progrès possibles et réalistes.

Quelles pistes suivre ?

La complexité n'est pas vécue du tout de la même façon avec un système d'information performant qu'avec un progiciel peu ergonomique aux bugs fréquents. Donc, l'avenir de l'action sociale passe par un projet de refonte de son système d'information (projet Omega).

Ensuite, le droit, même touffu dans les circulaires, peut être synthétisé et présenté de façon claire, à partir de cas concrets, aux agents des CAF, directement sur leurs écrans. C'est tout le sens du projet @doc As.



Enfin, il revient à la CNAF de considérer ce qui se passe dans son réseau en se plaçant encore davantage du point de vue de ceux qui reçoivent l'information (équipes de terrain). À quel moment ont-ils besoin de tel texte ? Comment les dispositions nationales s'agencent-elles entre elles dans un planning de charge local ? L'équipe CAF ou celles des partenaires ont-elles les compétences, le temps et les moyens pour mettre en œuvre telle ou telle disposition ?

Et au-delà de la gestion, il faut revenir sur l'essentiel. Les Français attendent de nouvelles places de crèche, des modes d'accueil plus adaptés, un vrai accompagnement des communes (financés par les CAF) pour la conciliation vie familiale, vie professionnelle. Il revient à la branche famille de mesurer quantitativement et qualitativement les progrès réels enregistrés sur ces points. Et seuls les textes, financements et procédures œuvrant réellement en ce sens, méritent d'être conservés.

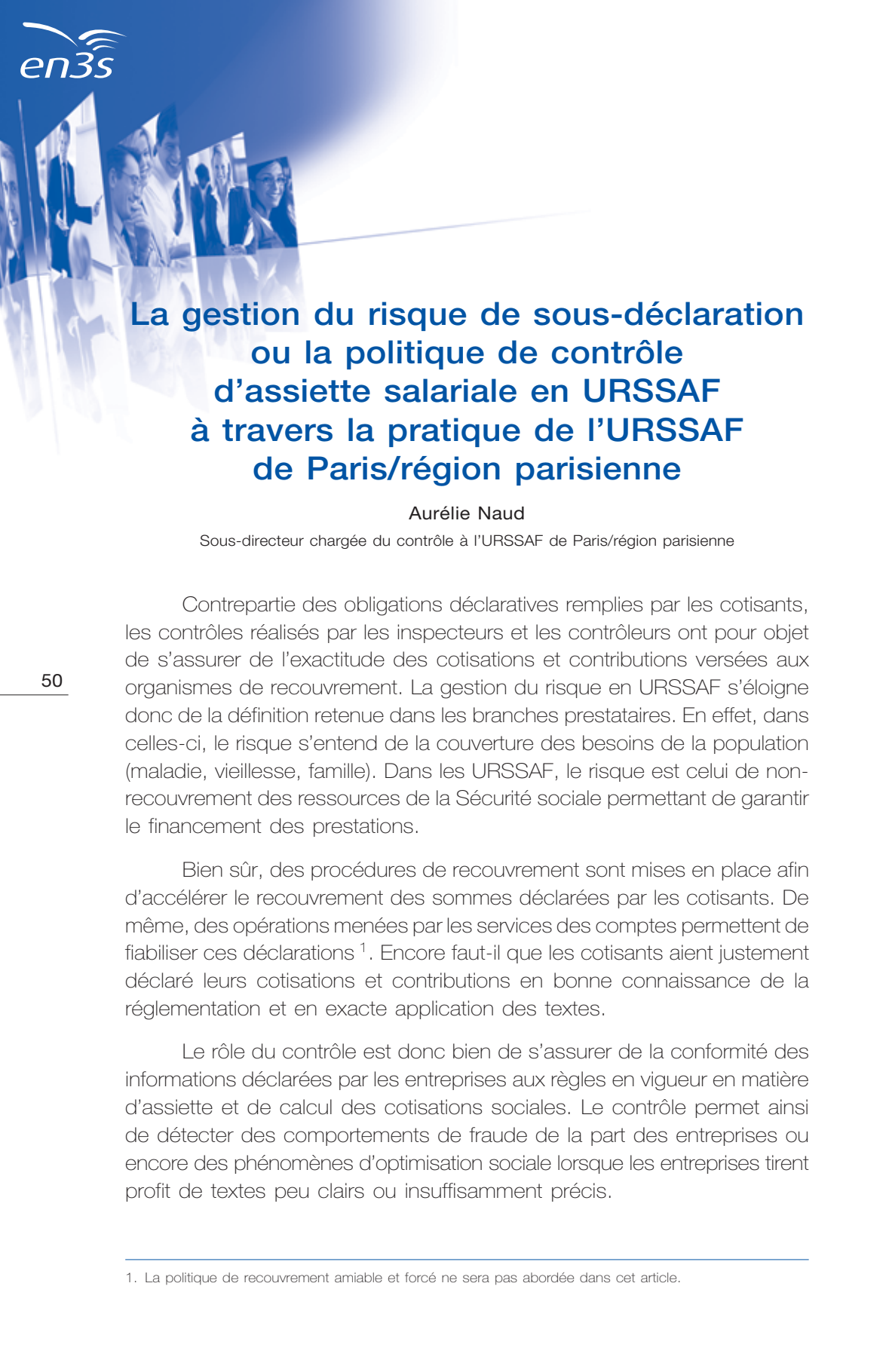
Repenser notre action « vue des CAF et des partenaires » et réinterroger en permanence l'efficacité sociale de nos dispositifs, ne sont pas des vœux pieux et des incantations si les CAF et la CNAF organisent à partir de fin 2010 et courant 2011 en action sociale (comme ailleurs), des revues régulières de leurs processus (enchaînement des activités vu sous l'angle de l'efficience), avec un esprit à la fois critique et créatif.

En action sociale, après le temps du « développement pur », est venu celui des dures réalités de gestion et de la maîtrise des financements.

Il reste devant nous – et c'est un défi difficile – la recherche d'une plus grande facilité, fluidité de mise en œuvre des règles.

Rêvons que notre action CNAF fasse dire un jour aux équipes locales « le national nous comprend et répond à nos attentes ou quand les réformes sont nécessaires, il nous accompagne vraiment ».

Une telle appréciation de CAF « clientes » d'une CNAF qui pilote son réseau en le connaissant de façon très rapprochée n'est pas hors de portée. Il demandera de la constance dans l'action de la CNAF et une vision stratégique dépassant l'horizon de quatre ans des COG.

A background image showing a group of business professionals in a meeting, with a blue gradient overlay. The image is partially obscured by the title and other text elements.

La gestion du risque de sous-déclaration ou la politique de contrôle d'assiette salariale en URSSAF à travers la pratique de l'URSSAF de Paris/région parisienne

Aurélie Naud

Sous-directeur chargée du contrôle à l'URSSAF de Paris/région parisienne

50

Contrepartie des obligations déclaratives remplies par les cotisants, les contrôles réalisés par les inspecteurs et les contrôleurs ont pour objet de s'assurer de l'exactitude des cotisations et contributions versées aux organismes de recouvrement. La gestion du risque en URSSAF s'éloigne donc de la définition retenue dans les branches prestataires. En effet, dans celles-ci, le risque s'entend de la couverture des besoins de la population (maladie, vieillesse, famille). Dans les URSSAF, le risque est celui de non-recouvrement des ressources de la Sécurité sociale permettant de garantir le financement des prestations.

Bien sûr, des procédures de recouvrement sont mises en place afin d'accélérer le recouvrement des sommes déclarées par les cotisants. De même, des opérations menées par les services des comptes permettent de fiabiliser ces déclarations¹. Encore faut-il que les cotisants aient justement déclaré leurs cotisations et contributions en bonne connaissance de la réglementation et en exacte application des textes.

Le rôle du contrôle est donc bien de s'assurer de la conformité des informations déclarées par les entreprises aux règles en vigueur en matière d'assiette et de calcul des cotisations sociales. Le contrôle permet ainsi de détecter des comportements de fraude de la part des entreprises ou encore des phénomènes d'optimisation sociale lorsque les entreprises tirent profit de textes peu clairs ou insuffisamment précis.

1. La politique de recouvrement amiable et forcé ne sera pas abordée dans cet article.

La politique de contrôle se traduit par le plan de contrôle



L'URSSAF de Paris a ainsi mené plus de 39 000 opérations de contrôle en 2009, chiffre en constante évolution ces dernières années. Bien sûr ces opérations sont d'une nature différente. En effet, en fonction du risque supposé, de l'effectif de l'entreprise, la dimension de l'opération de contrôle sera plus ou moins importante pour l'entreprise. Ces contrôles ont néanmoins donné lieu à des redressements positifs, c'est-à-dire en faveur de l'URSSAF, s'élevant à plus de 220 millions d'euros, présentant là aussi un résultat en évolution positive. D'autant plus que ce chiffre correspond à près de 24 % des résultats de la branche recouvrement en 2009.

Ces résultats sont plutôt satisfaisants pour l'Institution car ils traduisent une bonne appréhension des situations de risque ou de fraudes et plutôt en demi-teinte pour les entreprises dans la mesure où ces résultats signifient aussi que le contrôle est nécessaire pour mettre en lumière des situations de fraude ou rappeler la législation.

Les objectifs du contrôle

L'obtention de tels résultats passe par la construction d'une stratégie de contrôle. Les orientations du contrôle conduisent à justifier les opérations de contrôle menées par les inspecteurs et les contrôleurs. En effet, les contrôles ne sont pas menés par hasard mais sont réellement décidés en connaissance du fichier et des risques représentés par les pratiques des entreprises selon notamment le secteur d'activité auquel elles appartiennent ou encore leur effectif ou l'organisation du groupe. La sélection des entreprises qui feront l'objet d'un contrôle est précisée dans un plan de contrôle.

Ce plan répond donc à plusieurs objectifs. S'ils peuvent apparaître à première vue contradictoires dans la mesure où ils ne visent pas les mêmes types de contrôle, ni même les mêmes segments d'entreprise, il est préférable de les envisager comme étant complémentaires. En effet, l'affectation des ressources du contrôle sur tel ou tel objectif permettra de les hiérarchiser. Ainsi, un des objectifs poursuivi par le contrôle est l'intervention du contrôle sur une majorité de cotisants. Une présence importante conduit à mieux faire accepter le contrôle par ceux qui sont contrôlés considérant que toutes les entreprises d'un même secteur d'activité subiront le même sort. Néanmoins, ce premier objectif est atténué par

1

LES ÉVOLUTIONS
DE LA PROTECTION
SOCIALE

des accélérateurs de contrôle que peuvent être par exemple les redressements identifiés lors d'un précédent contrôle et la nécessité de s'assurer que l'entreprise ait modifié ses pratiques ou encore le recours à des dispositifs d'exonération qui selon leur utilisation peuvent générer

des comportements de fraude. Un autre objectif majeur du contrôle est de contrôler les grandes entreprises, c'est-à-dire celles qui présentent les plus forts enjeux financiers. Cela ne signifie par forcément que les redressements seront élevés d'autant plus que la pratique montre que le rapport entre les redressements et les cotisations liquidées est plus faible sur ce type de segment. Mais il est opportun de s'assurer que la législation de Sécurité sociale est bien appliquée dans la mesure où toute erreur conduirait à un manque à gagner pour la Sécurité sociale important.

Avec la Convention d'objectifs et de gestion 2006-2009, le contrôle des très grandes entreprises (plus de 2 000 salariés) a été confié à 8 URSSAF et le contrôle des grandes entreprises (plus de 250 salariés) à 33 URSSAF de la branche recouvrement. Dans le même temps, le dispositif de gestion des entreprises qui règlent leurs cotisations en un lieu unique a été rénové. Quelques URSSAF seulement sont habilitées à contrôler les grandes entreprises. Celles-ci ont passé des contrats avec les URSSAF afin de centraliser le paiement des cotisations dans une seule URSSAF. Un accompagnement est mis en place avec les services de gestion des comptes spécialisés pour les grandes entreprises de manière à répondre à leurs questions spécifiques. L'URSSAF de Paris continue dans le cadre de ce nouveau dispositif à réaliser les contrôles des grandes entreprises dans l'objectif d'une intervention tous les 5 ans au moins. Ainsi, les contrôles menés depuis 2008 ont démarré par une visite préalable, l'occasion de rencontrer les interlocuteurs de l'entreprise qui répondront aux questions des inspecteurs pendant le contrôle. Cette visite est appréciée par l'entreprise qui y voit un moyen de mieux maîtriser le périmètre de contrôle, le calendrier de contrôle et les impacts en termes de trésorerie, les demandes des inspecteurs et les conséquences en termes de récupération des pièces justificatives selon l'organisation de l'entreprise. À la fin du contrôle, une visite de clôture est organisée au cours de laquelle sont présentées les chefs de redressements et les observations qui seront notifiées à l'entreprise. Là aussi, cette rencontre répond aux attentes des entreprises qui peuvent ainsi éventuellement évoquer leurs difficultés à appliquer certains textes du fait du contexte social par exemple. Dans certains cas, les grandes entreprises peuvent souhaiter un accompagnement dans la mise en place d'un nouveau système de gestion des frais professionnels par exemple, on retrouve ce redressement très régulièrement lors des contrôles



soit parce que les principes de prises en charge des frais sont erronés, soit parce que la conservation des justificatifs pose problème notamment dans des grandes entreprises. Une offre de service a donc été mise en place, le diagnostic conseil qui permet de valider la gestion mise en place dans l'entreprise. Le contrôle conduit donc également à accompagner l'entreprise dans la mise en œuvre des textes.

Des contrôles renforcés

Concernant les entreprises de moins de 9 salariés, la branche a créé un nouveau métier et une nouvelle pratique de contrôle : les contrôleurs du recouvrement qui réalisent des contrôles partiels sur pièces. En fait, la mobilisation du corps de contrôle est adaptée au risque généré par ce type d'établissements. Ce type de contrôle permet d'assurer une présence tout à fait effective sur le segment des très petites entreprises en limitant la mobilisation du corps de contrôle et en demandant un nombre de pièces limité au cotisant. Le décret du 11 avril 2007 a donc conduit à autoriser ce type de contrôle et par là-même à renforcer les contrôles sur ce type de segment.

Mais au-delà des orientations données au plan de contrôle, certains contrôles répondent à des logiques très différentes. En effet, des contrôles sont définis sur des entreprises sélectionnées de manière aléatoire. L'objectif est de s'assurer que toutes les entreprises ont la même possibilité d'être inscrites au plan de contrôle. C'est non seulement le bon ciblage des entreprises qui est visé ici mais également l'assurance de traiter de manière équivalente toutes les entreprises sans en écarter certaines du contrôle pour des raisons qui ne seraient pas professionnelles. Depuis 2010, des entreprises sont ainsi sélectionnées de manière aléatoire. On ne rompt pas réellement avec la nécessité de cibler les risques mais l'objectif également recherché est d'identifier de nouvelles pratiques de fraude ou d'optimisation sociale. Des contrôles aléatoires sont pratiqués depuis plusieurs années en matière de lutte contre le travail illégal avec pour objectif de cibler certains secteurs d'activité et d'évaluer les comportements frauduleux détectés. La même logique est retenue désormais en matière de contrôle comptable d'assiette.

Mais le renforcement du contrôle c'est aussi un élargissement du champ de compétence des inspecteurs du recouvrement. En effet, les inspecteurs seront dans quelques années les inspecteurs de la Protection sociale. L'évolution a déjà commencé avec le contrôle pour le compte de

1

LES ÉVOLUTIONS DE LA PROTECTION SOCIALE

Pôle Emploi en place depuis fin 2008. Le contrôle pour le compte des organismes de retraite complémentaire est prévu pour 2012. Mais également, les inspecteurs ont en charge le contrôle d'assiettes ou de taxes spécifiques comme les contributions versées par les laboratoires pharmaceutiques, la taxe sur les véhicules terrestres à moteur versée par les compagnies d'assurances. Ainsi, le champ du contrôle s'élargit. Ces attributions nouvelles accordées aux inspecteurs valorisent l'action du contrôle. Néanmoins, elles contribuent à revoir la définition du contrôle.

La réalisation des contrôles doit s'adapter à ces exigences nouvelles ou renforcées

L'attention portée au contrôle se renforce par le biais notamment d'audits comme celui de la Cour des comptes en 2009 pour son rapport annuel sur la Sécurité sociale. La pratique des URSSAF en matière de contrôle a pu être mise en cause sur plusieurs aspects : en termes de pratique de ciblage des entreprises, de réalisation des contrôles... même si des initiatives locales pouvaient être soulignées. Ce rapport a eu pour intérêt de rénover la perception du contrôle comptable d'assiette classique qui permettait *a priori* de tout voir dans l'entreprise en réalisant un contrôle exhaustif. De plus, il a permis de s'intéresser également à la production des inspecteurs.

On mesure les résultats du contrôle également grâce aux investigations qui sont menées en entreprise et le cadrage mis en place. Comme des auditeurs en entreprise, les inspecteurs définissent un calendrier de contrôle avec leurs interlocuteurs et une programmation des opérations. Ce cadrage permet donc de maîtriser le temps passé sur chacun des contrôles et de poursuivre deux types d'objectifs : le premier est de rester en entreprise un temps raisonnable afin de ne pas impacter son activité et le second objectif est d'adapter le temps passé en vérification aux enjeux du contrôle.

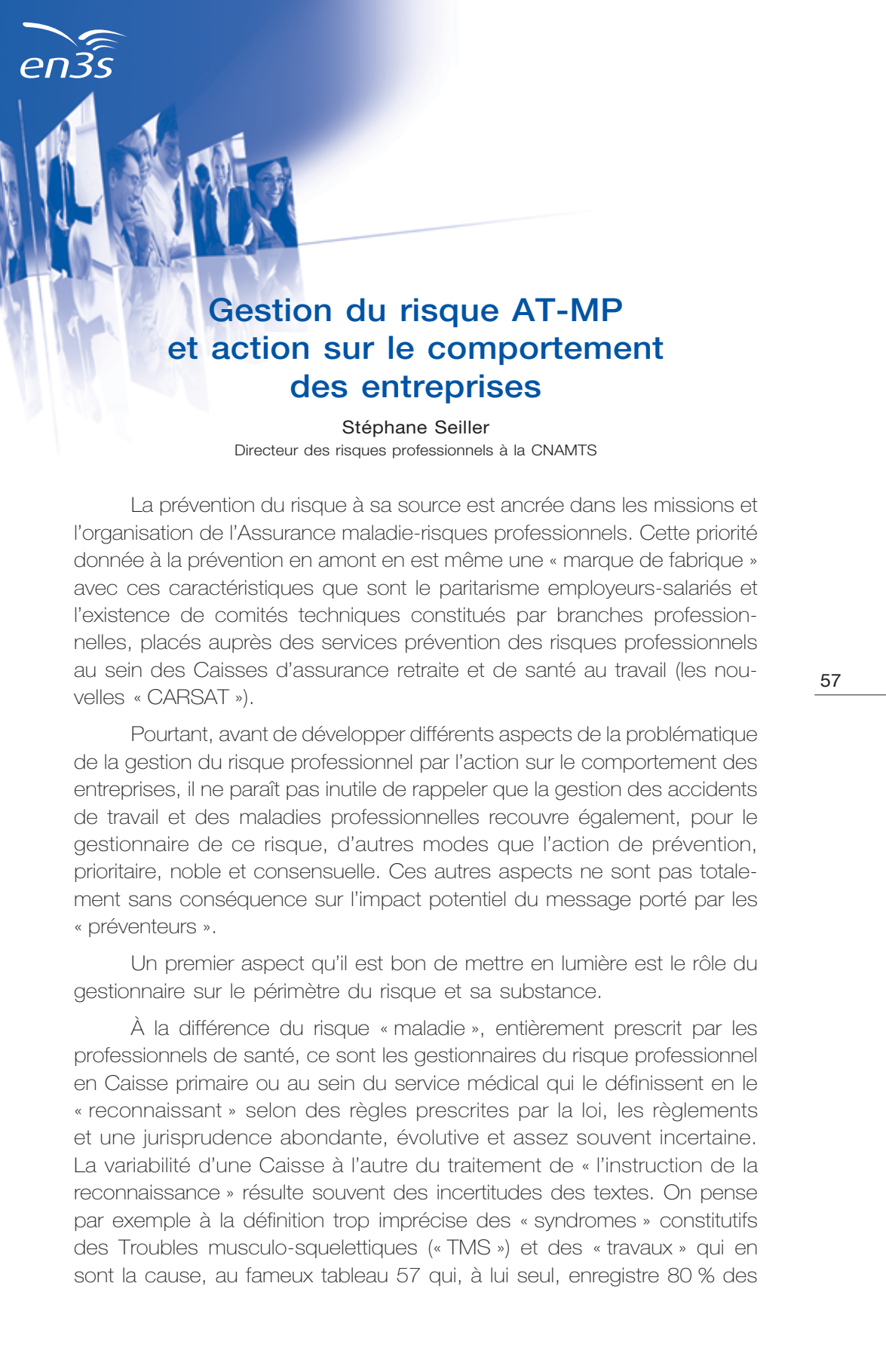
Pour aller plus loin dans le second objectif, des contrôles thématiques ont été lancées en 2010. Ces contrôles peuvent poursuivre des orientations diverses : mesurer la bonne application d'un dispositif juridique récent, s'assurer de la mise en conformité suite à un contrôle notamment. Avec ces nouveaux axes de contrôle, on sort de l'équation difficile de la couverture suffisante du fichier et des contrôles à forts enjeux. Le contrôle de demain sera davantage diversifié. Et la connaissance des entreprises nous persuade d'adapter davantage les contrôles aux pratiques des entreprises.

*La lutte contre le travail illégal :
une intégration dans la lutte contre les fraudes*

Depuis plusieurs années, l'URSSAF de Paris s'est largement investie dans la lutte contre le travail illégal qu'il s'agisse d'opérations menées en lien avec les administrations partenaires (Inspection du travail, Administration fiscale, gendarmerie...) ou de la mobilisation de la structure régionale de lutte contre le travail illégal. Cette structure s'appuie sur les inspecteurs des Directions départementales afin d'être en mesure de détecter la fraude sur l'ensemble de la région parisienne. Mais également à l'occasion de contrôles comptables d'assiette, les inspecteurs peuvent détecter des dissimulations d'assiette. Les inspecteurs participent pour environ 15 % de leur temps à des opérations de lutte contre le travail illégal. Enfin, les contrôleurs du recouvrement, depuis la fin de l'année 2008, exploitent systématiquement tous les procès-verbaux établis par les administrations partenaires conduisant ainsi à des résultats tout à fait significatifs de la réalité de la fraude.

Des fraudes peuvent ainsi être détectées (par exemple, dans le secteur du gardiennage et de la sécurité, des hôtels, cafés, restaurants, ...) et certaines opérations ont pu démontrer l'insuffisance des textes à sanctionner ces comportements. Depuis ces dernières années, la lutte contre les fraudes s'est donc enrichie de nouveaux moyens. Notamment, le dispositif de solidarité financière conduit à sanctionner l'entreprise qui est véritablement bénéficiaire de cette fraude dans le cadre de sa relation avec le sous-traitant. Le devoir de vigilance peut donc être rappelé à l'entreprise. De plus, en cas d'infraction de travail dissimulé, l'entreprise doit rembourser les réductions et allègements de charges dont elle a pu bénéficier.

La lutte contre le travail illégal intègre désormais un champ d'action plus large qu'est la lutte contre les fraudes et qui implique également les Caisses prestataires. Des Comités opérationnels de lutte contre la fraude réunissent désormais les administrations fiscales, du travail, de la police, de la gendarmerie mais également les CAF, CPAM et Pôle Emploi. L'objectif est de favoriser des échanges entre les partenaires notamment lorsque des situations de fraudes aux cotisations de Sécurité sociale peuvent également se traduire par des fraudes aux prestations mais également pour rétablir les droits des salariés. La réunion de tous les partenaires permettra d'avoir une vision complète de tous ces mécanismes de fraude.

A background image showing a group of business professionals in a meeting, with a blue gradient overlay. The image is partially obscured by the text and logo.

Gestion du risque AT-MP et action sur le comportement des entreprises

Stéphane Seiller

Directeur des risques professionnels à la CNAMTS

La prévention du risque à sa source est ancrée dans les missions et l'organisation de l'Assurance maladie-risques professionnels. Cette priorité donnée à la prévention en amont en est même une « marque de fabrique » avec ces caractéristiques que sont le paritarisme employeurs-salariés et l'existence de comités techniques constitués par branches professionnelles, placés auprès des services prévention des risques professionnels au sein des Caisses d'assurance retraite et de santé au travail (les nouvelles « CARSAT »).

Pourtant, avant de développer différents aspects de la problématique de la gestion du risque professionnel par l'action sur le comportement des entreprises, il ne paraît pas inutile de rappeler que la gestion des accidents de travail et des maladies professionnelles recouvre également, pour le gestionnaire de ce risque, d'autres modes que l'action de prévention, prioritaire, noble et consensuelle. Ces autres aspects ne sont pas totalement sans conséquence sur l'impact potentiel du message porté par les « préventeurs ».

Un premier aspect qu'il est bon de mettre en lumière est le rôle du gestionnaire sur le périmètre du risque et sa substance.

À la différence du risque « maladie », entièrement prescrit par les professionnels de santé, ce sont les gestionnaires du risque professionnel en Caisse primaire ou au sein du service médical qui le définissent en le « reconnaissant » selon des règles prescrites par la loi, les règlements et une jurisprudence abondante, évolutive et assez souvent incertaine. La variabilité d'une Caisse à l'autre du traitement de « l'instruction de la reconnaissance » résulte souvent des incertitudes des textes. On pense par exemple à la définition trop imprécise des « syndromes » constitutifs des Troubles musculo-squelettiques (« TMS ») et des « travaux » qui en sont la cause, au fameux tableau 57 qui, à lui seul, enregistre 80 % des

1

LES ÉVOLUTIONS
DE LA PROTECTION
SOCIALE

nouvelles maladies professionnelles chaque année ; ou bien aux interprétations évolutives des règles de caractérisation du fait accidentel, dans le domaine sensible et complexe des risques « psychosociaux », avec les déclarations sous forme d'accident de travail d'effets allégués des relations et conditions de travail sur la santé des salariés.

Cette variabilité des interprétations et ces difficultés de stabilisation des règles juridiques sont un enjeu majeur de gestion du risque. Or le traitement de ces questions de « reconnaissance » n'est pas sans incidence, en retour, sur les problématiques de « connaissance » du risque, étape première de tout effort de prévention.

Dit autrement, le constat que les règles de la réparation conduisent le système AT-MP allemand à reconnaître 7 fois moins de cas de TMS que le système français, fondé, lui, sur la puissance du principe de présomption, peut-il être sans conséquence sur la portée des messages de prévention et la bonne compréhension par l'entreprise de sa responsabilité effective, prise de conscience indispensable, pourtant, pour engager des mesures de prévention durablement efficaces ?

De même, le contrôle de la durée des arrêts de travail et la juste évaluation médicale par le médecin-conseil de l'imputabilité d'une lésion ou de l'incapacité permanente contribuent à déterminer les montants portés au compte « employeur » et les évolutions annuelles du taux de cotisation de l'entreprise, parfois avec un impact important.

La mise en œuvre neutre et rigoureuse par les Caisses primaires et le service médical des règles de la reconnaissance et de la réparation AT-MP doit être un atout essentiel, dans un contexte où s'est développé depuis une dizaine d'année un contentieux, quasi industriel, à l'initiative de cabinets spécialisés, dont l'effet est de saper l'effet d'incitation du système de tarification au développement de la prévention. Sans d'ailleurs qu'il faille surestimer cet aspect incitatif : le principal objectif de la tarification est d'assurer le financement des dépenses de la branche, avec, par une répartition du coût du risque en fonction de la sinistralité, un dosage approprié entre mutualisation et imputation aux secteurs et entreprises.

Il reste que la rigueur et la neutralité de la gestion sont indispensables, dans une logique de service à l'utilisateur, si l'on veut arriver à résorber progressivement ces procédures contentieuses dont le retour financier rapide et directement tangible occulte l'intérêt d'investir à moyen et long terme dans la prévention, et qui, en tout état de cause, réduisent l'équité de la répartition du financement de la branche entre entreprises cotisantes.



Cela dit à titre liminaire, pour rappeler que la gestion du risque AT-MP est un tout, qu'elle concerne de manière solidaire Caisses primaires, service médical et Caisse régionale, que le « comportement » de l'entreprise n'est pas seul concerné et qu'en aval de la prévention primaire, la mise en œuvre des autres leviers de gestion du risque est également déterminante et n'est pas sans conséquence, à rebours, sur la crédibilité, la portée et l'efficacité des messages de prévention portés vers l'entreprise.

Une fois cela rappelé, agir sur le « comportement » des entreprises est bien l'objectif de l'action des services prévention de nos Caisses régionales. Mais il faut se corriger et préciser.

La correction consiste à souligner que l'action sur les comportements des entreprises n'est qu'un moyen. Le seul objectif, le seul qui vaille, est d'arriver à réduire l'exposition au risque pour diminuer la sinistralité immédiate (les accidents de travail, les TMS, ...) ou la sinistralité différée (les maladies cancéreuses d'origine professionnelle par exemple).

La précision, elle aussi, est essentielle : l'activité des services de prévention des Caisses régionales n'est pas de gérer le risque professionnel. La formulation ne cherche pas à provoquer ; elle cherche à clarifier. C'est l'entreprise, et elle seule, qui a la responsabilité de réduire l'exposition de ses salariés au risque d'accidents de travail ou de maladies professionnelles.

Les services des Caisses régionales œuvrent, parmi d'autres institutions ou organismes, à inciter les entreprises à gérer plus efficacement le risque professionnel. Chacune de ces institutions agit selon la finalité de ses propres missions. Pour ne citer qu'eux et en simplifiant, les services de l'inspection du travail agissent pour contribuer au respect des droits et obligations des salariés ; les services de santé au travail en conseillant le chef d'entreprise agissent pour contribuer à la protection de la santé physique ou mentale des salariés sur les lieux de travail.

Les services de prévention des Caisses régionales, quant à eux, contribuent à la gestion *du système d'assurance du risque professionnel*, premier pilier historique des assurances sociales et branche à part entière de la Sécurité sociale. Aux côtés des Caisses locales qui indemnisent les victimes, leur rôle spécifique est de contribuer à réduire l'occurrence et la gravité des lésions dont sont victimes les salariés, et à limiter les phénomènes d'aléa moral, propre à tout système d'assurance, en ciblant les

1

LES ÉVOLUTIONS
DE LA PROTECTION
SOCIALE

secteurs ou les entreprises dont le comportement contribuerait à faire supporter des charges normalement évitables par l'ensemble des entreprises.

Ces développements préliminaires peuvent paraître de faible valeur ajoutée, mais il faut faire attention aux expressions « valises », la « gestion du risque », que chacun remplit à sa façon, et il faut rappeler le rôle des services prévention des Caisses régionales au sein et au service de la gestion du système d'assurance du risque professionnel.

On l'a dit, les services de prévention de l'Assurance maladie-risques professionnels n'ont pas pour mission de gérer le risque professionnel. Ce sont les entreprises qui en ont la responsabilité. La mission des services prévention est de contribuer à la solidité globale du système d'assurance du risque professionnel, en agissant dans et vers les entreprises, pour les rendre autonomes dans leurs actions de maîtrise du risque, et contribuer ainsi à réduire la sinistralité immédiate et différée par le développement et la coordination de la prévention.

Or, l'Assurance maladie-risques professionnels couvre plus de 18 millions de salariés, en assurant près de deux millions d'établissements d'entreprises ou de collectivités contre le risque d'accidents de travail ou de maladies professionnelles auquel sont exposés leurs salariés. Les services prévention regroupent à travers l'ensemble du territoire français environ 1 200 personnes. Moins de mille d'entre elles disposent d'un agrément d'ingénieurs conseils ou de contrôleurs de sécurité leur permettant, en qualité d'agents assermentés, d'entrer à leur gré dans les entreprises, pour diagnostiquer les situations de risque, prescrire des solutions appropriées de prévention et évaluer l'efficacité des mesures mises en œuvre par l'entreprise.

Cet immense déséquilibre numérique montre que le principal risque que courent nos préventeurs et, partant, l'action globale des services de prévention de la branche, c'est de ne pas être au bon endroit, au bon moment, sur les bons sujets avec les bons outils. Ce risque est bien pris en compte au sein du système qualité des Caisses régionales et par le « plan de maîtrise sociale » relatif à la prévention. Il conduit à définir avec le plus grand soin, les priorités et les méthodes d'engagement des services prévention. Le risque sinon serait de disperser la ressource rare que constitue le savoir-faire de nos préventeurs, au gré d'initiatives ou de sollicitations éparses.

Le choix de priorités



Deux moyens sont à disposition pour fonder les priorités d'action en prévention.

L'analyse statistique de la sinistralité est un guide irremplaçable. Il est indispensable de ramener en permanence la sinistralité, telle qu'elle est constatée, au cœur des discussions destinées à déterminer les choix d'intervention ou des thématiques d'action. C'est une boussole qui a toujours dirigé, consciemment ou non, nos services prévention. Elle doit le rester.

Mais il faut reconnaître ses insuffisances : la sinistralité oriente vers les risques connus, plus exactement « reconnus » au sens réglementaire ou jurisprudentiel de la réparation, et vers les risques avérés, en ignorant par construction les risques latents et différés, sans évoquer les risques « émergents ».

C'est pour cela que les orientations de prévention issues des instances paritaires et professionnelles de la branche contribuent à mieux asseoir les priorités d'action. Elles résultent des travaux des commissions des accidents de travail et des maladies professionnelles ou des comités techniques, sectoriels et de branche, tant nationaux que régionaux. Dans ces instances, se précisent les choix consistant à mettre en avant, en priorité, pour une période donnée, des problématiques sectorielles ou des thématiques de risque. Et à en écarter d'autres, non pas parce qu'elles n'existent pas, mais parce qu'il est indispensable de faire des choix, fondés sur l'ampleur, la fréquence et la gravité du risque, la connaissance et l'expérience des situations de travail et l'existence de solutions de prévention.

C'est ainsi que les neuf comités techniques nationaux ont défini par consensus durant l'année 2008, une cinquantaine de thématiques prioritaires¹ qui ont permis de bâtir les plans d'action en prévention de la branche, nationaux ou régionaux². Ces priorités ont également contribué à la définition, par le ministère du Travail, du nouveau plan pour la santé au travail, marquant ainsi, conformément aux dispositions législatives du Code de la Sécurité sociale qui les crée, la portée, potentiellement plus large, des consensus élaborés au sein de ces instances paritaires de la Sécurité sociale.

1. CNAMTS, mars 2009, *Les orientations de prévention des Comités techniques nationaux 2009-2012*, « S'engager sur des cibles prioritaires ».

2. CNAMTS-DRP, février 2010, « Nos actions de prévention 2010-2012 ».

1

LES ÉVOLUTIONS
DE LA PROTECTION
SOCIALE

Pour l'agent de prévention souvent sollicité directement par des entreprises ou des acteurs professionnels, et dans l'incapacité de répondre à toutes les demandes qu'il reçoit, c'est un secours puissant de pouvoir s'appuyer sur ces priorités définies par les instances paritaires de la branche et, en principe, relayées par les représentants des secteurs.

Modes et méthodes d'action

L'efficacité des services prévention ne dépend pas seulement de la pertinence des thématiques ou secteurs identifiés comme prioritaires. La mise en œuvre de modes et de méthodes d'action appropriés est également cruciale.

Un premier niveau de problématique consiste à bien doser et articuler les uns par rapport aux autres trois modes d'action : la prévention directe en entreprise, l'ingénierie de prévention, le déploiement et la démultiplication de la prévention vers des ensembles ou des secteurs entiers d'entreprises.

Au vu à la fois du déséquilibre déjà souligné entre le nombre des entreprises et nos ressources internes de prévention, et de l'objectif final de l'action de prévention consistant à peser le plus largement possible sur la sinistralité immédiate ou différée, l'articulation doit tendre à mettre les deux premiers modes d'action au service du troisième.

Que l'on comprenne bien : la présence en entreprise des contrôleurs de sécurité de la Caisse régionale ou le développement de solutions nouvelles de prévention ne deviennent pas seconds. Ces modes d'action constituent, à part entière, des piliers sur lesquels s'appuie la stratégie de prévention de la branche. Ils ont sans nul doute d'ailleurs un plus grand degré de maturité par rapport à l'ambition de démultiplication. **L'enjeu est cependant que les interventions directes en entreprises et l'ingénierie de prévention aient pour principal objectif de contribuer à ce que le plus grand nombre d'entreprises mettent en œuvre les mesures de prévention du risque.**

Reprenons successivement les trois modes d'action.

L'intervention directe en entreprise est le cœur du métier du contrôleur de sécurité. Elle constitue la source de légitimité de l'ensemble des actions de prévention de la branche. Elle est, reste et restera indispensable à plusieurs titres. L'assureur du risque professionnel doit en effet :



- avoir une connaissance pratique du risque, et notamment des nouveaux risques ; ce qui justifie un maillage territorial qui permette une connaissance réelle du terrain et des situations de travail ;
- pouvoir utiliser l'expérience acquise lors d'interventions en entreprise pour contribuer à l'élaboration de solutions de prévention ; la présence de terrain alimente ainsi l'ingénierie de prévention ;
- pouvoir agir sur les comportements individuels d'entreprises qui s'écarteraient fortement des recommandations en usage ; les mécanismes automatiques de la tarification AT-MP n'étant pas par eux seuls suffisants pour corriger ces comportements, différentes méthodes doivent être utilisées en privilégiant, dans un premier temps, la sensibilisation et le conseil par l'apport de solutions de prévention, et en cas d'échec l'injonction, voire la majoration du taux de cotisation ;
- **pouvoir s'appuyer sur une mobilisation coordonnée de l'ensemble du réseau des contrôleurs de sécurité, ciblée sur une thématique de risque, sectorielle ou transversale, pour pouvoir faire évoluer les pratiques du secteur. Ce faisant, la présence locale en entreprise contribue de manière décisive au déploiement de la prévention, bien au-delà des seules entreprises visitées.**

À titre d'illustration, deux actions du plan national d'actions coordonnées 2009-2012 s'inscrivent particulièrement bien dans cette logique consistant à s'appuyer sur la « force de frappe » du réseau des contrôleurs de sécurité pour peser sur le risque au-delà des seules entreprises visitées.

La première concerne la protection de la santé au travail des intérimaires, population de salariés particulièrement exposée. C'est une action « de masse » consistant à mobiliser pendant quatre ans l'ensemble du réseau des contrôleurs de sécurité et des ingénieurs conseils. Dans une première phase 2009-2010, la maîtrise du risque est évaluée au regard d'un texte adopté par la Commission des accidents de travail et des maladies professionnelles. L'objectif fixé est de visiter 30 % des agences d'emploi puis 20 % d'entreprises utilisatrices de certains secteurs. Dans une seconde phase, 2011-2012, une nouvelle évaluation de la situation sera menée pour mesurer les évolutions. Entre les deux temps, des actions correctrices seront engagées avec les organisations de branches. Ainsi, les interventions conduites en 2009 ont permis de confirmer et d'objectiver le niveau très insuffisant de formation des responsables d'agences d'intérim aux enjeux de sécurité et santé au travail. En conséquence, en partenariat avec la fédération patronale de l'intérim, des référentiels et des modules de formation ont été développés et sont proposés aux entreprises du secteur.

1

LES ÉVOLUTIONS
DE LA PROTECTION
SOCIALE

L'autre action concerne les problèmes de manutention dans le secteur de la grande distribution. Elle consiste à « prendre le risque en tenaille » :

- d'une part par l'édition d'orientations ou de recommandations validées ou émises par les instances paritaires nationales, ciblées sur des points précis constituant des leviers de prévention : par exemple l'usage de tire-palette à haute levée pour mettre les marchandises en rayon ou la définition d'un poids limite (8 kg) pour le passage des produits sur les tapis des postes d'encaissement ;
- d'autre part, en demandant aux contrôleurs de sécurité d'évaluer, à l'occasion d'interventions en magasin, la mise en œuvre de ces recommandations ou d'autres solutions à effet équivalent, et le cas échéant, si celles-ci sont restées sans effet, à utiliser, si nécessaire, la possibilité ouverte par les textes législatifs ou réglementaires de placer l'établissement concerné sous la menace d'une forte majoration de son taux de cotisation. Ainsi, un nombre limité d'interventions de terrain permet de crédibiliser l'orientation de prévention adoptée par les représentants nationaux des différentes enseignes à réseau.

L'ingénierie de prévention du risque professionnel est le deuxième mode d'activité des services de prévention. L'expérience et le savoir-faire des ingénieurs conseils et des contrôleurs de sécurité de la branche, et des unités techniques qui viennent en appui de leurs actions, sont généralement reconnus. Leur technicité bénéficie du capital d'expertise et de ressources de l'Institut national de recherche et de sécurité (INRS), notamment par la formation qu'il apporte.

Mais deux écueils sont à éviter :

- le premier pourrait résulter du morcellement et de l'isolement des équipes de préventeurs dans chacune des Caisses régionales. C'est à cela que répond la création, fin 2007, de près d'une quarantaine de « champs coordonnés de prévention ». Il s'est agi d'organiser la mise en commun des techniques et solutions de prévention, une Caisse devenant pilote de l'ingénierie de prévention sur un des champs coordonnés pour le compte de l'ensemble du réseau ;
- l'autre écueil serait de développer une expertise de prévention plus concentrée sur elle-même que tournée vers l'action. Il faut prendre garde à ce que des débats « théologiques » de préventeurs, une vision dogmatique de « l'approche globale » du risque, ou la recherche d'une solution de prévention « parfaite » mais mise en œuvre dans quelques rares entreprises, ne détournent de la seule priorité : trouver les voies et les moyens

pour amener le plus grand nombre d'entreprises à développer, pas à pas et durablement, leur capacité à maîtriser les différents risques auxquels sont exposés leurs salariés.



C'est pour cela qu'une fois acquise la volonté de l'ensemble des Caisses régionales de mutualiser leur savoir-faire de prévention, quatorze seulement des quelques quarante champs coordonnés ont été retenus comme prioritaires : les travaux d'ingénierie y sont essentiellement conduits pour permettre la construction d'actions de déploiement vers le maximum d'entreprises, à la différence des autres champs pour lesquels le travail s'inscrit dans une optique principale de veille et de mutualisation de connaissances.

C'est également pour cela qu'il y a un véritable enjeu à réorienter les mécanismes de subvention, censés inciter financièrement les entreprises à la prévention :

- en limitant les moyens et le temps consacrés à l'élaboration des contrats de prévention qui bénéficient à guère plus de 1 000 entreprises par an, alors qu'ils requièrent chacun entre 5 et 10 interventions sur place du contrôleur de sécurité et que n'est pas avérée leur efficacité à contribuer à une réelle diminution de la sinistralité ;
- et en développant, au contraire, les aides financières simplifiées dirigées vers les plus petites entreprises, par le biais de campagnes organisées et limitées dans le temps, qui n'impliquent pas nécessairement une intervention en entreprise. Leur ambition doit être de contribuer à établir un « standard de prévention » sur des points précis, en touchant directement ou indirectement une proportion importante d'entreprises.

Les méthodes sont à inventer, ... ou à réinventer : les campagnes « outils plus sûrs » entraînent dans cette logique, en cherchant à faire évoluer l'offre des fabricants d'équipements, par un effet de levier au regard du nombre nécessairement limité des entreprises bénéficiaires directes de l'aide.

Ces considérations amènent à s'intéresser enfin au troisième mode d'action, le **déploiement auprès du plus grand nombre d'entreprises** des messages de prévention pour faire évoluer leur comportement.

La « trousse à outils » du préventeur est riche de solutions de prévention destinée à s'appliquer à des problématiques techniques précises et circonscrites ; il s'agit de l'ingénierie des solutions de prévention. En revanche, « l'ingénierie de l'action de prévention » est beaucoup moins développée. Elle devrait être constituée par les stratégies explicites de modification des comportements dans le but de favoriser la prévention.

1

LES ÉVOLUTIONS
DE LA PROTECTION
SOCIALE

Rares sont en effet les études comme celle de Vincent Grosjean (INRS)³, qui développe de manière inusitée des thématiques comme « l'approche marketing » de la prévention notamment auprès des plus petites entreprises, en soulignant la difficulté de « marketer des biens non recherchés », en relativisant l'intérêt de la sensibilisation par les impacts financiers ou économiques de la sinistralité, en explicitant les ressorts psychosociologiques des changements d'attitude, en soulignant la nécessité du débat contradictoire (notamment pour que s'expriment les raisons qu'il y aurait à ne pas développer la prévention), ...

Les actions déjà évoquées concernant l'intérim ou la grande distribution du programme national d'actions coordonnées témoignent de la volonté de mettre en place des stratégies de démultiplication de l'impact des interventions en entreprise.

Mais c'est peut-être dans le domaine de l'action de formation à la santé et sécurité au travail que la définition d'une stratégie de déploiement a été la plus réfléchie, quand bien même sa mise en œuvre n'est encore que partiellement réalisée. À l'initiative de l'INRS et du réseau des responsables de formation des Caisses régionales, un plan stratégique a été élaboré et validé par les instances délibératives de la branche. Il a d'abord consisté à rationaliser et harmoniser l'offre de formation. Puis, à démultiplier la partie la plus standard de cette offre en organisant des partenariats pour la faire porter par des opérateurs spécialisés externes (formation des sauveteurs-secouristes du travail par exemple). De la sorte les ressources internes, soit d'ingénierie de formation, soit d'organisation de « formations-actions » sous forme de face à face pédagogique, peuvent être réservées à l'accompagnement des programmes d'action nationaux ou régionaux menés avec les branches professionnelles ou avec des groupes d'entreprises.

Le développement de partenariats avec d'autres réseaux est aussi un axe stratégique du déploiement et de la démultiplication de la prévention.

Une priorité est désormais mise sur le rapprochement partenarial avec les services de santé au travail. Cet objectif est très explicitement prévu par la convention d'objectifs et de gestion de la branche pour la période 2009-2012, et surtout, désormais, par le droit positif : a été inséré par la LFSS 2011 un article L. 422-6 au Code de la Sécurité sociale qui prévoit que les Caisses régionales signeront avec chaque service de santé

3. Vincent Grosjean, INRS, « Comment favoriser chez les chefs d'entreprise une plus large prise en compte de la prévention ? ».



au travail une convention : « Des conventions soumises à l'avis préalable de l'autorité administrative, sont conclues entre les organismes de Sécurité sociale compétents et les services de santé au travail mentionnés à l'article L. 4622-7 du Code du travail. Elles fixent les modalités des actions conjointes ou complémentaires conduites par les services de santé au travail et les services de prévention des risques professionnels des Caisses de Sécurité sociale dans le respect de leurs missions respectives. À cet effet, ces services échangent toutes informations utiles au succès de ces actions de prévention à l'exclusion des informations personnelles relatives aux salariés, venues à la connaissance des médecins du travail. »

Sans attendre cette avancée législative, la CNAMTS et le réseau des services de prévention des risques professionnels ont cherché à entraîner les services de santé au travail dans la mise en œuvre partenariale de deux projets opérationnels, l'un de prévention « primaire » relatif à la prévention des expositions aux produits cancérogènes, mutagènes, reprotoxiques (les « CMR »), l'autre relatif à la prévention de la désinsertion professionnelle. Il y a, de part et d'autre, une adhésion de principe à ces deux thématiques ; c'est d'ailleurs pour cela qu'elles ont été choisies.

Il apparaît qu'il y a plus de difficultés à engager des actions partenariales dans le domaine de la prévention primaire que dans celui de la désinsertion professionnelle : sur les 10 000 entreprises, cibles choisies en raison de la probabilité forte que 100 000 salariés y soient exposés aux CMR, l'objectif serait que, sur la période 2009-2012, 5 000 de ces entreprises soient visitées par les préventeurs des Caisses régionales, les 5 000 autres par les services de santé au travail. À ce stade, l'action montre sa pertinence et son efficacité : plus de 3 000 entreprises ont été visitées par les services des Caisses régionales ; l'exposition aux CMR y concerne près de 60 000 salariés, et déjà 300 entreprises sont arrivées à supprimer ou à substituer le produit CMR et à soustraire ainsi au risque près de 7 000 salariés. L'enjeu sera d'amener rapidement des services de santé au travail à s'engager dans cette action. En ayant toutefois conscience que la construction d'un partenariat opérationnel de long terme suppose, même une fois les obstacles juridiques ou de principe levés, le temps nécessaire à l'appropriation réciproque des enjeux et des contraintes du partenaire.

La recherche d'une meilleure articulation nationale ou régionale des actions de prévention de l'Assurance maladie-risques professionnels avec celles des services du ministère du Travail doit permettre de donner plus

1

LES ÉVOLUTIONS
 DE LA PROTECTION
 SOCIALE

de visibilité et d'impact à ces programmes d'action, qu'il s'agisse des programmes thématiques de contrôle conjoints (amiante, poussières de bois, rayonnements ionisants, ...), des plans de communication qui peuvent en découler, ou de la contribution aux plans nationaux et régionaux de santé au travail. Le sujet des Risques psychosociaux (RPS) mériterait que les réflexions conduites en commun puissent aboutir à des recommandations précises sur la façon de répondre utilement aux sollicitations de plus en plus nombreuses d'employeurs, de CHSCT, de salariés, ..., dès lors qu'il est certain que les services de l'État, ou ceux de l'Assurance maladie-risques professionnels n'ont pas la capacité d'apporter une réponse directe à ces sollicitations, et qu'une offre de service se développe sur le marché, dont la qualité et l'utilité sont très disparates.

Enfin, dans cette construction d'une « ingénierie de l'action de prévention » devraient être plus systématiquement utilisées :

- les techniques du « marketing » et de la communication pour définir des offres de prévention adaptées aux différents segments du public des entreprises, leur promotion auprès des entreprises, les modalités d'accès à ces offres et les méthodes de diffusion de ces offres (réseau partenaires, accès en ligne, ...)
- les techniques de l'évaluation, notamment celles développées dans le domaine de la Santé publique, qui n'est pas si éloigné de celui des risques professionnels et de la santé au travail ;
- ... et en se rappelant toujours l'objectif attendu des moyens consacrés par la branche à la prévention des risques professionnels : contribuer à la baisse de l'exposition au risque qui doit se traduire de manière tangible par une baisse de la sinistralité, immédiate ou différée, provoquée par les différentes formes du risque.

Quelle approche de gestion du risque en interbranche à la Sécurité sociale ?

Pascal Émile

Directeur de la CARSAT du Centre

La gestion du risque, dans son acception traditionnelle, vise les actions de l'assureur afin d'optimiser sa dépense et donc celle de ses affiliés.

La Sécurité sociale s'est approprié cette notion à juste titre parce qu'elle est redevable devant ses assurés (et plus largement devant les citoyens au titre des dépenses de solidarité qu'elle gère) de l'efficacité de ses interventions.

Chaque branche de la Sécurité sociale déploie logiquement « sa » gestion du risque au regard de ses caractéristiques propres : l'optimisation de la dépense n'a, *a priori*, pas grand chose de commun entre le risque maladie, le risque vieillesse ou le risque famille.

Pourtant dans cet environnement de complexité, deux questions peuvent être posées :

- La Sécurité sociale gère-t-elle de manière transverse le risque de non-inclusion dans les droits ?
- Tant dans la relation à l'entreprise qu'à l'assuré, la Sécurité sociale sait-elle utiliser les acquis et savoir-faire de chacune des branches pour une meilleure gestion du risque ?

I. Une gestion du risque de l'inclusion dans les droits de Sécurité sociale

La contribution de la Sécurité sociale au développement économique fait aujourd'hui consensus au sens de la préservation et du développement du capital humain. Chacun s'accorde à dire que l'exclusion coûte cher tant en terme économique que social et que nos systèmes de Sécurité sociale sont des moteurs puissants de l'inclusion par le revenu à défaut de toujours l'être sur le plan économique et social.

1

LES ÉVOLUTIONS
DE LA PROTECTION
SOCIALE

Une des forces de notre système de Sécurité sociale a été de s'adapter, par une diversification des prestations, à la prise en compte des statuts successifs des individus : parents, usagers du système de santé, retraités mais aussi jeunes précaires, parents isolés, handicapés, exclus du milieu de travail en voie de réinsertion...

Cette adaptation a généré de la complexité pour s'adapter au plus près de ces statuts successifs des bénéficiaires, mais elle a été accompagnée d'un vaste déploiement, dans chacune des branches, d'une approche de gestion du risque visant à intégrer au droit. Convenons que ce préalable est indispensable avant même de promouvoir un bon usage du droit.

Toutes les branches de la Sécurité sociale ont progressivement amélioré leurs dispositifs d'identification des droits, parfois recherché les droits potentiels, et ont segmenté leurs offres de services pour toucher les populations les plus éloignées de l'accès aux droits. Ce déploiement reste complexe : contraintes de systèmes informatiques peu conçus pour croiser des informations visant le ciblage des usagers destinataires d'interventions, questionnement récurrent sur la nature même des interventions à diligenter pour toucher les publics concernés, complexité parfois des offres de service elles-mêmes (exemple de la CMUC ou de l'Aide à la Complémentaire Santé du fait d'opérateurs multiples...).

Mais si chaque branche, en responsabilité, active ses offres de service, que dire de la continuité des droits de l'usager lorsqu'il « change » de risque, active parallèlement plusieurs risques ou que ses conditions d'existence l'amènent à changer de statut au regard des prestations sociales ? L'entité Sécurité sociale sait-elle alors gérer la transversalité des droits en orientant l'usager concernant les droits connexes ou induits par un droit principal ?

Ne disons pas ici que sur tel ou tel aspect de la continuité des droits il n'existe pas des dispositions nationales ou des coopérations locales qui visent explicitement cette coordination : articulations entre CAF et CPAM sur la couverture santé des bénéficiaires de minimas sociaux, initiatives locales concernant la continuité du droit à pension pour ces mêmes publics... Mais une veuve, demandeur d'une pension de réversion, ayant droit à l'Assurance maladie de son ex-mari et locataire de son logement a-t-elle une chance de se voir proposer une information complète, en un seul lieu, sur l'ensemble de ses droits ?

Ces questions nous renvoient aux limites de notre spécialisation en matière de gestion du risque (versus accès aux droits) très centrée sur chaque branche.



Les gouvernements successifs, par l'extension régulière de la couverture sociale, ont complété le « maillage » du droit. L'appropriation des conditions de ce droit par chacune des branches a représenté un défi, défi parfaitement relevé eut égard à la population servie et à la complexité des droits mis en œuvre. Pour autant, convenons que cette extension du droit nous a également fragilisé du fait d'une approche souvent très segmentée de nos usagers. La compréhension, par les usagers eux-mêmes, de leur inclusion dans un régime général de Sécurité sociale visant la complétude de leurs droits reste à tout le moins incertaine.

Ces insuffisances nous sont parfois reprochées : médiateur de la République, MECSS... souvent pour préconiser ce « guichet unique » sorte de simplification propre à renouer le fil d'Ariane de la Sécurité sociale. Mais cette approche apparaît contraire à l'industrialisation de nos offres de service de plus en plus spécialisées, de plus en plus segmentées afin de nous adapter au plus près de la diversification de la réponse aux besoins d'information de nos usagers... pour chacun des risques auquel il est exposé.

Nos assurés disposent d'un accès aux droits tout au long des divers événements qui jalonnent leur existence, et nous partons du principe qu'ils sauront s'orienter dans un système qui est devenu d'une grande complexité ; constatons que peu de travaux nationaux visent à mieux connaître ces insuffisances de coordination autour de nos usagers malgré la recherche, ici ou là, de complémentarités interbranches sur des sujets limités.

Plus fondamentalement, les conditions d'accès aux droits, de continuité des droits, de complétude des droits ne font pas l'objet aujourd'hui d'une analyse de risque systématique dans l'environnement Sécurité sociale. Ne nous faut-il pas, au stade de maturité qui est celui de notre système, procéder à cette analyse considérant que le risque de non-intégration ou de non-continuité dans les droits de Sécurité sociale fait partie intégrante de notre mission de service public de Sécurité sociale ?

Ces éléments, parmi d'autres, constituent sans doute le socle indispensable et préalable à l'élaboration d'une véritable politique de gestion du risque visant l'inclusion dans les droits de Sécurité sociale.

II. Promouvoir une internalisation de la gestion du risque social par l'entreprise en interbranche ?

Nos politiques de branche mériteraient également d'être mieux coordonnées dans les relations de la Sécurité sociale à l'entreprise.

1

LES ÉVOLUTIONS
DE LA PROTECTION
SOCIALE

Les URSSAF entretiennent un rapport étroit de relations aux entreprises visant leur « compliance » au recouvrement. Les CARSAT, au titre de la retraite (DADS) et du risque professionnel (prévention/tarification) développent également une relation de service, de conseil et de contrôle de même que les CPAM au titre de la déclaration AT/MP.

Les entreprises nous reprochent souvent notre absence de coordination quand ce n'est pas l'absence de continuité dans nos processus.

Du point de vue de la Sécurité sociale, trois axes principaux guident l'ensemble de nos interventions :

- la conformité des entreprises à leurs obligations ;
- la promotion de mesures de simplification utiles tant pour les entreprises que pour la Sécurité sociale sur le plan de la gestion ;
- l'intégration par les entreprises de leurs nécessaires investissements visant à en faire des partenaires de la gestion du risque social.

Si le contrôle de la conformité aux obligations relève naturellement d'interventions spécialisées, l'appréciation des entreprises dans leur utilisation du système de Sécurité sociale (respect des contributions, déclarations AT/MP, usages d'arrêts de travail...) pourrait faire l'objet plus systématiquement d'analyses interbranches. Les entreprises sont, pour l'essentiel d'entre elles, partie prenante d'une gestion du risque de non ou de sous-déclaration. Dans le domaine des AT/MP émerge le sentiment d'une sensibilité plus forte au respect des obligations voire la condamnation d'une utilisation abusive des recours contentieux qui pèsent *in fine* sur les contributions des entreprises.

Faut-il imaginer, à terme, des analyses interbranches qui permettent de qualifier les entreprises dans l'ensemble de leurs rapports avec la Sécurité sociale ? Cette approche aurait le mérite de valoriser les entreprises vertueuses et de mieux coordonner les actions envers celles qui développent un « mésusage » du système de Sécurité sociale dans son ensemble.

La promotion de mesures de simplification à destination des entreprises est aujourd'hui organisée par chaque branche. Si des investissements communs ont été effectués avec d'autres partenaires (net-entreprise par exemple), chacun déploie dans son environnement son propre marketing de service. Sans doute sur ce sujet, l'analyse plus systématique d'une offre commune entreprise nous permettrait-elle de gagner en efficacité et la mise en commun de ressources de nous doter de fonctions plus professionnalisées en marketing. Notre image de marque et notre professionnalisme dans la relation entreprise ne pourraient en sortir que renforcés.



Plus complexe, sans doute, est l'élaboration, par la Sécurité sociale, de politiques transverses visant à associer les entreprises à une co-gestion des risques sociaux ayant un impact sur la Sécurité sociale.

Historiquement les CARSAT sont présentes sur ces sujets par un investissement dans l'accompagnement des entreprises pour la prévention du risque professionnel. La logique prévention/tarification est suffisamment forte pour que l'on puisse parler d'une réelle co-gestion du risque entre les acteurs de la Sécurité sociale et ceux des entreprises.

L'extension récente d'interventions coordonnées sur la « maîtrise médicalisée en entreprise » ou la « prévention de la désinsertion professionnelle » exprime la recherche d'impliquer plus en avant les entreprises dans une connaissance des approches de gestion du risque de l'Assurance maladie. Ces dispositifs préfigurent sans doute l'un des enjeux importants pour demain : l'intégration par les entreprises, elles-mêmes, de politiques visant la gestion des risques sociaux inhérents à leurs secteurs d'activités (arrêt de travail, risque de désinsertion...).

L'extension de ces approches au maintien en emploi des seniors (enjeu pour le système de retraite) ou les perspectives sur la conditionnalité des exonérations bas salaires en fonction des politiques d'emploi des entreprises (enjeu de financement), indiquent qu'il nous faudra sans doute élargir la base traditionnelle de notre approche de gestion du risque.

L'accompagnement des entreprises à l'internalisation de la gestion des risques sociaux qui sont sous leur responsabilité ne pourra se faire que si la Sécurité sociale se présente de manière intelligible et coordonnée. Qu'il s'agisse de prévention des risques professionnels, de détection des arrêts de travail évocateurs du développement de pathologies professionnelles, de réinsertion après arrêt de travail ou de maintien en emploi des seniors, la gestion des risques en interbranche est l'un des facteurs qui assoira la crédibilité des politiques que nous avons ou que nous aurions à conduire.

III. Développer une approche de gestion du risque interbranche au bénéfice de certains publics ciblés

Les programmes de gestion du risque à la Sécurité sociale sont construits sur des cibles particulières justifiées par la recherche d'une efficacité des actions menées.

1

LES ÉVOLUTIONS
DE LA PROTECTION
SOCIALE

Cette focalisation est légitime en ce qu'elle évite la dispersion, permet de mesurer l'effet produit et qu'elle garantit une maîtrise de l'évolution de la dépense consacrée à tel ou tel risque social.

Mais nos différentes branches ne doivent-elles pas s'interroger plus avant sur la complémentarité de certains de leurs programmes ?

Les CARSAT, organismes interbranche « par nature », sont parfois le lieu de mise en évidence de cette nécessité.

L'assurance retraite, au titre de sa politique de préservation de l'autonomie des personnes âgées, a mis en œuvre un programme d'accompagnement à la sortie d'hospitalisation. Ce programme vise (versus retraite) à conduire une approche de gestion du risque de perte d'autonomie, mais rejoint (versus maladie) celui de la diminution des durées de séjour en hospitalisation.

La CNAMTS a rejoint ce programme en 2007 et compte le développer dans le cadre de la COG maladie 2010/2013 pour l'étendre à d'autres publics.

Il est intéressant de noter que c'est principalement le service social des CARSAT (qui a la double compétence retraite/Assurance maladie) qui a été initialement l'artisan de cette convergence en sollicitant les fonds d'action sociale des CPAM. Il est aussi, à bien des égards, le moteur de l'efficacité de ce programme en assurant la coordination avec les structures de soins pour installer durablement l'évolution des pratiques dans ce domaine.

Si nous restons, à titre d'exemple, sur cette politique de préservation de l'autonomie de la personne âgée, nous constatons qu'elle met en œuvre des compétences partagées au sein de la Sécurité sociale.

Au titre de la préservation de la santé, sans cibler *a priori* ce public, les CPAM développent des actions de bon usage du système de soins (actions de prévention), les CARSAT financent pour les personnes âgées des ateliers de prévention (prévention des chutes, alimentation...). Si localement des pratiques convergentes s'instaurent, ces domaines de coordination méritent d'être mieux exploités, par exemple par des actions ciblées sur les personnes âgées, dont on sait qu'elles entretiennent un rapport particulier à la demande de santé. C'est dans cet esprit que la CNAMTS et la CNAV ont récemment convenu d'une réactivation du Plan de Préservation de l'Autonomie des Personnes Âgées (circulaire 27/2010) visant à faire converger les approches institutionnelles.



Mais la préservation de l'autonomie de la personne âgée est aussi conditionnée par des questions de maintien de lien social ou d'habitat adapté. Les CAF ont développé des compétences sur ces politiques (centres sociaux sur les quartiers, politiques de développement social, accès au logement), les CARSAT financent des programmes d'activation du lien social et des opérations d'habitat intermédiaire.

Sur ces sujets, l'exploration de nos convergences nous permettrait sans doute de développer une approche transverse de la gestion du risque appliquée à tel ou tel public ou à tel ou tel événement, nous mettrait en situation de développer des programmes plus cohérents, et nous conduirait à optimiser nos parts respectives de financement dans les opérations que nous conduisons.

La gestion du risque à la Sécurité sociale s'est construite par une approche de branche partant d'une analyse des facteurs d'optimisation de la dépense et/ou d'amélioration du service rendu.

L'environnement des différents risques est aujourd'hui mieux maîtrisé par l'organisation d'une gestion de la connaissance que chacune des branches a su structurer.

Il nous revient sans doute de perfectionner cette approche par une analyse des facteurs de risques transverses aux différentes branches. Cette recherche est potentiellement un des facteurs de nouvelles optimisations : notre système fondé sur une approche principalement indemnitaire y développerait peut être d'autres natures de réponses aux besoins sociaux comme celles initiées en matière de structuration de services adaptés à telle ou telle catégorie de public.

Le partage d'une connaissance interbranche de nos publics, la recherche plus systématique d'objectifs communs autour de ces publics dans nos COG, seraient sans doute de nature à réactiver cet espace commun de gestion du risque de Sécurité sociale.

Peut-on parler d'une gestion du risque en matière de retraites ?

Pierre Mayeur
Directeur de la CNAV

Si le renforcement des politiques de gestion du risque à la Sécurité sociale est devenu une évidence, il est intéressant de remarquer que leur développement n'a pas été homogène entre les différentes branches. En effet, si ces politiques sont par nature présentes dans la branche recouvrement, plus fortement marquée que les autres par la culture du contrôle, elles sont une invention plus récente dans les branches prestataires. Pour ces branches, des premières tentatives avaient eu lieu dans les années 90, autour de la gestion du RMI pour la branche famille ou lors de la mise en place de l'ONDAM pour la branche maladie. Mais ces premières tentatives relevaient davantage de la déclaration d'intention que d'une démarche structurée, faute d'outils pertinents pour porter les politiques souhaitées. C'est finalement la loi du 13 août 2004 relative à l'Assurance maladie qui marque le coup d'envoi d'une politique de gestion du risque structurée au sein d'une branche prestataire.

Cinq orientations principales, adoptées par le Conseil de la CNAMTS dès 2005, concernent ainsi :

- le développement de la prévention pour contenir la dépense des soins, c'est-à-dire agir sur le comportement avant l'apparition d'une pathologie ;
- l'information et l'accompagnement de tous les acteurs du système, en particulier les assurés et les professionnels de santé ;
- la limitation des dépenses inutiles par le contrôle du périmètre des soins pris en charge, la fixation des tarifs et la justification médicale du recours aux soins ;
- l'organisation de l'offre de soins ;
- le pilotage et le contrôle du système de soins.

Sur ce fondement, la gestion du risque est devenue une réalité de l'Assurance maladie. Autrefois payeur et liquidateur aveugle, la branche maladie s'est dotée et continue de se doter d'une série d'outils pour identifier les comportements individuels et les faire évoluer (hyper-prescripteurs, le recours abusif aux indemnités journalières...). Cette gestion du risque

1
 LES ÉVOLUTIONS
 DE LA PROTECTION
 SOCIALE

s'étend ainsi à la fois aux professionnels de santé et aux assurés. Elle a contribué à la période de maîtrise des dépenses engagées depuis 2005, la France réussissant depuis 2008 à dépasser de peu – voire même à respecter ! – l'enveloppe fixée par le Parlement, l'Objectif National de Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM).

La gestion du risque a en outre été l'une des questions les plus sensibles lors de la mise en place des Agences Régionales de Santé (ARS). Les succès indéniables obtenus par la CNAMTS ont heureusement conduit à un compromis certes particulièrement complexe, mais permettant de préserver les acquis de la période récente.

Par ces innovations, la branche maladie est devenue la première branche prestataire à se doter de véritables outils de gestion du risque dont l'objectif central consiste à dépasser une apparente contradiction, entre la nécessité de maîtriser les dépenses et l'impératif d'améliorer de manière continue l'état de santé de nos compatriotes. Elle a donc opéré une évolution très importante de son positionnement, étant désormais la garante du système qu'elle gère. Mais cet objectif peut-il être transposé en matière de retraites ? L'Assurance retraite peut-elle, grâce à une politique de gestion du risque innovante, contribuer à la pérennisation de notre système ?

Un observateur sceptique marquera tout de suite un certain étonnement quant à la pertinence même de la question posée. Les déterminants des recettes et des dépenses en matière de retraite sont bien identifiés, connus et leur évolution est souvent prévisible. Dans ce cadre, la première gestion du risque aurait consisté à évaluer à échéance régulière, de manière raisonnable et crédible, les dépenses et les recettes du régime général, sur 20 ou 30 ans, pour adapter les paramètres affectant l'équilibre des régimes (âge de départ, durée de cotisation, financement, niveau des pensions) et prévenir ainsi l'apparition des déficits.

De ce point de vue, l'Assurance vieillesse a fait l'objet d'une gestion du risque bien défailante. Si les termes du débat semblaient clairement posés par le « Livre blanc » demandé par Michel Rocard, la réforme de 1993 n'est intervenue qu'à l'occasion d'un déficit conséquent de la branche vieillesse. La réforme de 2003 a plutôt eu pour conséquence – à court terme – d'anticiper de 2 ans l'apparition d'un déficit, avec la mesure « carrières longues ». La réforme de 2010 intervient alors qu'un déficit déjà conséquent, apparu en 2005, est brusquement aggravé par la crise économique. Pourtant, d'un point de vue théorique, aucun régime de retraite par répartition ne devrait être déficitaire deux années de suite : on peut

1

LES ÉVOLUTIONS
DE LA PROTECTION
SOCIALE

comprendre un déficit accidentel, par brusque défaillance des recettes, mais non un déficit installé ou structurel.

Cette dimension de la gestion du risque n'appartient pas directement à l'opérateur du système qu'est l'Assurance retraite mais relève directement des Pouvoirs publics, au terme d'un compromis entre les différents acteurs du système profondément révélateur du mode de fonctionnement de la Sécurité sociale dans notre pays. La compétence de principe de l'État avait certes été infléchie par les ordonnances de 1967, qui avaient confié une mission de proposition au Conseil d'administration de la CNAV. Cette mission a d'ailleurs été renforcée, sur le plan financier en 2003. Malgré les efforts des administrateurs, surtout dans la période récente, les résultats sont restés modestes. Cette situation s'explique pour partie par l'absence prolongée du MEDEF au Conseil d'administration entre 2001 et 2008. Ainsi, à l'automne 2007, les propositions du Conseil d'administration restent à sens unique : il s'agit soit d'augmenter des recettes, soit d'améliorer les prestations servies par le régime général. Mais même après le retour du MEDEF, l'antagonisme des forces syndicales et patronales rend difficile l'émergence de consensus. Lors de la réforme des majorations de durée d'assurance, le Conseil d'administration a pu se prononcer sur un texte commun, adopté le 10 septembre 2009 sans la CGT et la CFTC. Ce texte a contribué à l'élaboration du texte gouvernemental ou a permis à tout le moins d'en conforter la pertinence. Le 12 mai 2010, après un travail approfondi réalisé dans le cadre d'un groupe d'études et de prospective, le Conseil d'administration a réussi à adopter un texte à la majorité simple, tendant à tracer les grandes lignes d'une réforme des retraites. Ce texte laissait entendre qu'un double effort, portant sur l'âge et sur les recettes, était nécessaire. Mais aucun syndicat de salariés, à l'exception de la CFE-CGC, ne s'est aventuré à le soutenir.

Dans le cadre de la réforme de 2010, le législateur a souhaité créer un « comité de pilotage des régimes » qui doit contribuer au respect des grands équilibres du système et donc à une gestion pertinente des paramètres qui les déterminent. Son articulation avec le Conseil d'orientation des retraites peut poser question, comme en témoignent les travaux du colloque organisés par le COR pour ses dix ans, le 18 novembre 2010. L'objectif poursuivi consiste à poser chaque année la question de l'équilibre des régimes de retraite, de manière à éviter une dégradation non prévue. De ce point de vue, un tel comité de pilotage contribue au renforcement de la gestion du risque. Il aurait d'ailleurs été fort utile entre 2005 et 2009.

Reste donc un constat : l'Assurance retraite peut apporter son expertise pour éclairer le débat sur les retraites, elle peut appuyer les Pouvoirs



publics pour modéliser l'impact des réformes, mais elle n'est pas compétente pour agir sur les déterminants principaux des grands équilibres du système. Ce constat pourrait finalement ressembler à celui fait par la branche maladie au tournant des années 2000... et qui l'a conduit à mettre en place une politique de gestion du risque. D'où une question : au-delà des paramètres déterminés par les Pouvoirs publics, l'opérateur dispose-t-il d'un champ d'action propre pour contribuer à la pérennité du système ? L'observation des évolutions intervenues depuis 2003 et plus encore avec la Convention d'Objectifs et de Gestion passée entre l'État et la CNAV en 2009 conduit à un constat sans équivoque : absente de la gestion des grands équilibres, l'Assurance retraite retrouve toute sa légitimité pour mener une « politique de gestion du risque » dès lors qu'il s'agit de faire évoluer les comportements des assurés et des entreprises. Cette politique de gestion du risque consiste donc à promouvoir le travail des seniors, afin de décaler le plus possible l'âge de liquidation de la pension de retraite et d'améliorer ainsi le rapport entre cotisants et retraités. Elle repose sur des actions significatives de prévention, d'accompagnement, d'information et d'explication vis-à-vis des assurés comme des entreprises.

Cette politique est à proprement parler une révolution culturelle pour la branche retraite, créée pour faciliter la liquidation des pensions de retraite. Elle s'appuie sur des outils développés dans la Convention d'Objectifs et de Gestion et sur la création des Caisses d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail (CARSAT).

Une révolution culturelle pour la branche retraite

Même si les mentalités évoluent, l'âge de départ reste un élément auquel les Français sont fortement attachés comme en témoignent les débats ayant émaillé chaque réforme. La branche retraite doit contribuer à faire évoluer les mentalités pour deux raisons :

- elle s'adresse à la fois aux salariés et aux employeurs et que le problème se pose bien à ces deux niveaux ;
- elle est compétente en matière de retraite et de santé au travail : or la sensibilité des Français sur l'âge de départ s'explique par une perception de dégradation des conditions de travail.

Cette révolution culturelle dépasse à dire vrai le champ de la branche retraite.

1

LES ÉVOLUTIONS
DE LA PROTECTION
SOCIALE

Notre système de retraite est fondé sur un âge d'ouverture des droits qui est considéré comme « l'âge de la retraite ». Avant 1982, il était particulièrement simple : l'âge était à 65 ans, pour obtenir 50 % des 10 meilleures années, et ceux qui choisissaient de liquider leur pension à 60 ans avaient la moitié du taux plein (à 60 ans, 25 %). Après 1983, le paysage se complique : il est possible de disposer du taux plein de 50 % dès 60 ans, mais sous réserve de disposer de 150 trimestres de durée d'assurance. Bref, la très grande majorité des hommes peuvent partir à 60 ans. Les femmes, quant à elles, liquident en masse à l'âge de 65 ans, tout simplement parce qu'elles ont des durées de cotisation beaucoup plus faibles. Le système repose sur deux pics de liquidation – 60 ans et 65 ans – qui rassemblent la quasi-totalité des assurés.

Le dispositif des mises à la retraite d'office présente de ce point de vue une certaine logique. Le salarié atteint l'âge du taux plein, il n'a pas le choix, il part à la retraite. Selon un principe tautologique, le départ à la retraite a lieu à 60 ans, parce que la retraite est à 60 ans. Donc l'objectif est de favoriser le plus possible le départ à la retraite le plus tôt possible, dans l'intérêt de l'assuré.

Le système de traitement de l'Assurance vieillesse a été conçu et construit pour pouvoir favoriser cette liquidation le plus tôt possible, afin d'éviter un embouteillage en bout de chaîne. À l'âge de 54 ans, les assurés reçoivent leur relevé de carrière du régime général, accompagné du « questionnaire des périodes lacunaires ». Ce questionnaire permet de s'assurer que les éventuelles incohérences du relevé de carrière ne sont qu'apparentes. L'objectif – louable et au cœur des missions du Service public de la Sécurité sociale – est d'aider les assurés à retrouver l'ensemble de leurs droits. Le système déclaratif n'a en effet pas été aussi performant qu'aujourd'hui, à la fois d'un point de vue technique et par rapport aux employeurs. L'absence de déclaration, soit par volonté, soit par négligence, surtout pour des emplois temporaires ou peu rémunérés était un phénomène tout à fait courant dans la France des 30 glorieuses. Or, chaque trimestre compte au moment de la retraite. Des périodes vont être ainsi régularisées, par l'intermédiaire de bulletins de paie qui pourront être retrouvés, ces bulletins représentant la preuve du précompte en vertu de l'article R. 351-11 du Code de la Sécurité sociale.

Dans le cadre de la réforme de 2003, l'allongement de la durée de cotisation a pour objectif de décaler l'âge de liquidation. Mais cet effet a pour l'heure été relativement limité, et ceci pour plusieurs raisons :



- les durées d'assurance des générations nées dans les années 1950 et au début des années 1960 ont été sous-estimées ; or, ces générations sont encore entrées sur le marché du travail relativement tôt, le décrochage apparaissant pour la génération née au milieu des années 1960 et ayant commencé à rechercher un emploi vers 1985 ;
- la possibilité de régulariser ou de racheter telle ou telle période donne des possibilités aux assurés d'échapper aux effets de l'allongement et montre au passage les effets pervers d'un système reposant uniquement sur la durée de cotisation ;
- un droit à la retraite anticipée, avant l'âge de 60 ans, a été ouvert pour les « carrières longues » : l'âge moyen de liquidation va ainsi diminuer entre 2004 et 2008, allant à l'encontre des objectifs de la loi de 2003 ;
- les possibilités ouvertes de décaler au-delà de 60 ans et d'améliorer sa pension, à travers la surcote, demeurent insuffisantes par rapport à la sécurité de disposer dès à présent d'une rente viagère d'un montant conséquent ;
- les branches professionnelles ont pu continuer à mettre leurs salariés à la retraite d'office, sous réserve de conclure des accords, en vertu de l'article 16 de la loi de 2003 ;
- le dispositif de retraite progressive a été fortement handicapé par la sortie tardive du décret d'application, celui-ci n'étant sorti qu'en 2006.

La première « correction » du volet seniors de la loi de 2003 a ainsi consisté à revoir le dispositif des mises à la retraite d'office. Elles ont d'abord fait l'objet de restrictions, par la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2006, puis ont été purement et simplement supprimées jusqu'à l'âge de 70 ans par la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2009.

La seconde « correction » a été d'appliquer en 2009 l'allongement de la durée de cotisation aux carrières longues, ce qui a contribué à réduire le nombre de départs anticipés de 120 000 en 2008 à 25 000 en 2009 et de relever de manière mécanique l'âge moyen de liquidation.

Prolonger l'activité, encourager le travail après l'âge de 60 ans aujourd'hui et de 62 ans demain, est évidemment plus facile lorsque ces salariés sont en emploi jusqu'à l'âge d'ouverture des droits.

La situation au regard de l'emploi des 55-59 ans a profondément évolué depuis dix ans. Sur cette tranche d'âge, le taux français est dans la moyenne de l'Union européenne. La France a fait de réels progrès en la matière, comme en témoignent la chute drastique des « préretraites publiques ». C'est au niveau des 60-64 ans que le taux s'effondre, pour

1
LES ÉVOLUTIONS
DE LA PROTECTION
SOCIALE

une raison bien simple : l'âge d'ouverture des droits est à 60 ans, et deux tiers d'une génération dispose « du taux plein ».

Si l'on regarde « en amont », on se rend compte que le taux d'emploi pour les 50-54 ans est très bon.

Plusieurs facteurs peuvent expliquer cette dégradation à partir de l'âge de 55 ans :

- le comportement des entreprises ;
- les conditions de travail ;
- les mentalités.

Même si les réformes des retraites continuent d'être particulièrement difficiles, une idée semble majoritaire dans l'opinion : la prolongation d'activité professionnelle – à supposer bien sûr qu'elle soit possible – est nécessaire. Elle est en fait l'une des conditions de survie de notre Protection sociale. Plus il y aura de cotisants et plus tard ces cotisants deviendront retraités, plus la charge des régimes de retraite sera allégée. On a donc un double effet : un surcroît de cotisations et une moindre charge de prestations.

La gestion du risque « retraite » est ainsi née.

Les outils de la Convention d'Objectifs et de Gestion

La Convention d'Objectifs et de Gestion, signée entre l'État et la CNAV le 6 avril 2009, prévoit clairement que la branche doit s'efforcer de promouvoir l'emploi des seniors.

Les trois dispositifs de poursuite d'activité – la surcote, la retraite progressive et le cumul emploi-retraite – ont fait l'objet dès l'automne 2009 d'une véritable campagne par l'Assurance retraite, par l'intermédiaire de dépliants et d'affiches disponibles dans les agences. Dans le même temps, ces dispositifs nécessitent d'être personnalisés : il serait difficile de les proposer à des personnes privées d'emploi depuis une longue période et n'ayant que peu de chance d'en retrouver un.

La COG prévoit le développement de deux offres de service :

- l'offre de conseil interrégimes, qui prévoit un entretien conseil personnalisé avec l'assuré, et qui aborde explicitement la question des dispositifs de poursuite d'activité ;
- l'offre de conseil en entreprise, dont l'objectif est de s'adresser directement aux entreprises pour les renseigner sur les évolutions du droit à la retraite.



L'offre de conseil interrégimes – ou diagnostic conseil personnalisé – a été expérimenté sur 1 000 cas en 2009-2010, puis à 15 000 cas de septembre 2010 à février 2011. Ce diagnostic est proposé à partir de l'âge de 55 ans, sur la base de l'Estimation Indicative Globale (EIG). Dans le cadre de la loi retraite, les Pouvoirs publics ont souhaité créer un rendez-vous « à partir de l'âge de 45 ans ». L'objectif reste le même : permettre aux assurés de disposer d'une information de qualité sur l'ensemble des droits à retraite constitués dans l'ensemble des régimes. Dans le cadre du droit à l'information, les assurés recevront leurs relevés individuels de situation dès l'âge de 35 ans, et tous les 5 ans. On peut certes concevoir que des assurés choisiront de faire un point « à mi-carrière », aux alentours de 45 ans, disposant ainsi de « simulations » de retraite. En revanche, ce n'est pas à l'âge de 45 ans qu'il apparaît possible de déterminer son âge de départ à la retraite et le montant estimé.

Plus probablement, ces choix se fixent après 55 ans, et de plus en plus tard compte tenu de l'augmentation de l'âge d'ouverture des droits, de l'impact à venir de l'allongement de la durée de cotisation et des progrès constatés en matière d'emploi des seniors entre 55 et 60 ans.

Un deuxième outil de gestion du risque existe dans la COG, **l'offre de conseil en entreprise**, que l'Assurance retraite commence à expérimenter. Elle s'appuie sur les plans d'action seniors que les entreprises ont mis en place à la suite de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2009.

La branche retraite s'est également efforcée d'améliorer sa maîtrise des risques, en développant un certain nombre de procédures consistant justement à sécuriser les éléments de régularisation.

C'est une évolution du métier importante pour les agents de la branche. Elle ne signifie pas pour autant un abandon du métier traditionnel, les fonctions de production restant plus importantes que jamais. Mais c'est bien un nouveau rôle, une nouvelle présence auprès des salariés et des entreprises qui sont à développer, s'appuyant sur une conviction : c'est en donnant une information à nos interlocuteurs des informations fiables, précises et neutres, et ceci au moment où ils en ont besoin, qu'ils adapteront leur comportement aux nouveaux paramètres du système. Et c'est donc la qualité du service offert par l'Assurance retraite qui constitue le premier outil de sa politique de gestion du risque.

1

LES ÉVOLUTIONS
DE LA PROTECTION
SOCIALE

La création des Caisses d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail

La création des Caisses d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail (CARSAT) représente à la fois une opportunité et un levier pour l'affirmation d'une « gestion du risque » de la branche retraite.

Cette dénomination est une conséquence de la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoire (HPST). Perdant leurs compétences hospitalières, celles-ci rejoignant les Agences Régionales de Santé, il n'y avait plus grand sens à dénommer « Caisses régionales d'Assurance maladie » des Caisses dont le métier principal consistait d'ailleurs à liquider des pensions de retraite. Parallèlement à la création des ARS, le ministère de la Santé avait d'ailleurs pour objectif d'éviter tout affichage d'une structuration régionale de l'Assurance maladie.

Un choix organisationnel aurait pu consister à séparer la branche risques professionnels, pour la rattacher soit à l'ARS, soit – par exemple – à la CPAM « chef-lieu de région ». Ainsi, une branche retraite homogène, avec une seule Caisse nationale « pilote » aurait pu être constituée. La question du service social, partagé entre l'Assurance retraite et l'Assurance maladie, restait – il est vrai – posée ; mais il aurait pu, là aussi, être rattaché à une CPAM.

Ce choix n'a pas été opéré. Au contraire, les Pouvoirs publics ont souhaité donner un sens au maintien de la branche risques professionnels au sein des Caisses régionales avec cette dénomination de « Caisses d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail ». Ils ont conforté également l'existence des Caisses régionales, puisqu'elles ont désormais la gestion de la retraite – alors que cette délégation était temporaire par la CNAV... depuis 1967 – mais également des tâches d'intérêt commun qu'elles peuvent réaliser pour le compte de l'institution.

Lors d'une réunion des directeurs de Caisses, le 28 septembre 2010, le directeur de la Sécurité sociale a résumé le rôle des Caisses, « l'accompagnement du vieillissement des travailleurs », faire le lien entre la santé au travail, la vie au travail et la retraite. Cette mission correspond à la nécessité d'adapter une partie de notre Protection sociale au vieillissement, ou plus exactement l'avancée en âge, de notre pays.

Elle se résume par le défi de la prolongation d'activité. Les CARSAT ont ainsi à mettre en œuvre des politiques publiques qui – même si elles ont été conçues par des ministères différents, même si elles sont portées par des Caisses nationales distinctes – nécessitent naturellement d'être articulées de manière harmonieuse. Les principaux motifs de départ à la



retraite évoqués par les salariés qui « passent à l'acte » sont de ce point de vue révélateurs : si la volonté de jouir d'un droit acquis continue à figurer à la première place des motifs évoqués, l'évolution des conditions de travail, le stress, et les questions liées à la santé reviennent de plus en plus souvent. Le lien de plus en plus évident entre l'âge de départ à la retraite et les questions de santé au travail donne une véritable cohérence au positionnement des CARSAT sur l'ensemble de leur champ de compétence.

La prévention de la désinsertion professionnelle, qui est un des axes forts de la branche accidents du travail et des maladies professionnelles, soutient ainsi l'objectif de maintien dans l'emploi. L'ensemble des actions de prévention – prévention des risques professionnels, prévention des risques psychosociaux, prévention du mal-être au travail – participe également de cette volonté. Les Caisses auront également à travailler en lien avec les DIRRECTE et les services de santé au travail. Les dispositions « médecine du travail » de la loi retraite, annulées par le Conseil constitutionnel pour des raisons de procédure, leur donnaient un rôle particulier.

Le service social nécessite également d'être mobilisé en vue de cet objectif.

En conclusion, la crise économique et la situation financière et démographique de la Sécurité sociale contraignent à d'importantes évolutions. Ces évolutions ne pourront être réussies sans un changement du comportement des acteurs, individus et entreprises, qui sont précisément l'objet des politiques de gestion du risque de la branche retraite.

Ces changements ne vont pas de soi : ils supposent une mobilisation très forte des gestionnaires du Service public de la Protection sociale et, en premier lieu, des CARSAT. L'accentuation d'un dialogue, bien avant la retraite, entre les organismes sociaux chargés de gérer la retraite, les assurés et les entreprises, est un travail de longue haleine et induit un changement culturel important.

Le rôle des directions dans cet accompagnement au changement est évidemment essentiel. Il leur revient de donner de la cohérence à ces missions et à leurs évolutions, alors même que les métiers sont différents, d'aplanir les interrogations et les crispations, de renforcer les synergies. Il leur revient d'élargir les partenariats avec les autres régimes, ou avec les autres acteurs de la santé au travail que sont les DIRRECTE ou les services de santé au travail.

Plus que jamais, il est demandé aux agents de direction de la Sécurité sociale d'aller au-delà du management des organismes, en contribuant, par l'innovation en matière de service et de gestion du risque à la pérennité des systèmes de Sécurité sociale. Peut-il exister de plus beau défi ?



La gestion du risque à la Mutualité Sociale Agricole

Philippe Lafon

Directeur de la Santé à la CCMSA

Françoise Vedel

Directeur de la Maîtrise des risques à la CCMSA

Issu du vocabulaire et des pratiques de l'assurance, il était naturel que le concept de gestion du risque entrât progressivement dans les méthodes des régimes d'assurances sociales.

Cette évolution s'est faite progressivement, l'Assurance maladie jouant en l'espèce un rôle moteur à partir des années 1990, dans le cadre du développement de politiques de maîtrise médicalisée des dépenses. Pour autant, toutes les branches de la Sécurité sociale ont vocation à développer des actions de gestion du risque ainsi que l'a, d'une certaine manière, reconnu la loi organique relative aux lois de financement de la Sécurité sociale du 2 août 2005 qui inclut dans le périmètre des LFSS la modification « des règles relatives à la gestion des risques par les régimes obligatoires de base » (art. L.O. 111-3 du Code de la Sécurité sociale).

La Mutualité sociale agricole présente en matière de déploiement de ces actions une triple originalité :

- elle est le seul régime à proposer un guichet unique, couvrant l'ensemble des risques : elle recouvre des cotisations et verse les prestations famille, maladie et vieillesse ; en outre, elle couvre deux publics de salariés agricoles et d'exploitants agricoles qui, pour certains risques (retraites notamment), présentent des originalités qui leur sont propres et doit développer des actions s'adressant tant à des entreprises qu'à des assurés ;
- elle dispose de services de santé au travail intégrés au sein des Caisses, ce qui présente naturellement une configuration originale pour le déploiement d'actions de prévention des risques professionnels et de gestion du risque sur les accidents du travail et maladies professionnelles ;
- au-delà de ses actions de régime obligatoire de Sécurité sociale, la MSA est aussi un acteur des politiques publiques sur les territoires ruraux qui, sous l'impulsion de ses élus, et en contact permanent avec les filières agricoles et les organismes professionnels agricoles, a développé des actions territorialisées originales en matière d'organisation des soins ou de gestion des crises économiques dans le secteur agricole.

I. La gestion du risque dans une démarche de prévention liée à l'existence du guichet unique



La gestion du risque en MSA obéit aux mêmes principes que dans les autres organismes, à savoir la nécessité de sécuriser les processus métier avec la définition, à cet effet, d'une cartographie des risques et la mise en place d'actions de contrôle interne. Pour la MSA, une nouvelle démarche a été mise en œuvre en 2010 sur la base de processus métiers considérés comme essentiels, appelés Processus Métiers Socles.

Cependant, la MSA présente une particularité : elle est le guichet unique auquel s'adressent les adhérents relevant du régime agricole pour le prélèvement des cotisations et le paiement des différentes prestations sociales. La MSA est un régime fermé : pour être bénéficiaire de prestations il faut être également adhérent c'est-à-dire payer des cotisations pour soi-même en tant qu'exploitant agricole ou pour ses salariés. Cette particularité participe sans aucun doute à la limitation des cas de fraudes.

➤ *Gestion du risque et plan de contrôle socle*

La MSA a défini en 2007 une stratégie institutionnelle de contrôle et de lutte contre le travail illégal. Un socle commun national d'actions de contrôle a été arrêté. Trois actions nationales de contrôle sont proposées par domaine dans chaque branche de la législation sociale agricole, chaque MSA devant en retenir une dans chacun des domaines ou sous domaines, en fonction de ses spécificités. Ainsi, en matière de prévention et lutte contre le travail illégal, les trois actions proposées sont :

- les entreprises prestataires de services après un refus d'immatriculation ;
- les entreprises déclarant un salarié le même jour qu'un AT ;
- les entreprises à activité saisonnière présentant de fortes variations de déclaration de main-d'œuvre.

Pour les deux derniers types de contrôles, la MSA peut grâce au guichet unique faire un rapprochement entre les informations détenues par elle-même.

Par ailleurs, il est demandé aux organismes sociaux de déployer un effort important de communication en matière de lutte contre la fraude en direction des assurés sociaux. La teneur des messages est la suivante : pensez à bien communiquer vos changements de situation.

Attention : des rapprochements de fichiers sont réalisés avec d'autres organismes (comme Pôle Emploi ou la DGFIP) aux fins de contrôle.

1

LES ÉVOLUTIONS
DE LA PROTECTION
SOCIALE

L'adhérent agricole sait que la MSA a une connaissance complète de sa situation dans les différentes branches de Sécurité sociale et pourra être, en conséquence, moins tenté de communiquer des informations erronées.

➤ *Gestion du risque dans un contexte inter-Caisses*

La mise en place du RNCPS va apporter une réelle plus-value en permettant des contrôles *a priori* entre les différents organismes sociaux. L'objectif est en particulier d'intégrer ces contrôles dans les procédures de contrôle interne. Il est intéressant de souligner que la MSA avait déjà initié un système interne de détection de dossiers identiques entre MSA avec un traitement de données à caractère personnel dénommé Guichet unique virtuel qui permet aux agents MSA de consulter le dossier d'un adhérent, quelles que soient les MSA qui le gèrent ou l'ont géré, et donc de vérifier lors de la création d'un nouvel adhérent, qu'il n'est pas déjà créé au sein d'autres MSA.

➤ *Gestion du risque et base de données informatique unique*

La MSA gère dans une base de données unique l'ensemble des informations relatives à un adhérent quelle que soit la législation : maladie, accidents du travail, famille, retraite et cotisations. Il est possible d'organiser des contrôles de cohérence inter branches :

- En matière de soins de santé

Lors de contrôles de dossiers au titre de la vérification comptable, il est prévu que le dossier puisse être vérifié dans son intégralité. Dans la branche maladie, le contrôle sur la partie assurance complémentaire gérée par la MSA est opéré en même temps que l'Assurance maladie obligatoire.

- En matière de versement d'indemnités journalières

Il est possible de vérifier que l'employeur fournit bien les mêmes indications dans le montant du salaire versé sur les déclarations de salaires pour le recouvrement des cotisations sur salaire et sur l'attestation patronale pour le versement des indemnités journalières.

- En matière de versement de retraite

Des contrôles ont pu être opérés en vue de vérifier la justification du versement d'une retraite pour des personnes âgées qui ne recevaient aucun remboursement en Assurance maladie. Après contrôle diligenté sur place, il a pu être constaté dans des cas très rares heureusement, que la personne était décédée ce qui expliquait l'absence de remboursements maladie.



L'objectif est aujourd'hui de développer au maximum les contrôles embarqués dans le système informatique. Dans le cas contraire, s'il y a forçage des données, un contrôle manuel supplémentaire et exhaustif est réalisé sur la base de l'édition d'un listing de contrôle. C'est le cas par exemple des forçages sur les salaires dans la base carrière. Il est nécessaire de vérifier la présence des pièces justificatives expliquant les motifs des forçages effectués (modifications, créations ou suppressions de périodes cotisées, équivalentes ou assimilées).

➤ *Gestion du risque et sécurisation informatique*

Compte tenu de l'existence d'une base de données unique en MSA, la gestion du risque exige en interne un renforcement de la sécurisation du système d'information (mise en place des nouvelles applications, suivi des anomalies, en particulier celles à risque financier important). Les règles d'habilitations informatiques des collaborateurs aux différentes activités et transactions informatiques doivent faire l'objet d'un suivi attentif. Il est en effet essentiel qu'un même agent ne puisse pas être habilité à toutes les transactions de toutes les législations.

Par ailleurs, des règles sont édictées par rapport au traitement des dossiers du personnel. Les agents ne doivent pas traiter leurs propres dossiers.

Dans le cadre du plan de vérification comptable que toutes les MSA doivent mettre en œuvre, une mention particulière concerne les dossiers du personnel ou encore des administrateurs.

➤ *Gestion du risque et simplification administrative*

La volonté des Pouvoirs publics est aujourd'hui de développer la simplification administrative à la fois pour les adhérents et les organismes sociaux. Pour ces derniers, elle est source de gains de productivité. La dématérialisation obéit à cet objectif (voir les travaux du Comité de pilotage, « simplification et modernisation de la Sécurité sociale »).

Dans cet esprit, la MSA a mis en place une simplification du mode de calcul des indemnités journalières maladie – maternité pour le régime agricole. Étant guichet unique, la MSA détient toutes les informations relatives aux salaires de ses ressortissants (*via* le recouvrement des cotisations). Elle procède à la détermination des indemnités journalières maladie et maternité à partir des données individuelles servant au calcul des cotisations sur salaires issues de la déclaration trimestrielle des salaires.

1

LES ÉVOLUTIONS
DE LA PROTECTION
SOCIALE

L'employeur est dispensé de produire l'imprimé « attestation de salaire pour le paiement des indemnités journalières maladie et maternité » permettant à la Caisse de déterminer le montant desdites indemnités journalières. Cette démarche répond donc à une demande des employeurs de ne plus avoir à produire ce document dont le formalisme est très complexe.

Ce dispositif permet également de réduire le délai de paiement des indemnités journalières.

Suite à une expérimentation menée en 2007 dans 8 MSA, un modèle de convention MSA/employeur a été validé par le conseil d'administration de la CCMSA le 11 décembre 2008 et approuvé par le ministère de l'Agriculture et de la Pêche le 23 décembre 2008. Les employeurs intéressés peuvent décider de conclure cette convention.

Cette mesure permet donc à la fois de simplifier la tâche de l'employeur, d'apporter un meilleur service au salarié et d'éviter des fraudes potentielles liées à une différenciation du salaire indiqué par l'employeur pour le versement des cotisations et le versement des indemnités journalières.

Cette expérimentation a permis de déboucher sur des gains de productivité significatifs pour les Caisses et d'améliorer le service rendu auprès des entreprises. Cette mesure de simplification administrative qui réduit également les risques de fraudes est dans le même esprit que celle qui a présidé à la suppression de l'envoi des déclarations de revenus par les allocataires et la mise en place d'un échange informatique de données fiscales avec la DGFIP.

➤ *Gestion du risque orientée sur la situation économique globale d'un adhérent*

La gestion de la MSA permet d'obtenir une vision globale de la situation économique d'un adhérent.

La mise en place de l'observatoire national du recouvrement a permis de développer les outils de pilotage du recouvrement en permettant une meilleure consolidation des résultats et un suivi plus rigoureux des résultats du recouvrement.

Au travers du guichet unique, ce ne sont pas seulement les revenus de l'exploitant agricole qui sont appréhendés mais aussi le parcellaire, la nature des productions agricoles (types de cultures – céréales, arboriculture, vignoble, etc.) ou d'élevages (boeufs, porcs, etc.).



Dans le cadre d'une orientation contrôle, de par la connaissance de ces éléments économiques, il est plus facile d'appréhender certains risques comme les risques de travail dissimulé. Des référentiels peuvent être créés au niveau d'une MSA afin de déterminer des contrôles de cohérence de données. Il est possible de calculer le volume d'heures de travail nécessaires par rapport à une nature de production et une surface cultivée dans une région donnée (exemple : vignes ou arboriculture).

Dans le cadre d'une orientation de prise en compte de la situation globale d'un adhérent, il est possible d'identifier des risques pour l'exploitant d'être exposé à des problèmes économiques. Par ailleurs, face à des problèmes de fragilité économique de l'exploitation, il est utile de savoir si l'agriculteur rencontre également des soucis de santé (existence d'une ALD) en vue de rechercher les solutions les plus adéquates.

Les données stockées sur les entreprises agricoles, leurs salariés et leurs familles doivent attirer l'attention des agents techniques de la MSA. Ces derniers peuvent déclencher des alertes sur les difficultés vécues à partir de la surveillance du compte adhérent, du signalement d'un indicateur de fragilité avec le concours également des travailleurs sociaux.

Son fonctionnement fondé sur des valeurs de solidarité mutualiste fait de la MSA un acteur reconnu, dans l'accompagnement des situations difficiles, que ce soit à la suite d'événements personnels ou à la suite d'une crise sévissant dans un secteur d'activité professionnelle.

Selon un rapport sur les conséquences économiques et sociales des crises agricoles présenté au conseil économique et social en 2004, « les études [de l'INRA] montrent que c'est la MSA qui apparaît comme l'organisme professionnel agricole qui peut le mieux prendre en compte les besoins et les aspirations des personnes en difficulté ».

La MSA a créé fin 2001, le Fonds de solidarité des crises agricoles, (FSCA) destiné à amplifier la solidarité mutualiste entre les Caisses.

Depuis, la définition d'une stratégie institutionnelle pour accompagner les secteurs en crise a été identifiée comme l'une des actions prioritaires de mise en œuvre du Plan d'action stratégique de la MSA en 2008. Elle s'appuie en particulier sur le rôle des élus de la MSA qui ont une bonne connaissance de l'environnement agricole et aussi les contacts permanents entretenus par la MSA avec les filières agricoles et les organisations professionnelles agricoles.

À cet effet, un guide sur l'accompagnement des crises agricoles conjoncturelles et structurelles a été élaboré. Un référentiel des leviers

1

LES ÉVOLUTIONS
DE LA PROTECTION
SOCIALE

existants pour accompagner les populations en difficulté, sur les volets social et financier a été défini. Il précise les mesures possibles et le cadre dans lequel elles peuvent être mises en œuvre.

La MSA se met aussi en situation d'accompagner les événements psychologiquement traumatisants (abattages de troupeaux par exemple en cas de crise sanitaire), de participer à la prévention de la dépression, voire du suicide qui malheureusement frappe de façon significative les exploitants agricoles.

II. La gestion du risque en matière de maladie et d'accidents du travail et maladies professionnelles

➤ *Le développement des actions de gestion du risque*

Initialement cantonnées à une meilleure connaissance du risque et au déploiement d'actions de prévention et de limitation du coût des sinistres, les politiques de gestion du risque en Assurance maladie se sont progressivement étendues à compter des années 1990. En sus du contrôle individuel des prestations (contrôle administratif de la conformité réglementaire des facturations, contrôle médical de la justification des prestations), deux nouveaux volets d'actions ont été mis en place par le régime général puis les autres régimes :

- d'une part, des actions collectives d'orientation et de contrôle des pratiques professionnelles des offreurs de soins et la recherche d'une offre de soins adaptée aux besoins de la population et respectant des critères de qualité, d'efficacité et d'efficience ;
- d'autre part, des actions d'information, de prévention et d'accompagnement des assurés.

La réforme Juppé de 1996, le plan stratégique de la CNAMTS de 1999 et la loi de réforme de l'Assurance maladie du 13 août 2004 ont constitué les grandes étapes de cette évolution que la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires du 21 juillet 2009 n'a amendée que sur deux points :

- elle a prévu la conclusion d'un contrat liant l'État et les trois régimes de l'UNCAM (régime général, régime social des indépendants et MSA) autour d'objectifs communs de gestion du risque, le concept étant explicitement défini par la loi comme incluant « des actions relatives à la prévention et l'information des assurés, ainsi qu'à l'évolution des pratiques et



de l'organisation des professionnels de santé et des établissements de santé, de manière à favoriser la qualité et l'efficacité des soins » ;

- elle confie aux Agences régionales de santé le soin de mener des actions complémentaires à celles des régimes d'Assurance maladie et adaptées au contexte et spécificités propres à leur région.

En dépit du caractère parfois flou que peut revêtir le concept, une stratégie claire de déploiement des actions de gestion du risque est donc observable : les régimes d'Assurance maladie doivent constituer un élément moteur de la recherche d'efficience au sein du système de santé.

À cet effet, leurs outils se sont modernisés : mise en place des délégués de l'Assurance maladie dans le régime général, développement des contrôles de la tarification et de la maîtrise médicalisée dans les établissements de santé, mise sous accord préalable des prescriptions, contractualisation accrue avec les professionnels de santé et évolution de la rémunération de ceux-ci avec le dispositif de contrat d'amélioration des pratiques individuelles, qui inclut désormais la patientèle agricole des médecins signataires.

Le cadre de déploiement de ces actions est désormais précisé d'une part en inter régimes (dans le cadre du contrat État-UNCAM et du plan annuel d'actions de l'UNCAM), d'autre part pour la MSA dans le cadre de sa convention d'objectifs et de gestion et des instructions que la Caisse centrale adresse en début d'année aux Caisses du réseau (plan de maîtrise médicalisée, décrivant les priorités et les méthodologies des actions retenues).

➤ *Les actions de la Mutualité Sociale Agricole*

Pour la MSA comme pour les autres régimes autres que le régime général, le déploiement des actions revêt des formes différentes s'agissant des professionnels et des assurés.

- **Auprès des offreurs de soins**

Concernant les professionnels, ne peut être écarté le fait que les ressortissants du régime agricole ne constituent généralement qu'une part limitée de la patientèle d'un offreur de soins. En conséquence, de nombreuses actions ne peuvent être menées qu'en partenariat et étroite liaison avec les autres régimes : qu'on songe ainsi par exemple à un contrôle de facturation T2A dans un grand établissement de santé ou à la mise en œuvre d'une mise sous accord préalable des prescriptions d'arrêts de

1 LES ÉVOLUTIONS DE LA PROTECTION SOCIALE

travail, de transports ou d'actes de masso-kinésithérapie pour un médecin généraliste. L'objectif du régime est donc dans ce type de configuration d'apporter son concours aux actions de contrôle ou aux sanctions déterminées en inter régimes.

Pour autant, certaines particularités de la population couverte peuvent justifier des actions spécifiques sur certains territoires ou offreurs : le régime mène ainsi des actions de contrôle de la facturation dans les EHPAD, de la facturation d'actes infirmiers pour des patients déjà pris en charge en SSIAD, de la prescription d'actes infirmiers ou de kinésithérapie pour les personnes en ALD 12 (hypertension artérielle sévère) ou 23 (affections psychiatriques de longue durée). À l'avenir, le régime a vocation à renforcer ces actions ciblées sur des segments de la dépense correspondant aux originalités de population qu'il couvre.

En outre, en vertu de son rôle d'opérateur des politiques publiques sur les territoires, la MSA s'est fortement investie dans la promotion, l'accompagnement et le suivi de dispositifs favorisant la coopération et le regroupement des professionnels de santé. Ainsi, la MSA a développé des réseaux gérontologiques, d'abord dans le cadre des expérimentations SOUBIE, puis en régime de croisière. Elle a pu sur ce plan faire valoir sa présence dans les territoires et la synergie qu'elle peut opérer entre actions sanitaires et prises en charge sociales et médico-sociales, puisque l'action sociale des Caisses – dans son volet vieillesse – et les actions de Santé publique peuvent, en partenariat dans le cadre du guichet unique, se coordonner et proposer une prise en charge pluridisciplinaire. De même, les Caisses de MSA ont pu proposer aux professionnels de santé des méthodologies (stratégie d'implantation, projet de santé, services et prestations) pour favoriser le regroupement de professionnels dans le cadre de maisons de santé rurales.

- **Après des assurés**

Comme les autres régimes, la MSA mène des actions de contrôle des règles de prise en charge ou de justification médicale des prestations et notamment des arrêts de travail. L'originalité déjà évoquée est qu'il est possible de comparer les indications relatives au salaire versé sur les déclarations de salaires pour le recouvrement des cotisations sur salaire et sur l'attestation patronale pour le versement des indemnités journalières.

En outre, elle a développé des actions de prévention originales, déterminées dans le cadre du Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires des professions agricoles (FNPEISA). Outre les



actions impulsées par l'État (campagnes de vaccination, dépistages organisés des cancers), ce programme comprend des actions institutionnelles qui répondent aux besoins spécifiques des populations agricoles et sont en adéquation avec les objectifs de Santé publique. Elles comportent :

- les examens de santé appelés également « Instants Santé » et les actions de suite (vaccination antitétanique, conseil nutritionnel, incontinence urinaire de la femme, bilan buccodentaire...). Ils sont proposés aux adhérents âgés de 16 à 74 ans et leur contenu est adapté selon l'âge et le sexe ;
- les actions qui déclinent les plans nationaux de Santé publique :
 - les conférences débats : « Seniors soyez acteurs de votre santé », les ateliers du Bien-Vieillir, la prévention du déclin fonctionnel chez la personne âgée fragile, la qualité des soins et prévention dans les maisons d'accueil rurales, dans le cadre du plan national Bien-Vieillir,
 - le programme national d'éducation thérapeutique pour personnes atteintes de pathologies cardio-vasculaires, qui vient d'être reconnu par les ARS dans le cadre de la nouvelle procédure d'autorisation prévue par l'article 84 de la loi HPST et l'action « santé des aidants », dans le cadre du plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques,
 - des actions de prévention dentaire dans le cadre du plan national de prévention bucco-dentaire,
 - un parcours de prévention pour personnes en situation de précarité qui est une réponse opérationnelle à l'objectif national de réduction des inégalités sociales de santé et qui intègre le plan de lutte contre la précarité.

L'originalité de ces actions est de mêler vision sanitaire et vision sociale, certaines actions étant portées par les services d'action sociale des Caisses, d'autres par les contrôles médicaux ou services maladie.

• Auprès des entreprises et salariés

L'action de la MSA en santé et sécurité au travail constitue une des originalités du régime qui repose sur :

- une approche pluridisciplinaire et de proximité, associant notamment plus de six cents médecins du travail et conseillers en prévention ;
- une stratégie qui, si elle s'inscrit dans le cadre plus général des politiques de santé au travail menées pour l'ensemble des actifs, est ciblée sur

1

LES ÉVOLUTIONS
DE LA PROTECTION
SOCIALE

certaines problématiques propres au travail en secteur agricole (utilisation de produits chimiques, engins agricoles, zoonoses...);

- de grandes orientations déterminées par les représentants élus des salariés et exploitants concernés, au sein des comités de Protection sociale des salariés et des non-salariés des Caisses de MSA.

Cette organisation, reconnue par le rapport du conseil économique et social, assure une protection efficace aux exploitants et salariés, a permis de développer des pratiques de prévention adaptées, bénéficie d'une très large légitimité auprès des organismes professionnels, des employeurs et des salariés.

Elle doit à terme évoluer pour accroître les synergies avec les politiques de santé et d'Assurance maladie. Des domaines de coopération apparaissent ainsi évidents en matière de juste affectation des dépenses entre branche maladie et branche AT/MP ou de favorisation de la reprise d'activité des personnes ayant connu des arrêts maladie de longue durée ; d'autres modes devront être recherchés pour faire jouer à plein les synergies du guichet unique, dans le respect du secret médical.

En ce domaine, les dispositions du titre IV de la loi portant réforme des retraites du 9 novembre 2010 offrent de réelles opportunités puisque les services de santé au travail en agriculture seront mobilisés par le dispositif de prévention de la pénibilité (dossier médical en santé au travail établi par le médecin du travail, fiche d'exposition aux risques) et les contrôles médicaux par le dispositif de compensation de cette pénibilité (évaluation de l'incapacité en application des art. 79 et 83 de la loi). De quoi pleinement justifier l'organisation professionnelle de la Protection sociale des salariés et exploitants agricoles.

Le non-recours aux droits sociaux

Philippe Warin

Directeur de recherche au CNRS (Laboratoire « PACTE », Science Po Grenoble),
Responsable de l'Observatoire des non-recours aux droits et services (ODENORE)

Introduction

À l'origine, l'étude du non-recours porte expressément sur les prestations sociales financières. La définition initiale renvoie le non-recours à *toute personne éligible à une prestation sociale (financière), qui – en tout état de cause – ne la perçoit pas*. Au Royaume-Uni où l'on parle de *non take-up of social benefits*, la question est apparue dans les années 1930. Son émergence a clairement correspondu au besoin politique d'évaluer la bonne affectation de ces prestations, en particulier celles ciblées sur des populations particulières (*means-testing benefits*). Même si l'introduction du thème du non-recours a des origines différentes dans d'autres pays, partout la question du non-recours a servi à rendre plus explicite et davantage opérationnelle la préoccupation gestionnaire de l'effectivité de l'offre de prestations financières (impacts prévus/impacts réels). D'une façon générale, la prise en compte de cette question est liée au besoin récurrent de savoir si l'offre atteint bien les populations à qui elle est destinée. Cette histoire délimite fortement l'objet du non-recours. Pourtant, il est possible et nécessaire de procéder à son élargissement pour découvrir les significations d'un phénomène qui confronte la pertinence des politiques sociales au risque de ne pas atteindre les populations qu'elles sont censées protéger¹.

Définition du non-recours

Deux raisons principales militent pour élargir l'objet du non-recours au-delà du domaine des prestations sociales financières. La première est liée au besoin de dépasser la définition orthodoxe du non-recours, qui

1. Ce texte compile deux documents de travail : P. Warin, *Qu'est-ce que le non-recours ? Définition et typologies*, ODENORE, Série Working paper, n° 1, juin 2010 ; *Ciblage, stigmatisation et non-recours*, ODENORE, Série Working paper, n° 3, juin 2010. <http://odenore.msh-alpes.fr/serie-documents-de-travail>

1

LES ÉVOLUTIONS
DE LA PROTECTION
SOCIALE

permet d'en parler uniquement lorsque l'on peut définir précisément une population éligible, comme dans le cas – pour le coup bien particulier – des prestations sociales. La seconde raison est que dans d'autres domaines les acteurs sociaux s'inquiètent de situations de non-recours.

L'éligibilité à des prestations sociales est le critère à partir duquel la notion de non-recours a été construite. Des règles de droit décident qui est éligible et qui ne l'est pas. Ces règles formelles portent sur une diversité de paramètres, comme la composition familiale, l'âge, le genre, les ressources, etc., mais aussi les statuts officiellement reconnus et contrôlés qui ouvrent l'accès à des droits, parfois successifs dès qu'un premier est rendu actif. Elles définissent les populations éligibles et les conditions de l'accès à l'offre publique. Il est alors possible de calculer des taux de non-recours à partir du différentiel entre population potentiellement éligible (Ne) et population éligible et effectivement bénéficiaire (NeR).

Le différentiel ou taux de non-recours (Nr) se calcule à partir du ratio de la population éligible qui reçoit une prestation (NeR) sur le total des individus éligibles (Ne) :

$$Nr = 100 - \frac{NeR \times 100}{Ne}$$

Si NeR est généralement connu, ce n'est pas nécessairement le cas pour Ne ; d'où la difficulté pour calculer Nr.

Selon cette approche orthodoxe, on ne peut parler de non-recours et le mesurer que lorsqu'une population potentiellement éligible (Ne) est identifiée. De ce point de vue, le non-recours ne peut être objectivé que pour une partie limitée des droits et services qui constituent l'offre publique. Il est en général difficile d'estimer et *a fortiori* d'identifier des publics cibles. En revanche les prestations sociales se prêtent à cette approche, étant définies pour des groupes ou des populations suivant des critères donnés. Mais pour le reste cela ne va de soi : la notion de public potentiel est bien vague, et elle n'est jamais assortie d'estimations et surtout de comptages précis. C'est tout le problème de l'étude du non-recours comme l'a signalé l'économiste Antoine Math, qui fût parmi les tout premiers à introduire la question en France [Math, 1996]. Pour cette raison, il ne serait donc pas possible de parler de non-recours aux transports collectifs urbains, aux crèches municipales, aux dispositifs d'aide aux devoirs initiés par les établissements scolaires, à des dispositifs d'aide ou d'accompagnement à l'insertion ou de prévention de risques sanitaires, etc. Toutefois, il s'agit là d'un postulat et celui-ci ne résiste pas, pour trois raisons.

1

LES ÉVOLUTIONS
DE LA PROTECTION
SOCIALE

Tout d'abord, ce n'est pas parce qu'une population potentiellement éligible ne peut être précisément identifiée qu'il n'existe pas de non-recours. Ce n'est pas parce qu'un chiffrage n'est pas possible que la question disparaît. C'est cette difficulté qui fait que cette question reste autant invisible. Mais prenons un exemple : du fait du nombre limité de places dans les crèches municipales, « bon nombre » de parents (combien ? sur un total possible de combien ? on ne peut le savoir directement) ne cherchent pas à demander l'accueil de leurs enfants. Ils déignent leurs chances et s'abstiennent de toute demande, alors qu'ils pourraient être bénéficiaires. C'est du non-recours. Il faut donc accepter cette difficulté et tout faire méthodologiquement pour la résorber, car on ne peut tronquer une question aussi cruciale.

Ensuite, l'approche orthodoxe ignore les populations qui perdent leur éligibilité. Du fait de l'évolutivité souvent rapide des conditions d'accès à diverses prestations, aides, ou dispositifs d'accompagnement, des populations qui étaient éligibles ne le sont plus subitement et ne peuvent plus bénéficier de l'offre en question. Dans ce cas, il ne s'agit pas à proprement parler de non-recours selon la définition initiale qui ne s'intéresse qu'aux populations éligibles. Néanmoins, beaucoup d'auteurs ont saisi ces changements pour soutenir que le non-recours est une conséquence de changements intervenus dans les règles d'attribution. Ainsi, le transfert du thème du *non take-up* du Royaume-Uni et des États-Unis vers les Pays-Bas, l'Allemagne puis la France a-t-il été étroitement lié au débat sur la réduction de la générosité des systèmes de Protection sociale² ? Par ailleurs, le constat récurrent d'une déstabilisation des statuts sociaux engendrée par les phénomènes de précarisation socio-économique conduit à considérer également la déstabilisation des situations d'éligibilité. Notamment, les dynamiques d'entrée et de sortie du chômage et les situations de sous-emploi tendent à complexifier les critères d'éligibilité à différentes prestations sociales. Ce phénomène a été étudié au travers de la notion de « double déstabilisation » [Appay, 1997] et de ses conséquences en termes de perte des Protections sociales [Castel, 2003]. L'étude du non-recours doit donc tenir compte aussi des populations qui subitement ne sont plus éligibles ou qui font face – on va le voir – à la multiplication des conditionnalités de l'offre (simultanée et dans le temps). Ceci est d'autant plus important que les changements de critères d'éligibilité produisent des effets sur les perceptions, représentations et comportements des demandeurs potentiels.

2. Voir les travaux du réseau thématique européen EXNOTA (Exit from, and non take-up of public services) auxquels l'ODENORE a été associé : www.exnota.org. Pour une synthèse : [Hamel, Warin, 2010].

1

LES ÉVOLUTIONS
DE LA PROTECTION
SOCIALE

Notamment, une perte d'éligibilité pousse certains à ne plus rien demander ; c'est en partie la question de la rupture de droits et de ses effets en termes d'abandons.

Enfin, cette approche orthodoxe ne tient pas du tout compte du fait que le non-recours existe de partout, simplement parce qu'aucune offre n'a de public contraint et captif. Autrement dit, indépendamment de la question méthodologique de l'identification d'une population potentiellement éligible, il y a une possibilité de non-recours dès lors qu'une offre s'adresse à un public, et ce pour deux raisons. D'une part, l'offre publique, quelle qu'elle soit, n'est jamais obligatoire pour son créancier : elle n'a jamais d'usager contraint. Elle ne peut être obligatoire que pour son débiteur ; ce qui renvoie à la définition d'un droit subjectif. Les offres de prestations sociales, comme l'offre publique en générale, n'ont jamais de destinataires contraints, alors même qu'elles constituent une obligation pour les prestataires. Autrement dit, personne n'est obligé de recourir. Comme on le voit de plus en plus, beaucoup ne demandent plus rien, même s'ils ont besoin d'une aide financière ou d'autre chose. D'autre part, des alternatives existent la plupart du temps, si bien qu'il n'y a pas non plus d'usager captif. En effet, l'offre publique n'a rien de monopolistique, sauf d'une certaine façon pour les services de sécurité (mais des travaux que nous avons dirigés ont montré, par exemple, la possibilité d'un non-recours à la Police [Delpeuch, Dumoulin, Kaluszynski, 2002]). C'est pareil avec les prestations financières : certes elles n'ont pas d'équivalent, mais cela n'empêche pas des alternatives, comme le soutien financier venant de proches. Des possibilités d'alternatives à l'offre publique existent donc presque à chaque fois ; elles reposent notamment sur la mobilisation d'offres parapubliques ou privées, d'autres ressources ou bien des soutiens personnels. Il est même probable que le recours aux alternatives soit d'autant plus important lorsque l'offre publique est contingentée et soumise à des conditions d'accès restrictives ou contraignantes. Par conséquent, le phénomène de non-recours ne peut être lié à la représentation idéalisée d'un public contraint et captif, inspirée de la population des cotisants et assurés sociaux.

Laissons de côté cette discussion sur les limites de l'approche orthodoxe du non-recours pour constater maintenant que bien d'autres domaines que celui des prestations sociales sont concernés par le non-recours. Dans celui de la santé, par exemple, des questions sont posées en termes de retards et d'abandons de soins, d'inobservance de prescriptions, etc. [Collet, Menahem, Picard, 2006 ; Rode, 2010]. Des rapports s'intéressant à la transformation des modalités du travail social discutent également des réponses à apporter à la non-demande des usagers [Hautchamp, Naves,



Tricard, 2005]. Des domaines aussi différents que ceux de la justice, des transports ou de l'énergie, peuvent aussi être concernés par le non-recours à des droits subjectifs ayant un caractère obligatoire ou facultatif pour les institutions prestataires : la demande d'aide juridictionnelle, le recours juridictionnel [Contamin, Saada, Spire, Weidenfeld, 2007], la tarification sociale, etc. De plus, il existe dans ces domaines comme dans d'autres des connexités fortes avec les prestations sociales : l'ouverture de certains minima sociaux commande normalement l'accès à des aides sociales en matière de transport ou à l'aide juridictionnelle ; l'accès au juge ou au service de probation peut être nécessaire pour l'obtention des prestations sociales ; etc. Les situations de non-recours peuvent donc exister bien ailleurs que dans le domaine des prestations sociales, indépendamment de celui-ci ou parfois de façon liée dès lors que les offres s'emboîtent du fait des règles de l'éligibilité. Par conséquent, on ne peut pas s'en tenir à un domaine particulier du fait de la fréquente connexité des dispositifs. En même temps, l'enchaînement des problématiques de l'exclusion du travail, des précarités sociales et des sécessions urbaines, comme celles de la mobilité/accessibilité de l'offre publique et des discriminations, oblige à tenir compte de l'accumulation de situations de non-recours au-delà du seul domaine des prestations sociales.

Même en restant dans ce domaine particulier, il convient d'élargir le regard. Comme on le voit aujourd'hui à travers les travaux qui lui sont encore – et à juste raison³ – consacrés, ce domaine inclut de nouveaux dispositifs (par exemple l'Aide complémentaire Santé, le Revenu de solidarité active) et une multiplicité d'aides extralégales en pleine évolution également. La question du non-recours est intégrée peu à peu à leur évaluation⁴. En outre, le non-recours à une prestation financière particulière peut être abordé à partir de plusieurs focales. Pour l'ex-Revenu minimum d'insertion (RMI), par exemple, ont été étudiés des non-recours : à l'allocation versée ; au contrat d'insertion dont la signature commande le versement de l'allocation ; aux dizaines de prestations légales ou facultatives, nationales ou locales auxquelles donnent accès l'allocation du RMI ; mais aussi aux services connexes liés à la mise en œuvre du contrat (service de formation, service de santé, etc.). Comme l'indique cet exemple, le non-recours peut porter sur la prestation financière elle-même, mais également sur les

3. Ce domaine d'étude est primordial du fait notamment de l'accroissement du ciblage et des mises sous condition de ressources et/ou de comportements.

4. Avec l'évaluation du RSA en cours de préparation par la DARES et la CNAF début 2010, c'est la première fois que des modules de questions vont porter sur le non-recours dans une enquête publique nationale. De même le Fonds CMU maintient l'attention des Pouvoirs publics sur le non-recours à la CMU-C et l'ACS.

1

LES ÉVOLUTIONS
DE LA PROTECTION
SOCIALE

services permettant de les réaliser. C'est aussi le cas en matière de santé, où le non-recours concerne à la fois l'Assurance maladie et les services de soins ; et il en va de même dans bien d'autres domaines.

En conclusion, nous considérons donc que la question de la délimitation des domaines concernés par le non-recours ne peut pas se régler du seul point de vue orthodoxe, par un calcul de différentiel entre population potentiellement éligible et population éligible et effectivement bénéficiaire. Il convient d'intégrer par conséquent une diversité d'offres publiques relatives à l'aide sociale, à l'action sociale et collective (dispositifs d'accompagnement et de médiation en particulier), mais aussi aux services publics et aux institutions régaliennes, indépendamment de leur caractère obligatoire, alternatif ou contingenté. C'est pour cela que nous parlons de « Non-recours aux droits et services ». Il faut également tenir compte des populations éligibles, mais aussi de celles qui perdent ce statut, pour les conséquences différées – en termes de non-recours – que ce changement peut induire. Par conséquent, la définition initiale du non-recours se trouve modifiée : ainsi, le non-recours renvoie à *toute personne qui – en tout état de cause – ne bénéficie pas d'une offre publique, de droits et de services, à laquelle elle pourrait prétendre.*

L'élargissement proposé de l'objet du non-recours conduit cependant à revoir les typologies conçues initialement pour les prestations sociales à partir de l'approche orthodoxe⁵. En ouvrant le regard, d'autres formes de non-recours apparaissent, et avec elles la complexité du phénomène.

Pour essayer de dépasser les limites de typologies ou de modèles d'analyse largement inspirés d'une théorie du choix rationnel, l'Observatoire des non-recours aux droits et services (ODENORE) a présenté une typologie explicative comprenant trois principales formes de non-recours⁶ :

- la *non-connaissance*, lorsque l'offre n'est pas connue ;
- la *non-demande*, quand elle est connue mais pas demandée ;
- la *non-réception*, lorsqu'elle est connue, demandée mais pas obtenue.

Pour chacune des trois formes, une série d'explications typiques (qui est censée évoluer au fur et à mesure de l'étude du phénomène) est présentée, de façon à construire un modèle d'analyse dynamique fondé sur la combinaison des explications qui peuvent être observées. Cette

5. Une typologie initiale a été présentée dans la Revue de la CNAF, *Recherches et prévisions*, « Accès aux droits, non-recours aux prestations, complexité », n° 43, 1996. Elle a été développée à partir du modèle d'analyse dynamique du non-recours aux prestations sociales proposé par un chercheur néerlandais, Wim Van Oorschot [Van Oorschot, 1991, 1998].

6. http://odenore.msh-alpes.fr/documents/WP1definition_typologies_non_recours.pdf



typologie propose une grille d'analyse générale, applicable à l'ensemble des situations de non-recours. Outre son but explicatif, son principal apport est de souligner la possibilité d'un *non-recours volontaire*. Dans ce cas, le non-recours n'apparaît pas comme un incident plus ou moins fortuit, notamment dans le processus de demande (par non-connaissance de l'offre ou problème dans la mise en œuvre), mais comme *un rapport social à l'offre publique et aux institutions qui la servent*. Ce non-recours caractérise en particulier les personnes qui ne demandent pas l'offre qui est proposée. Plus avant, cette grille distingue aussi un *non-recours contraint* et un *non-recours choisi*. Elle permet du coup de questionner l'effectivité de l'offre mais également sa pertinence, c'est-à-dire son sens pour les (non) usagers. Ainsi, le non-recours est non seulement un enjeu gestionnaire – comme il fût pensé au départ – mais aussi une question politique. La dimension politique du non-recours s'exprime aussi bien quand il signale un *désintérêt* ou un *désaccord* avec ce qui est proposé, que lorsqu'il est l'effet d'*impossibilités*, aussi variées soient-elles. Dans ces différents cas, la question du non-recours permet d'interroger la possibilité de « ruptures de citoyenneté » dans la mise en œuvre de l'offre publique. Aussi, choisissons-nous d'illustrer certains enjeux de la *non-demande* parce que cette forme de non-recours introduit la question majeure de la pertinence de l'offre publique.

Quelques significations du non-recours par non-demande

La non-demande ne peut pas être assimilée au modèle de la « défection » chère aux théories du consommateur informé et rationnel qui décide de ne pas prendre (ou acheter) et de reporter/retarder sa demande. D'autres explications entrent en jeu. En particulier, les situations de non-demande découlent souvent de conflits de normes et de pratiques. Ces conflits renvoient aux désaccords entre, d'une part, les règles qui déterminent le contenu de l'offre et ses conditions d'accès, et, d'autre part, les valeurs, représentations, expériences, situations et attentes à travers lesquelles les destinataires les perçoivent.

- Une non-demande surgit notamment lorsque l'offre impose des conditions de comportements qui paraissent irréalisables ou inacceptables. Une conditionnalité qui demande aux destinataires de démontrer leur autonomie et responsabilité, véhicule des modèles de « l'accomplissement de soi ». Ces modèles sont difficilement accessibles pour certains,

1

LES ÉVOLUTIONS
DE LA PROTECTION
SOCIALE

tant pour des raisons sociales, économiques et psychologiques, que pour des raisons morales ou politiques. En particulier, le principe de l'activation, avec ce qu'il suppose comme engagements à respecter, peut susciter : une *non-demande par dénigrement de ses propres capacités*, une *non-demande par découragement devant la complexité de l'accès*, ou encore une *non-demande par non-adhésion aux principes de l'offre*. Dans ces différents cas, les situations de non-recours paraissent contraintes et renvoient aux inégalités sociales, c'est-à-dire ici aux handicaps liés à l'appartenance sociale, au manque de capacités, au statut imposé que l'offre avive⁷. Elles ne peuvent être comprises indépendamment des positions sociales, des psychologies et des valeurs individuelles, elles-mêmes inscrites dans les histoires de vie. On peut se demander alors quels sont les effets des normes imposées par l'offre publique, notamment lorsque la précarité met à mal l'estime de soi [Linhardt, 2002 ; Appay, 2005 ; Burgi, 2007]. Et pour le dire comme Alain Ehrenberg, il y a urgence à s'interroger sur la confiance des individus en eux-mêmes et dans les institutions, surtout chez ceux qui subissent le plus violemment les inégalités sociales [Ehrenberg, 2010]. Le recours/non-recours dépend pour partie de la confiance en soi (des individus en eux-mêmes), de la confiance dans le contenu de l'offre et le prestataire, et de la confiance dans la tournure des événements (dans l'échange lui-même). L'offre pouvant être « passive » ou « active », c'est-à-dire s'appliquer suivant des règles et procédures préétablies ou bien être mise en œuvre en fonction de relations d'obligations entre acteurs (destinataires/prestataires), il faut considérer que le recours ou le non-recours dépend aussi de la façon dont l'offre sollicite différemment ces régimes de confiance. Mais il s'agit aussi de citoyenneté. En effet, l'État qui assurait jusque-là l'autonomie des individus par une « égalité de protection », maintenant la leur renvoie. À eux de montrer qu'ils sont autonomes et responsables : c'est la nouvelle condition pour être aidé, la nouvelle logique de la solidarité. Face à une offre qui change sur le fond, ne pas recourir peut être à la fois un signe de désaccord, la non-demande choisie exprime alors une contestation, un refus (ne pas accepter ce régime d'autonomie), mais aussi un signe de perte, et dans ce cas la non-demande contrainte fait le lit de *l'individualisme de déliaison* dont parle Robert Castel.

7. Le tout premier texte français parlant de non-recours s'inscrivait dans la problématique alors dominante des inégalités sociales (aujourd'hui submergée par celle de l'exclusion) pour expliquer celles-ci par les inégalités d'accès aux politiques sociales [Catrice-Lorey, 1976].



- Les non-demandes peuvent aussi résulter d'un faible intérêt pour l'offre publique. L'exemple des aides sociales facultatives liées à l'ex-RMI montre que pour cette raison le non-recours peut atteindre des taux très élevés, de 80 % ou plus. L'accès à ces aides est si compliqué, le résultat si modeste et bien souvent aléatoire, que le jeu n'en vaut pas la chandelle. D'une façon générale, le contenu de l'offre est un élément actif du non-recours ; les destinataires n'étant ni contraints, ni captifs, répétons-le. Dans ce cas, la non-demande choisie, qui s'apparente ici au libre choix du consommateur, peut alors devenir l'étalon de mesure de l'utilité de l'offre publique. C'est ainsi que les Britanniques en firent par moments usage dans le but de procéder à des coupes budgétaires, notamment sous le gouvernement de Margaret Thatcher de 1979 à 1990. L'explication en termes de choix rationnels fût d'ailleurs présente dès le départ dans le débat sur le non-recours. C'est effectivement en termes d'utilité ou de non-utilité des prestations ciblées pour les destinataires potentiels que la question du *non take-up* (dont la traduction littérale est celle de non-usage, non-participation) a été posée au Royaume-Uni dans un débat politique majeur entre Travailleurs et Conservateurs sur : *quel modèle de Protection sociale*, à la sortie de la seconde guerre mondiale. Cela orienta durablement le thème du non-recours dans un questionnement politiquement centré sur l'intérêt des usagers pour l'offre publique.
- Parfois, la non-demande par *manque d'intérêt pour l'offre* apparaît comme une forme héritée. C'est le cas lorsque les personnes considèrent que l'offre ne leur sera pas utile, parce qu'elle ne l'a pas été pour des proches. Nos observations ont montré que parmi les allocataires de l'ex-RMI, les plus jeunes expliquent principalement la non-signature d'un contrat d'insertion pour cette raison, ayant constaté chez des aînés l'impasse de l'offre d'insertion. Dans ces situations, comme dans bien d'autres, le non-recours renvoie à un état de frustration sociale mais aussi psychique, qui va au-delà du ressentiment à l'égard de l'offre proposée lié aux conditions matérielles d'existence. L'offre publique de droits ou de services devenant dans ce cas une « non-idée » pour les personnes, son contenu et ses règles d'accès deviennent imprescriptibles. C'est pour cela que des intervenants sociaux attirent l'attention – à commencer celle de leur hiérarchie et financeurs – pour que, avant de parler d'accès aux droits et d'action contre le non-recours, ils puissent tout d'abord procéder pleinement à un travail de reconnaissance sociale avec les individus, dans le but de leur redonner une image positive d'eux-mêmes.

1

LES ÉVOLUTIONS
DE LA PROTECTION
SOCIALE

Par ailleurs, des travailleurs sociaux signalent la difficulté croissante d'une partie de leur public, qui n'est pas forcément précaire sur le plan économique, à formuler des besoins et par là même à présenter des demandes.

C'est le cas, par exemple, de services locaux de Protection maternelle infantile (PMI) qui observent que des parents ont de plus en plus de difficultés à mettre en mots les besoins de leurs jeunes enfants. Cela indique la possibilité d'une *non-demande par difficulté à exprimer des besoins*. Cette observation repose d'une certaine façon la question de l'illettrisme que le rapport Oheix sur la pauvreté en France ou ATD Quart Monde avaient signalé au début des années 1980 pour les populations pauvres, pour parler du manque de capacités requises, liées en particulier au déficit d'apprentissages ou de transmissions de connaissances.

- À côté de l'intérêt de l'offre, l'intérêt des individus entre aussi en ligne de compte dans l'explication de la non-demande. C'est par exemple le cas lorsque les conséquences (réelles ou supposées) induites par l'offre paraissent risquées. Parmi les travaux précurseurs initiés par la CNAF, ceux de l'économiste Anne Reinstadler ont signalé un non-recours à l'Aide aux parents isolés (API) *par crainte* que leur demande, induisant une enquête de situation, aboutisse à des décisions de placement des enfants. Autre cas de figure, nos travaux en cours sur la non-utilisation des heures de services d'aide à domicile, préconisées à des personnes âgées bénéficiaires de l'Aide personnalisée d'autonomie (APA), indiquent que bon nombre d'entre elles sont « sous-consommatrices » par *non-adhésion aux propositions* d'aides à domicile, ou *par arrangement avec le prestataire*, notamment à cause du contingentement de l'offre ou du souci de préserver les aidants familiaux. En même temps, la non-réception, comme dans cet exemple, ou la non-demande peut correspondre à une volonté de moins consommer de droits ou de services. Cela peut s'expliquer par des raisons tactiques individuelles (se préserver, *par crainte d'effets induits*), mais aussi par des normes personnelles (par exemple, par souci de juste consommation). Aujourd'hui, l'introduction de nouvelles règles du jeu, telles que la contribution financière laissée aux usagers, comme dans le domaine de la santé, active un non-recours par intérêt.

Cette technique de réduction des dépenses publiques de prise en charge des frais de santé est de plus en plus couramment utilisée en Europe. Visant directement un objectif de régulation budgétaire sous couvert de responsabiliser les patients en ce qui concerne les dépenses de santé, elle permet de procéder à un transfert de charges vers certaines

1
 LES ÉVOLUTIONS
 DE LA PROTECTION
 SOCIALE

catégories, en particulier pour des dépenses pharmaceutiques mais également dans certains pays pour des soins hospitaliers ou ambulatoires. Des experts considèrent que ce choix complique l'accès au système de soins, en particulier des catégories les plus modestes, voire produit des effets dissuasifs [Elbaum, 2008]. On estime ainsi que le renoncement aux soins pour des raisons financières touche 32 % des personnes sans complémentaire Santé, contre 13 % de celles disposant d'une complémentaire autre que la CMU, et se concentre sur les consultations de spécialistes, les soins bucco-dentaires et l'optique [Kambia-Chopin, Perronnin, Pierre, Rochereau, 2008]. Au total, 15 % de la population française déclare avoir renoncé à des soins pour raisons financières au cours des douze derniers mois. De nombreux travaux entrent dans le détail des inégalités de santé pour raisons financières. Par exemple, dans son analyse trimestrielle de la progression du surendettement des ménages, la Banque de France note une augmentation de 18 % du nombre de dossiers déposés entre janvier et septembre 2009, avec une progression de 16 % du montant moyen des dettes⁸. Deux profils de surendettés progressent : les « accidentés de la vie » et les « travailleurs pauvres », parmi lesquels un nombre croissant de personnes âgées qui doivent s'endetter pour soigner leurs dents. Par ailleurs, selon les données de l'enquête « Santé Protection sociale » de l'année 2006, 7,8 % de la population n'ont aucune complémentaire Santé. Et parmi les 20 % les plus pauvres de la population, ce taux est de 14 %. Il peut être même supérieur, comme le montrent à l'ODENORE les travaux portant sur l'absence de complémentaire Santé gratuite ou aidée parmi les allocataires de minima sociaux [Revil, 2008]. Or des estimations indiquent que les dépenses de soins ambulatoires des personnes couvertes par une complémentaire (CMU-C ou autres) sont supérieures de 29 % à celles des personnes non couvertes [Raynaud, 2005]. Ces résultats confirment la corrélation entre absence de complémentaire et faible consommation de soins. La technique de la contribution financière est donc à analyser au regard de ses incidences en termes de non-recours contraint aux soins (reports, abandons, renoncements). Pour autant, elle ne pose pas la seule question des coûts à supporter.

Cette technique implique aussi une transaction personnelle entre intérêts, obligations et valeurs, où entre en ligne de compte une multitude de paramètres, si bien qu'il paraît nécessaire d'évaluer ses effets également d'un point de vue pratique et symbolique. Sur le plan pratique, la contribution signifie un coût supplémentaire pour le patient qui peut décider de

8. http://www.banque-france.fr/fr/publications/catalogue/ni_134.htm

1

LES ÉVOLUTIONS
DE LA PROTECTION
SOCIALE

façon raisonnable – plutôt que rationnelle – de la façon dont il recourt au système de soins [Franck, 2008 ; Thaler, Sunstein, 2008]. Il est conduit à transiger entre ses intérêts et ses obligations ; soit des dimensions qui intègrent un grand nombre de facteurs de nature différente :

espaces des utilités ; prise de risques, peurs ; responsabilité vis-à-vis d'autrui ; etc. Sur le plan symbolique, la contribution assigne le patient dans un rôle d'acheteur. Elle lui impose ainsi un statut nouveau par rapport à celui d'assuré social, bénéficiaire d'un système de soins dont le coût est assumé par les contributions sociales. La contribution financière individuelle modifie donc substantiellement le rapport au système de soins auquel les patients étaient habitués. Elle introduit une règle qui peut déclencher des refus de principe, mais qui peut aussi engendrer des comportements de consommateur : des dépenses autres que pour la santé pouvant être préférées par choix ou par nécessité. Lorsque l'on se perçoit en bonne santé, la possibilité d'une aide partielle de l'État – comme en France depuis janvier 2005 – pour souscrire une complémentaire Santé, peut être laissée de côté lorsque l'on préfère utiliser autrement son budget : l'écran plasma à crédit, des sorties, payer son loyer et ses charges, plutôt que des versements pour une assurance complémentaire dont on pense ne pas avoir besoin. Les modes de vie pèsent donc aussi. Dans une société qui oublie ses principes égalitaristes et qui fonctionne essentiellement sur « le paraître mieux que les autres », il faut éviter de « paraître moins » [Dubet, 2000]. À plusieurs reprises, en signalant la possibilité d'un rapport de plus en plus nomade ou intermittent à l'offre publique (en matière de santé, de recherche d'emploi et d'insertion socioprofessionnelle, etc.), nos travaux sur le non-recours ont indiqué la possibilité d'une concurrence entre l'accès à des droits ou des services, coûteux et non plus gratuits, qui répondent à des besoins courants, et l'accès à des consommations courantes qui favorisent un processus identitaire. Des ressources financières individuelles limitées obligent à faire des choix, qui peuvent donner la priorité à la satisfaction de besoins plus directement en lien avec un mode de vie valorisé et donc valorisant. Un non-recours volontaire proviendrait ainsi de ce que les économistes Guy Roustang et Bernard Perret avaient signalé comme étant un coût d'accès de plus en plus élevé aux rôles et symboles qui caractérisent l'appartenance à la société [Perret, Roustang, 1993]. Ce coût financier étant aussi inclus dans certaines techniques de ciblage, l'offre publique devient un facteur actif de non-recours. Cela conduit à s'interroger sur les effets induits par le « mécanisme de marchandisation de l'offre publique » qui s'introduit dans la Protection sociale et comme dans bon nombre de programmes sociaux (insertion, loisirs, éducation et

formation, etc.). En renvoyant dans la sphère marchande les destinataires de l'offre publique, la technique du ciblage par participation financière brouille certainement les représentations de la Protection sociale comme vecteur de solidarité et de cohésion sociales.



Conclusion

La question du non-recours ne porte donc pas sur les seules prestations sociales financières, elle touche la Protection sociale dans son ensemble et au-delà bien d'autres domaines de l'intervention publique. En même temps, la diversité des explications mises peu à peu à jour empêchent de dégager une représentation systématiquement déficitaire du phénomène, selon laquelle le non-recours à l'offre publique serait à la fois la conséquence et la cause de multiples difficultés individuelles ou familiales. Faut-il rappeler que le non-recours concerne *a priori* toutes les catégories sociales. Le non-recours n'est pas que manque, passivité, incapacité, domination ; il rend compte également du libre choix des individus et exprime des désintérêts, des désaccords ou des impossibilités, que les acteurs des politiques pourraient prendre en compte pour définir la « demande sociale ». La représentation contrastée du non-recours volontaire (choisi/contraint), entraperçue ici à travers quelques remarques sur la non-demande, permet de s'interroger sur la pertinence de l'offre publique et non seulement sur son effectivité (telle qu'elle apparaît au travers du non-recours par non-connaissance ou par non-réception). La diversité des enjeux liés à cette forme particulière (enjeux de confiance, d'intérêt, de reconnaissance sociale, de citoyenneté sociale, de valeurs morales) montre que le non-recours est une question intermédiaire permettant d'approcher les conséquences sociales et politiques des choix publics et des changements de logiques dans les politiques. Dit autrement, la question du non-recours peut probablement aider une évaluation des politiques publiques qui serait résolument tournée vers les destinataires, et en particulier vers ceux qui manquent à l'appel. Elle ne sera probablement jamais plus utile qu'en donnant la possibilité de frotter les choix publics au sens critique de ceux que l'on n'entend pas ou ne voit plus. Une démarche évaluative ne saurait non plus oublier les autres formes de non-recours (la non-connaissance et la non-réception) qui interpellent directement les organisations et les pratiques professionnelles.



Bibliographie

- Appay A. (2005), *La Dictature du succès. Le paradoxe de l'autonomie contrôlée et de la précarisation*, Paris, L'Harmattan.
- Burgi N. (2007), « De la précarité de l'emploi à la négation du vivant », *Interrogations* (4) (www.revue-interrogations.org).
- Cartier E. (2008), « Accessibilité et communicabilité du droit », *Jurisdoctrina* (1) : 51-76.
- Castel R. (2003), *L'insécurité sociale. Qu'est-ce qu'être protégé ?*, Paris, Le Seuil.
- Catrice-Lorey A. (1976), « Inégalités d'accès aux systèmes de Protection sociale et pauvreté culturelle », *Revue française des Affaires sociales*, vol. 30 (4) : 127-137.
- Collet M., Menahem G., Picard H. (2006), « Logiques de recours aux soins des consultants des centres de soins gratuits. Enquête Précalog 1999-2000 », *Questions d'Économie de la Santé*, n° 113.
- Contamin J.-G., Saada E., Spire A., Weidenfeld K. (2007), *Le recours à la justice administrative. Pratiques des usagers et usages des institutions*. Rapport pour la Mission de recherche Droit et Justice.
- Delpeuch T., Dumoulin L., Kaluszynski M. (2002), « Le non-recours à la police et à la justice », in P. Warin (dir.), *Le non-recours aux services de l'État. Rapport de recherche pour le DGAFP*, Grenoble, CERAT.
- Dubet F. (2000), *Les inégalités multipliées*, La Tour d'Aigues, Éditions de L'Aube.
- Elbaum M. (2008), *Économie politique de la Protection sociale*, Paris, PUF.
- Hamel M.-P., Warin P. (2010), « Non-recours », in Boussaguet L., Jacquot S., et Ravinet P. (dir.), *Dictionnaire de l'analyse des politiques publiques*, Paris, Presses de Sciences Po (3^e éd.) : 383-390.
- Hautchamp M., Naves P., Tricard D. (2005), *Rapport de la mission « Quelle intervention sociale pour ceux qui ne demandent rien ? »*, Paris, IGAS.
- Kambia-Chopin B., Perronnin M., Pierre A., Rochereau T. (2008), « La complémentaire Santé en France en 2006 : un accès qui reste inégalitaire », *Questions d'économie de la santé*, n° 132.
- Linhardt D. (2002), *Perte d'emploi, perte de soi*, Ramonville Saint-Agne, Érès.
- Math A. (1996), « Le non-recours en France : un vrai problème, un intérêt limité », *Recherches et Prévisions*, n° 43 : 23-31.
- Perret B., Roustang G. (1993), *L'Économie contre la société. Affronter la crise de l'intégration sociale et culturelle*, Paris, Esprit/Seuil.

Raynaud D. (2005), « Les déterminants individuels des dépenses de santé : l'influence de la catégorie sociale et de l'Assurance maladie complémentaire », DREES, *Études et résultats*, n° 378.

Revil H. (2008), « Le non-recours à la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et à l'Aide complémentaire Santé (ACS) », ODENORE, *Études et recherches*, n° 25. http://odenore.msh-alpes.fr/documents/NR_CMUC_ACS_synth_sept08.pdf

Rode A. (2010), *Le non-recours aux soins des populations précaires. Constructions et réceptions de normes*. Thèse de doctorat de science politique, Université Pierre Mendès France, Science Po Grenoble.

Thaler R, Sunstein C. (2008), *Nudge: Improving decisions about health, wealth, and happiness*, New Haven and London, Yale University Press.

Van Oorschot W. (1991), « Non take-up of social, security benefits in Europe », *Journal of European Social Policy*, vol. 1, n° 1 : 15-30.

Van Oorschot W. (1998), « Failing selectivity: On the extent and causes of non take up of social security benefits », in H. J. Andress (ed.), *Empirical poverty research in comparative perspective*, Ashgate, Aldershot: 101-132.





La gestion du risque par les complémentaires Santé

L'UNOCAM (Union Nationale des Organismes d'Assurance Maladie Complémentaire)

La gestion du risque est une notion consubstantielle à l'activité d'assurance. Le rôle d'un assureur, qu'il soit public ou privé, est en effet de mutualiser un risque en vue d'en minimiser l'incidence financière pour un individu donné.

Le corollaire de cette mission est que si l'assureur parvient à modifier l'environnement ou les comportements des personnes pour réduire le risque global ou individuel qui les caractérise, les dépenses qu'il aura à assumer seront moindres, et les cotisations qu'il prélèvera seront donc limitées. Dans le cas d'un assureur public, les prélèvements obligatoires destinés à financer les prestations seront maîtrisés. Pour un assureur privé placé dans une situation concurrentielle, ses tarifs seront en principe plus bas que ceux de ses concurrents, ce qui lui permettra de gagner des parts de marché.

L'évolution des dépenses de santé et l'accumulation des déficits, en France comme à l'étranger, font de la gestion du risque un vecteur d'action essentiel. Parce qu'elle permet d'améliorer l'efficacité du système de santé (c'est-à-dire de dépenser moins tout en préservant voire en améliorant la qualité des soins dispensés), la gestion du risque, sous ses différentes facettes, a été fortement développée en France depuis plusieurs années.

Qu'elle soit mise en œuvre au niveau national et local, par les organismes publics (Caisses d'Assurance maladie, ARS) et les organismes privés d'Assurance maladie complémentaire (OCAM), la gestion du risque prend forme dans le système français par des actions de contrôle, de maîtrise, de régulation et de gestion efficace des dépenses. Toutefois, ce qui importe au niveau macro-économique, c'est le montant de la dépense totale de santé, et non le segment assumé par tel ou tel financeur. Une mesure « comptable » qui allègerait la charge financière pesant sur l'AMO en la reportant sur les OCAM sans que ceux-ci soient mis en situation de pouvoir la maîtriser ne fait donc pas sens, en termes de gestion du risque.



C'est pourquoi l'association des organismes complémentaires à la régulation globale du système est essentielle (1^{re} partie). En même temps, le poids de plus en plus important des dépenses prises en charge par les organismes complémentaires a conduit ces dernières années à développer des solutions innovantes (2^e partie).

I. L'association des complémentaires à la régulation globale du système

A. Une participation institutionnelle à la régulation globale du système de santé qui s'exerce *via* l'UNOCAM

Opérationnelle depuis 2005 sous la forme d'une association « loi de 1901 », l'Union nationale des organismes d'Assurance maladie complémentaire (UNOCAM), créée par la loi du 13 août 2004, rassemble l'ensemble des fédérations d'organismes complémentaires¹. Ses compétences sont de nature consultative et fonctionnelle.

Sur le plan consultatif, la loi prévoit ainsi qu'elle rend un avis « motivé et public sur les projets de loi relatifs à l'Assurance maladie et de financement de la Sécurité Sociale » (art. L. 182-3 du Code de la Sécurité sociale).

L'UNOCAM doit aussi être consultée sur la fixation des taux de remboursement de l'AMO, et les conditions dans lesquelles ils peuvent être augmentés ou diminués. La loi prévoit en effet que le montant de la participation de l'assuré (que l'on désigne généralement sous le terme de « ticket modérateur ») est fixé après avis de l'UNOCAM (art. L. 322-2 du Code de la Sécurité sociale). Il s'agit de la fraction des frais de santé (honoraires, médicaments, interventions en établissement de santé...), hors dépassements d'honoraires éventuels, qui reste à la charge des patients après le remboursement par l'AMO. Lorsque le taux de remboursement de l'AMO diminue, le ticket modérateur augmente. Cette mécanique a des conséquences financières pour les patients soit directement lorsqu'ils ne sont pas couverts par une complémentaire Santé, soit indirectement, par une augmentation des cotisations qui leur sont demandées au titre d'une complémentaire Santé, les OCAM remboursant le plus souvent ce ticket modérateur.

1. La Fédération nationale de la mutualité française (FNMF), la Fédération française des sociétés d'assurances (FFSA), le Centre technique des institutions de prévoyance (CTIP), le régime local d'Alsace-Moselle, la Fédération nationale indépendante des mutuelles (FNIM) et le Groupement des entreprises mutuelles d'assurance (GEMA).

1

LES ÉVOLUTIONS
DE LA PROTECTION
SOCIALE

Enfin, l'UNOCAM doit être consultée sur toutes les modifications des règles de prise en charge des actes et des prestations remboursables par l'AMO.

Sur le plan fonctionnel, l'UNOCAM siège au Comité économique des produits de santé (CEPS) avec une voix délibérative. Sa participation à cette instance qui fixe les prix des produits de santé (médicaments, vaccins, dispositifs médicaux) permet de sauvegarder les intérêts des OCAM. De nombreuses variables dans les négociations menées avec les laboratoires pharmaceutiques peuvent en effet induire des déports de charges sur les complémentaires Santé, et il est donc important que leur point de vue puisse être pris en compte dans la manière dont ces prix sont fixés.

L'accès partagé aux données de santé est essentiel pour permettre de comprendre l'évolution des dépenses de santé, d'améliorer les parcours de soins et de développer des garanties adaptées aux besoins de santé de nos concitoyens.

C'est la raison pour laquelle l'UNOCAM est membre de l'Institut des données de santé (IDS) créé en 2004 à cette fin. Pour tester la faisabilité d'un appariement des données de remboursement AMO et AMC en vue d'une meilleure connaissance des restes à charges réels des assurés, plusieurs OCAM se sont portés volontaires. La construction de ce projet, appelé MONACO, permet d'avancer sur la construction d'outils cohérents de partage d'informations sur le risque AMO/AMC.

B. Une complémentarité avec les actions de gestion du risque menée par l'Assurance maladie obligatoire

La gestion du risque menée par l'Assurance maladie obligatoire s'exerce à un triple niveau. À chacun d'eux, une complémentarité avec les organismes complémentaires est à rechercher.

1. Des actions de premier niveau : contrôler les remboursements, les dépenses, la gestion et éviter les abus, fautes et fraudes

Des techniques et des outils de gestion administrative ou médico-administrative (contrôle *a priori* sur la base d'informations détaillées de prescriptions) ont été mises en œuvre par l'Assurance maladie obligatoire depuis la loi portant réforme de l'Assurance maladie de 2004 (contrôle de l'ouverture de droits, des cotations et des prix, du respect de la réglementation en vigueur – exemple de la prise en charge des prestations relevant du 100 % dans le cadre d'une ALD).



Dans ce domaine, malgré plusieurs évolutions législatives les moyens effectifs donnés aux OCAM pour agir conjointement avec l'Assurance maladie obligatoire (AMO) sont quasi inexistants.

Par ailleurs, les OCAM ne disposent pas, contrairement à l'AMO, d'un accès aux informations détaillées de remboursement, indispensable au suivi volume/prix des prestations versées.

Cependant, la plupart des OCAM ont leurs propres systèmes d'analyses des risques extrêmes, et s'attachent à repérer des facturations excessives (très hauts niveaux de dépassements d'honoraires, par exemple).

2. Des actions sur les facteurs structurels et économiques de dérives des dépenses : prescriptions, recours aux soins, définition des prises en charge, conventionnement avec les professionnels de santé

Ces actions de gestion du risque peuvent être menées en commun avec l'AMO ou de manière séparée, et visent à agir sur les processus d'offre. Via des actions de maîtrise médicalisée, elles ont pour objectif d'améliorer la pertinence des prescriptions, de rationaliser les pratiques grâce à leur évaluation, et d'une façon générale à donner du contenu médicalisé aux prises en charge. Plusieurs organismes complémentaires ont mené des actions en ce sens en organisant la mise en place de « groupes de pairs » et de « cercles de qualité ». Y contribuent également les délégués de l'Assurance maladie ou des dispositifs conventionnels comme celui de 2002 sur la médicalisation de la visite.

À ce niveau, la cohérence des actions des OCAM avec l'AMO devient nécessaire au succès de la gestion du risque et de la régulation du système. Cette cohérence nécessite transparence et concertation entre AMO et AMC.

3. Des actions qui visent à agir sur les facteurs de risque en santé et leurs conséquences : actions sur les risques de maladies chroniques et leurs prises en charge, définition des couvertures utiles, recherche de comportements et d'organisations de soins efficaces, rationalisation du parcours de soins

Ce troisième niveau de gestion du risque passe par une action articulée, voire commune de l'AMO et des OCAM, et implique de profondes évolutions dans l'organisation de l'offre de soins pour la rendre plus efficiente (par exemple, place des maisons de santé et de la coopération

1

LES ÉVOLUTIONS
DE LA PROTECTION
SOCIALE

entre professionnels dans la réorganisation des soins primaires, positionnement du secteur optionnel dans la restructuration hospitalière et la limitation des restes à charge...).

Les premières actions engagées par la CNAMTS, avec le programme Sophia ont reçu un bon accueil, faisant basculer la gestion du risque vers des actions qualitatives de gestion de leur santé par les usagers. Après, les contrôles, les incitations, les modifications de prise en charge, c'est une voie privilégiée pour agir sur les dépenses les plus dynamiques, notamment en aidant les assurés à éviter l'aggravation de leur condition et les complications.

Les outils d'orientation des patients et d'information sur l'offre de soins participent également à l'efficacité globale du système de santé. Plusieurs organismes complémentaires ont mis en place des services d'aide à l'orientation dans le système de soins, parfois assortis de références de qualité et de coûts. S'agissant plus particulièrement de l'accès à l'hôpital, il existe aujourd'hui des services interactifs permettant à l'assuré d'identifier et de localiser les structures hospitalières répondant le mieux à son besoin médical. Certains OCAM proposent également à leurs assurés un service orienté sur la connaissance pathologie par pathologie des meilleurs établissements hospitaliers.

Certains OCAM ont même imaginé des partenariats stratégiques visant à améliorer leur connaissance de l'offre de soins et par ricochet, leur capacité à agir efficacement sur celle-ci. L'enjeu est de couvrir l'ensemble de la chaîne de prise en charge (soins primaires, soins aigus, soins de suite, hébergement et soins à domicile) de façon à garantir l'accès des assurés à des filières optimisant la qualité des soins et le retour à domicile.

À la lecture de ces différents niveaux de gestion du risque, on constate que plus celle-ci s'oriente vers l'assuré et utilise des outils pertinents pour améliorer le service rendu, plus se pose la question de la convergence de l'action de l'AMO et des OCAM.

C. Une gestion du risque conjointe entre l'Assurance maladie obligatoire et les complémentaires Santé est en construction

L'UNOCAM est chargée par la loi d'examiner avec l'Union nationale des caisses d'Assurance maladie (UNCAM) les programmes annuels de négociation avec les professionnels de santé et de déterminer avec elle



des actions communes de gestion du risque² (art. L. 182-3 du Code de la Sécurité sociale). Mais cette concertation demeure à construire en pratique, dans la mesure où la gestion du risque a une dimension plus opérationnelle que programmatique. Deux innovations législatives récentes vont susciter des évolutions en ce sens.

1. La négociation conjointe avec les professions de santé

La première vise à associer l'UNOCAM aux négociations conventionnelles avec les professions de santé. Depuis 2009, la loi (art. L. 162-14-3 du Code de la Sécurité sociale) prévoit que l'UNOCAM doit être invitée par l'UNCAM à toutes les négociations conventionnelles avec les professions de santé.

L'UNOCAM peut désormais négocier et signer les conventions avec les professionnels de santé au même titre que l'AMO. Lorsque la négociation conventionnelle concerne des professions pour lesquelles le financement de l'Assurance maladie obligatoire est minoritaire (ce qui est le cas pour certaines professions définies par décret : opticiens-lunetiers, chirurgiens-dentistes, audioprothésistes), l'accord de l'UNOCAM est obligatoire, sous peine d'un délai de carence légal de 6 mois avant l'approbation du texte par le ministère de la Santé. À ce stade, l'UNOCAM a décidé de participer à des négociations avec les médecins, les opticiens-lunetiers, les masseurs-kinésithérapeutes et les distributeurs de dispositifs médicaux.

Un protocole d'accord a bien été signé avec les médecins en octobre 2009 sur la mise en place d'un nouveau secteur d'exercice dit « optionnel », dont l'objet est notamment d'encadrer les dépassements d'honoraires. Malheureusement, le contexte électoral de l'année 2010 au sein des professions de santé n'a pas permis d'aboutir à une traduction concrète, sur le plan conventionnel, de cette négociation – ni d'ailleurs des autres qui ont été engagées. Ce bilan pour l'heure assez maigre pourrait trouver à s'enrichir au cours de l'année 2011.

2. La mise en place d'actions conjointes de gestion du risque au niveau régional

La seconde associe des représentants de l'UNOCAM aux Commissions régionales de gestion du risque mises en place au sein des nouvelles agences régionales de santé créées par la loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires de 2009.

2. Il serait à ce titre légitime que l'UNOCAM soit consultée et associée aux projets de programmes nationaux de gestion du risque préparés par l'UNCAM.

1

LES ÉVOLUTIONS
DE LA PROTECTION
SOCIALE

Cette participation des complémentaires à ces instances permettra, pour la première fois, d'associer l'Assurance maladie obligatoire et les complémentaires à des actions concrètes de gestion conjointe du risque au niveau le plus proche de la réalité du terrain. On peut penser que cette gestion conjointe du risque prendra dans un premier temps la forme d'expérimentations, mais il semble probable que les enseignements qui en seront tirés à l'issue de quelques années de fonctionnement permettront de reformuler les politiques publiques en cours de déploiement et d'accroître leur efficacité.

II. Les complémentaires Santé ont développé des solutions novatrices en matière de gestion du risque

Il convient de rappeler que les garanties de complémentaire Santé individuelles sont accordées de façon viagère et immédiate (impossibilité pour l'OCAM de résilier le contrat pendant toute la durée de vie de la personne assurée). En collectif, le dispositif de portabilité des droits (art. 14 de l'accord national interprofessionnel) permet aux anciens salariés d'une entreprise (licenciement, fin de CDD, rupture conventionnelle du contrat de travail) de bénéficier du maintien de leur couverture frais de santé notamment pendant une durée maximale de 9 mois. Le maintien de droit est également possible dans le cadre de l'article 4 de la loi Évin qui permet aux anciens salariés de demander, dans les 6 mois suivant la rupture du contrat de travail, le maintien de leur couverture de frais de santé.

Par ailleurs, la tarification des garanties de complémentaire Santé ne peut être effectuée en tenant compte de l'état de santé d'une personne (pas de questionnaire d'état de santé) prise individuellement, sauf à faire supporter au contrat la taxe sur les conventions d'assurance. Ces données ne peuvent pas, non plus, être utilisées en cours de contrat pour majorer la cotisation d'une personne compte tenu de sa consommation médicale.

A. Les complémentaires ont développé des solutions novatrices pour gérer leur risque propre

La gestion du risque, pour un OCAM, a principalement pour enjeu d'améliorer le niveau de qualité et de pertinence des soins pris en charge, et parvenir ainsi à améliorer l'efficacité des dépenses sans dégrader la



mutualisation entre les bien-portants et les malades. Au plan opérationnel, la gestion du risque peut être confiée à des entités spécifiques (également appelées groupes de « Management Santé »), filiales ou départements autonomes des OCAM, dont l'intérêt est à la fois de garantir la confidentialité et de réaliser des économies d'échelles – notamment en termes de systèmes de télétransmission et de négociations avec les professionnels de santé.

Les premières démarches des OCAM remontent à 1994 avec la création du premier centre d'appels. La première étape de cette démarche est de rendre les assurés conscients du prix et de leur donner le pouvoir de mettre en concurrence les fournisseurs de soins. Elle est aussi l'occasion de proposer des démarches préventives. Les étapes suivantes consistent à obtenir des prestataires de soins qu'ils fassent connaître leur prix avant d'exécuter la prestation, et qu'ils facturent au prix qu'ils ont annoncé. Cette démarche peut évoluer vers l'accréditation prix-qualité des professionnels. L'accréditation peut se limiter à un nombre de professionnels par aire géographique, de manière à intensifier la concurrence entre eux, orienter le flux de clientèle vers les plus soucieux du prix et de la qualité de la prestation, et permettre un contrôle qualité plus régulier compte tenu de l'effectif réduit.

Une gestion du risque s'est ainsi mise en place dans des segments de la dépense de santé où les prix sont libres et où l'intervention financière des OCAM est significative, voire prépondérante : les équipements optiques, les prothèses dentaires et les prothèses auditives, auxquels on peut ajouter les soins hors nomenclature, qui sont à tarifs libres, les médicaments non remboursés, etc.³.

1. L'exemple de l'optique

À peine 5 % des dépenses d'optique (4,8 milliards d'euros en 2008) sont financées par l'AMO. Les OCAM et leurs assurés en financent 95 %, soit 4,6 milliards d'euros. 50 % des Français portent des lunettes. Ils effectuent un achat tous les trois ou quatre ans. L'achat moyen en optique est d'environ 313 €, dont 7 à 9 € pris en charge par le régime de base pour les corrections courantes. Une partie importante des dépenses reste à la charge des assurés.

Les équipements d'optique sont à tarifs libres. L'enjeu économique étant faible pour l'AMO, elle ne les contrôle pratiquement jamais. Le coût

3. En l'état actuel des choses, la gestion du risque dans les segments de la dépense de santé qui sont à tarifs normés par la puissance publique ne peut s'opérer utilement que conjointement avec l'Assurance maladie obligatoire.

1

LES ÉVOLUTIONS
DE LA PROTECTION
SOCIALE

d'un tel contrôle serait en effet prohibitif au regard du faible montant remboursé.

Pourtant, les risques de contournements des règles des contrats sont nombreux : fourniture d'une deuxième paire gratuite, transferts entre dépenses de verres et de montures, travestissement de verres de soleil en verres correcteurs, fausses déclarations de casse, marque et qualité fournie inférieure à celle facturée, etc. L'ensemble des abus pèserait de 2 à 4 points sur l'équilibre des contrats (soit 20 à 40 % de la seule garantie optique), ce qui prive les assurés d'une chance de bénéficier, soit de meilleures prestations en optique, soit de meilleures garanties dans d'autres segments de dépense.

L'action des OCAM dans le domaine de l'optique s'est construite progressivement et à différents niveaux :

- l'information des assurés d'abord ;
- la lisibilité des garanties ensuite ;
- les process de gestion avec la mise en place de système de prise en charge permettant de vérifier l'adéquation des garanties avec les prix pratiqués ;
- enfin, la mise en place de réseaux agréés qui garantissent à la fois des tarifs compétitifs et des pratiques de qualité.

Les sujets d'information-santé des OCAM en optique sont multiples. Au-delà de l'information sur la protection de la santé visuelle, ils communiquent sur les prix des différents équipements, leurs écarts allant de 1 à 4 d'un magasin à l'autre.

Par ailleurs, les consommateurs ont été mis en garde sur un certain nombre de besoins artificiellement exagérés : le traitement anti-reflet, l'apport des nouvelles générations de verres progressifs, l'intérêt relatif du traitement aminci et anti-rayures, etc.

Cependant, l'information n'est qu'un premier palier de sensibilisation. Elle n'est pas à même de conduire à une pression sur les prix, hormis auprès d'une petite fraction d'acheteurs.

Les OCAM ont aussi progressivement distingué leurs garanties entre verres et montures. En effet, si les verres relèvent bien d'un besoin médical, le choix des montures fait intervenir des critères esthétiques que l'assurance n'a pas à prendre en charge.

En pratique, les OCAM ont mis en place des process de gestion pour leur permettre un contrôle *a priori* des prestations facturées par l'opticien. Celui-ci doit transmettre une demande de prise en charge préalable à sa facture. Une norme appelée opto-AMC a été mise en place pour favoriser la dématérialisation des échanges entre opticiens et OCAM.



De plus en plus, les OCAM concluent avec les opticiens des accords sur la base de grilles tarifaires ambiguës (notamment en fonction du niveau de correction visuelle) et de critères de qualité exigeants. Dans le cadre de réseaux dits « fermés », certains OCAM sélectionnent les opticiens sur la base d'un scoring qui englobe les critères de qualité et de prix, en veillant à une bonne répartition géographique par rapport à la localisation de leur clientèle. Une démarche symétrique est en développement auprès de centres en chirurgie réfractive. Dans le cadre de réseaux dits « ouverts », outre des tarifs compétitifs, les professionnels s'engagent sur des critères de qualité qui dépassent les pré-requis élémentaires (garantie casse des verres et de la monture par exemple).

Les assurés bénéficient de garanties améliorées s'ils accèdent au réseau d'opticiens ainsi constitué. Ces garanties peuvent aller, selon les contrats, jusqu'à la disparition totale du « reste-à-charge » pour un équipement techniquement nécessaire. S'ils ne font pas leur achat dans le réseau, les assurés peuvent avoir une prise en charge moindre. En outre, dans le cadre d'un réseau, les opticiens s'engagent dans une démarche constante de qualité de service, qui peut être vérifiée par audits : statistiques, enquêtes, et même si nécessaire, contrôles sur pièces et sur place.

Au total, les OCAM qui effectuent un conventionnement et un suivi efficace des opticiens obtiennent des tarifs inférieurs de 20 à 40 % aux prix couramment pratiqués sur les verres.

2. Autre exemple : le dentaire

Le domaine dentaire représente une dépense d'environ 10 milliards d'euros prise en charge à 37 % par l'AMO, 37 % par les OCAM (15,4 % de leurs prestations) et à 26 % par les particuliers. Cette répartition masque une différence importante entre les soins conservateurs et les autres actes (notamment les prothèses).

Les tarifs de l'AMO pour les soins courants (caries, etc.) sont opposables, c'est-à-dire sans dépassement autorisé. Contrairement aux soins courants, les prothèses sont à tarifs libres.

L'AMO ne rembourse en moyenne que 15 % des frais réels, laissant les chirurgiens-dentistes compenser sur les prothèses les tarifs relativement faibles qu'ils se voient imposer pour les soins courants. Or, on observe des écarts de prix importants pour une même prestation. Par exemple, la pose d'une couronne céramique peut ainsi coûter de 300 à 1 000 €.

Les garanties classiques sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement, ou en forfait, plus rarement en frais réels. Il peut se

1

LES ÉVOLUTIONS
DE LA PROTECTION
SOCIALE

trouver des situations où un professionnel adapte son tarif à la garantie fournie au patient par son OCAM. De surcroît, le fait que les actes prothétiques soient bien plus rémunérateurs que les actes de soins constitue une certaine désincitation à la prévention et aux soins précoces.

Les OCAM se sont d'abord lancés dans des opérations d'information sur la prévention : fiches-santé et lettres d'informations périodiques. Les consommateurs ont été également sensibilisés aux procédures de devis (préalable). Les garanties ont enfin intégré des délais de prise en charge (en général 2 à 3 jours), car ils permettent à l'OCAM, au-delà d'une simple information sur le prix, comparé à ceux des autres praticiens de la zone, d'inciter l'assuré à vérifier l'opportunité des soins, et à demander un deuxième avis pour les décisions lourdes.

Dans un deuxième temps, des démarches d'accréditation qualité ont été lancées. Outre la qualification et le degré d'expérience, peuvent être utilisés des critères tels que : les procédures de stérilisation, les modes opératoires, la qualification de l'assistante, le taux d'échecs et de conflits, la situation en matière de responsabilité professionnelle... Grâce à une bonne accréditation en amont, l'OCAM peut garantir 10 ans et plus la pose des prothèses dentaires.

Enfin, une négociation des prix a été mise en place depuis plus de 10 ans dans le domaine dentaire, par accords individuels entre les chirurgiens-dentistes volontaires et les OCAM.

Dans les nouveaux contrats comportant un recours aux réseaux, les assurés bénéficient de garanties améliorées s'ils accèdent à un chirurgien-dentiste accrédité. S'ils vont « hors réseau » ils ont une prise en charge moindre (dans certains contrats individuels, choisis volontairement par les assurés, il n'y a prise en charge que si l'assuré recourt au réseau). De leur côté, tous les chirurgiens-dentistes accrédités sont engagés dans une démarche constante de qualité de service, vérifiée par audits : statistiques, enquêtes, et même si nécessaire, contrôles par expert sur l'assuré et au lieu d'exercice.

Les gestionnaires de risque qui réussissent un conventionnement et un suivi des chirurgiens-dentistes sont rares. Mais leurs résultats sont déjà importants, puisqu'ils avancent des prix inférieurs de 15 % aux prix couramment pratiqués.

En imaginant une gestion globale et intégrée des différents actes de la dentisterie, on peut espérer que les OCAM parviennent à une baisse globale de charge et à plus long terme à une forte réduction de fréquence des soins lourds, comme constaté dans d'autres pays.



Cependant, il est difficile aux OCAM de progresser dans ce domaine en raison d'obstacles juridiques : les règles de confidentialité, du droit de la concurrence et de déontologie demandent à être modernisées, consolidées et surtout interprétées de manière stable par les autorités concernées si l'on veut parvenir à une véritable responsabilisation des professionnels, sans attenter au respect de la vie privée des consommateurs.

B. Les complémentaires ont aussi développé des solutions novatrices pour informer et inciter leurs assurés à gérer activement leur capital santé

1. Information, prévention et accompagnement

Les OCAM mènent de longue date des actions dans le domaine de la prévention. Les initiatives prises sont multiples :

- actions d'information, de conseil et de sensibilisation aux principaux facteurs de risques : dépliants, sites internet, plates-formes téléphoniques, conférences locales, ateliers réalisés en région ;
- offre de services et prestations de prévention inclus dans les garanties : bilans de prévention personnalisés, prise en charge de prestations de prévention non remboursées par l'AMO (à visée généraliste de type vaccin ou ciblée sur certaines populations) ;
- accompagnement des assurés : services d'écoute et d'information personnalisée sur plusieurs thématiques de santé, coaching dans le domaine de la nutrition, du sevrage tabagique ou du vieillissement cérébral, dispositif d'aide et d'accompagnement en faveur des malades (orientation de l'assuré dans le système de soins, services de soutien psychologique en cas de maladie grave, prestations d'assistance dans des situations particulières pouvant favoriser le maintien à domicile de l'assuré).

2. Prévention et dépistage en entreprises

Les contrats complémentaires Santé collectifs offrent un cadre propice à la mise en place d'actions de prévention ciblées. Outre des actions qui s'inscriraient dans le prolongement de l'intervention des Pouvoirs publics ou de l'AMO, les complémentaires Santé collectives ont mis en place des programmes ciblés, qui permettent d'apporter une réponse sur mesure

1

LES ÉVOLUTIONS
DE LA PROTECTION
SOCIALE

aux problématiques de l'entreprise en général et/ou d'une branche professionnelle donnée. Ce type d'actions favorise ainsi le maintien en bonne santé des salariés, et par là même, la compétitivité des entreprises. *In fine*, c'est la sinistralité liée à la maladie, à l'invalidité ou au décès

qui diminue.

En particulier, certains OCAM ont mis en place des programmes complets de prévention des risques professionnels, au sein d'entreprises et de branches professionnelles (relais des messages de l'INRS, plateforme téléphonique d'information et de renseignements, fiches de sensibilisation aux risques d'origine professionnelle spécifiques à un métier et de conseils de prévention, proposition d'une consultation de prévention spécifique...). Les OCAM peuvent également jouer un rôle décisif auprès des entreprises pour les aider à s'étalonner et à construire des programmes de prévention et d'éducation en santé adaptés à leurs salariés (type baromètre santé).

3. *Éducation thérapeutique et accompagnement des malades chroniques*

124

La contribution des complémentaires à la gestion du risque se jouera demain sur la prévention et l'accompagnement du risque lourd.

Certains OCAM se sont d'ores et déjà engagés dans des protocoles expérimentaux d'éducation thérapeutique. Allant dans le sens des initiatives prises par l'AMO en termes de « disease management », ils ont mis en place des programmes complets destinés à agir en amont de l'ALD (action sur les facteurs de risque et dépistage précoce) et sur les risques de complications, en organisant un accompagnement des personnes malades. Ils débutent par un auto-test (process d'éligibilité) et débouchent sur la proposition d'une prise en charge adaptée en centre de soins et des modules d'éducation thérapeutique personnalisés.

D'autres OCAM expérimentent des programmes de prévention individuelle et de dépistage de pathologies lourdes en utilisant par exemple la télémédecine (organisation d'un suivi de personnes malades ou à risque grâce à des dispositifs permettant la réalisation d'actes à partir du domicile du patient). Une plate-forme téléphonique, un site Internet d'accompagnement ainsi qu'un système à destination du médecin traitant complètent le dispositif.

Mais dès lors que les complémentaires sont sollicitées pour simplement « subventionner » des actions innovantes, sans visibilité vis-à-vis de



l'assuré, sans retour d'information anonymisé, dès lors qu'elles restent financeur global sans relation nouvelle avec les professionnels, il est difficile de leur reprocher de ne pas suffisamment s'impliquer. Avec la nouvelle génération des actions de gestion du risque santé, ce sont des outils partenariaux qu'il faut inventer.

C. Les obstacles légaux opposés aux OCAM pour la gestion des risques qui leur sont propres doivent être réexaminés

Les règles légales encadrant les garanties de complémentaire Santé, évoquées en introduction de cette partie, font l'objet d'un fort consensus politique. L'UNOCAM reconnaît leur pertinence et leur contribution à une prise en charge solidaire des frais de santé. Néanmoins, une connaissance plus fine des données de santé individuelles dans un environnement sécurisé reste la clé qui permettra aux OCAM d'agir sur le risque de façon pertinente et de contribuer ainsi à la maîtrise globale des dépenses de santé.

L'accès aux données de soins demandé par les OCAM n'a pas pour objectif la sélection des personnes avant ou après la souscription du contrat. Ces données ne peuvent pas, non plus, être utilisées en cours de contrat pour majorer la cotisation d'une personne compte tenu de sa consommation médicale ou pour résilier son contrat (garanties viagères). Les OCAM souhaitent simplement disposer de certaines données pour améliorer les garanties qu'ils proposent à leurs assurés et leur rendre un service plus efficace.

Par exemple, en optique, sans connaissance du défaut de vision, l'OCAM ne peut accorder qu'une garantie forfaitaire. Soit celle-ci est modérée, et seules les personnes ayant un faible défaut visuel ont un bon taux de couverture. Soit ce forfait est élevé, et il induit alors une surconsommation des personnes à faible défaut visuel, tout en autorisant certaines pratiques commerciales déviantes. En liant le niveau de prise en charge au défaut visuel, un organisme complémentaire peut mieux répondre aux besoins de ses assurés. Il peut aussi négocier pour leur compte de meilleurs prix avec les opticiens, et réduire, voire annuler leur reste à charge. Mais ces mécanismes de régulation et de maîtrise ne peuvent être organisés qu'avec un accès à la connaissance du défaut visuel.

Autre exemple, sans la connaissance des médicaments délivrés à ses assurés, l'assureur est dans l'impossibilité de prendre en charge les médicaments non remboursables par l'AMO, alors que certains d'entre

1

LES ÉVOLUTIONS
DE LA PROTECTION
SOCIALE

eux peuvent répondre à des besoins de santé (par exemple les substituts nicotiniques, des vaccins, des produits d'automédication).

Aujourd'hui il peut obtenir cette information, en demandant à l'assuré de transmettre une facture papier remise par le pharmacien. Mais au regard de la fréquence élevée de ces prestations, les OCAM doivent disposer d'un dispositif « industriel » pour les régler, sauf à supporter des coûts tels qu'ils interdisent *de facto* l'utilisation opérationnelle de l'accès à ces données. Pourtant, les OCAM pourraient, grâce à l'accès au Code CIP des médicaments, déployer de nombreuses actions :

- favoriser le développement du marché du générique *via* des incitations contenues dans les garanties ;
- rembourser des produits de santé non pris en charge par l'AMO, sur la base de critères de qualité, de sécurité et d'efficacité ;
- encourager l'automédication...

À cet égard, des solutions techniques d'anonymisation des données de santé sont aujourd'hui opérationnelles, suite aux expérimentations menées à la suite du rapport Babusiaux de 2003⁴. Concrètement, les données de santé figurant sur les feuilles de soins électroniques sont anonymisées. Un dispositif de « tiers de confiance » qui peut revêtir, soit la forme d'une entité juridique distincte de l'assureur, soit d'une « boîte noire », permet le rapprochement entre la donnée de soin et la personne concernée par celle-ci, mais uniquement en son sein et donc de façon parfaitement sécurisée. Le système de liquidation de la prestation reçoit uniquement l'information du montant à rembourser à telle personne et ne peut remonter à la donnée sensible. Une autre solution consiste en une télétransmission des données par le professionnel de santé sous forme nominative, mais avec le consentement de l'assuré, entouré de garanties appropriées.

Les OCAM doivent pouvoir recueillir et gérer les données nominatives nécessaires à la gestion du risque. Si la généralisation de ces expérimentations est acquise dans son principe, certaines étapes sont encore requises pour une mise en œuvre effective. Il est certain que tant que les outils et solutions de cette généralisation ne seront pas définitivement stabilisés,

4. Les expérimentations par la voie de « l'anonymisation » se sont intéressées au médicament et à la correction visuelle. Elles ont démarré dans le courant de l'année 2007 et ont fait l'objet de la remise d'un rapport à la CNIL courant 2009. Celle-ci s'est prononcée le 10 décembre 2009. La question de l'accès des organismes complémentaires à certaines données de soins (les codes de médicaments délivrés à l'assuré et la correction visuelle de celui-ci) semble définitivement tranchée, à condition qu'un dispositif faisant appel à un « tiers de confiance », pouvant revêtir deux formes (entité juridique distincte ou « boîte noire ») soit mis en place.

une grande partie des OCAM ne pourra pas se lancer dans une politique de gestion du risque plus ambitieuse.



Qu'il s'agisse des problématiques d'organisation des soins, de leurs conséquences sur la définition des prises en charge ou de partage d'informations, il faut aujourd'hui imaginer des solutions innovantes. Les défis, notamment financiers, qu'affronte aujourd'hui l'AMO, à l'instar de nombreux systèmes étrangers, montrent que c'est sans doute au cœur des processus de soins et de santé qu'il faudra bientôt agir.

Ces actions ne se feront pas de manière efficiente sans partage des solutions techniques et juridiques, sans partenariat sur des questions stratégiques. Quatre axes devront être envisagés :

- la sécurisation des données de santé. Les OCAM ont acquis une bonne expérience en cette matière ;
- la contractualisation avec les professions de santé : elle aura besoin de nouveaux outils pour s'étendre et garantir la prise en charge à nos concitoyens. L'articulation des conventions nationales et locales, générales et sélectives comme on peut l'envisager dans le secteur de l'hospitalisation pourra être nécessaire ;
- la garantie aux assurés que les conditions actuelles de solidarité et de non sélection seront pérennes, et que le partage base/complémentaire des prises en charge et de la gestion des risques ne se fera pas à leur détriment. La responsabilité des pouvoirs publics sera engagée sur ce point ;
- enfin, au-delà de la complémentarité des financements de l'AMO et des OCAM, c'est une complémentarité des métiers que l'AMO et l'AMC devront construire ensemble.



La gestion du risque assurantiel en santé : des divergences sur son périmètre, un consensus sur sa pertinence

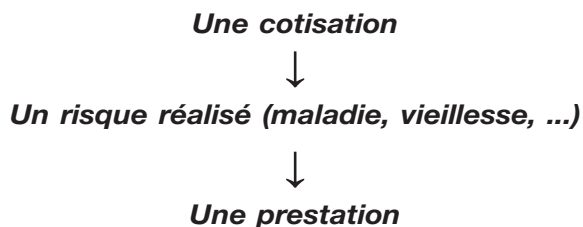
Aquilino Francisco
Sous-directeur à la CPAM de Versailles

I. L'avènement de la gestion du risque assurantiel en santé

A. Un système de Protection sociale dont le but premier est de protéger les personnes contre les risques sociaux et leurs conséquences financières

1. La Sécurité sociale a été créée selon la logique assurancielle

Lors de sa création, la Sécurité sociale s'est appuyée sur les concepts de l'assurance à savoir un contrat entre l'assureur et l'assuré engageant l'assureur à rembourser les frais encourus par l'assuré lors de la réalisation d'un risque, moyennant le paiement régulier d'une cotisation.



Néanmoins, de nombreux éléments différencient notre système de Protection sociale de la logique traditionnelle commune aux assureurs privés :

- le mode de financement qui s'appuie à la fois sur des cotisations (proportionnelles aux revenus) partagées entre salariés et employeurs et sur l'impôt depuis la généralisation de la CSG ;



- l'égalité d'accès aux prestations, caractérisée par l'absence de lien entre la cotisation et les prestations ;
- l'absence de concurrence ;
- le caractère obligatoire qui permet d'éviter les tentatives d'écrémage et de sélection des risques.

2. La maîtrise de la croissance des dépenses de santé n'a pas toujours été une nécessité politique

La maîtrise de la croissance des dépenses de santé n'a pas toujours été une nécessité politique. En effet, les objectifs principaux étaient d'améliorer l'accès de tous les travailleurs et leur famille au système de soins et garantir une offre de soins répondant aux besoins de la population.

Article 1^{er} de la Constitution de 1946 : « Il est institué une organisation de la Sécurité sociale destinée à garantir les travailleurs et leurs familles contre les risques de toute nature susceptibles de réduire ou de supprimer leurs capacités de gain, à couvrir les charges de maternité ou les charges de famille qu'ils supportent. »

Préambule de la Constitution de 1958 concernant la Sécurité sociale : « La Nation assure à l'individu et à la famille les conditions nécessaires à leur développement. Elle garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé, la sécurité matérielle, le repos et les loisirs. Tout être humain qui, en raison de son âge, de son état physique ou mental, de la situation économique, se trouve dans l'incapacité de travailler, a le droit d'obtenir de la collectivité des moyens convenables d'existence. »

Pendant toute la période des « trente glorieuses », dépenser beaucoup pour la santé de sa population était la preuve du stade avancé de développement d'un pays. Dans ce cadre, l'augmentation des dépenses n'avait rien d'illégitime. Durant cette période d'extension de l'État providence, on assiste à la fois à une extension de la couverture maladie et au développement d'une médecine de qualité, grâce notamment aux progrès techniques. L'espérance de vie s'allonge de façon remarquable contribuant à rendre légitime la maxime selon laquelle « la santé n'a pas de prix ».



B. La « gestion du risque » s'est imposée face à la croissance des dépenses afin de tenter de préserver l'équilibre financier

1. L'aléa moral lié à cette organisation a nécessité une rupture dans le concept de « payeur aveugle »

Comme nous aurons l'occasion de le développer ultérieurement, les dépenses engagées par la Protection sociale se sont fortement accrues et deux dispositifs principaux sont progressivement introduits.

Tout d'abord, la mise en place de mécanismes de **participation financière de l'assuré**, ayant pour objectif annoncé, de responsabiliser les assurés en les positionnant en gestionnaire de leur capital santé. Pour cela, différentes mesures ont instauré un « reste à charge », c'est-à-dire une part de dépenses de santé non remboursée par l'assureur (le ticket modérateur, la franchise médicale, le forfait hospitalier, ...).

Par ailleurs, la complexité des prises en charge, les cloisonnements et les conflits d'intérêt entre les prestataires ont également rendu nécessaire **la gestion du risque**. Bien que ce terme ne soit apparu « juridiquement » qu'en 1996, les Caisses procédaient déjà à des actions visant à gérer les comportements stratégiques des acteurs de santé. Les actions ont tout d'abord consisté à du contrôle individuel (contrôle des prestations) des soins puis ont basculé vers du contrôle collectif des producteurs de soins (contrôle des transports, des visites, des actes techniques).

2. La gestion du risque est apparue comme une nécessité au fur et à mesure de la croissance des dépenses de santé

Après le premier choc pétrolier de 1973, la France ne peut plus faire abstraction de la réalité économique et financière face au ralentissement de la croissance économique. À la fin des années 1980, l'Assurance maladie va afficher sur plusieurs exercices consécutifs, un déficit supérieur à 20 milliards de francs (3 milliards d'euros). Les plans de redressement de l'équilibre vont alors se succéder :

- politique de maîtrise de l'offre (instauration du *numerus clausus* et de la planification sanitaire) ;
- maîtrise des prix (prix administrés et ticket modérateur) ;
 au même temps que sont ajustées les sources de financement en introduisant des ressources fiscales avec comme mesure phare, l'instauration de la CSG en 1991.



C'est à partir de 1995 que la maîtrise médicalisée des dépenses de santé apparaît comme la voie privilégiée qui permette de sortir de l'alternative entre l'accroissement des prélèvements obligatoires et la diminution du niveau de couverture sociale. Le terme « gestion du risque maladie » a été introduit dans le Code de Sécurité sociale en 1996 par le biais de deux articles :

- l'article L. 183-1 confie aux URCAM la responsabilité de mettre en œuvre une stratégie commune de gestion du risque maladie ;
- l'article L. 211-2-1 invite les conseils d'administration des CPAM à voter un plan d'actions de gestion du risque maladie.

Les ordonnances de 1996 font de la maîtrise médicalisée des dépenses l'axe majeur de la réforme de la Sécurité sociale.

En 1999, une circulaire commune au régime général, à la MSA et à la CANAM précise dans sa partie première :

« Le but de l'Assurance maladie est de permettre à la population d'être et de se maintenir en bonne santé. La gestion du risque y contribue par l'ensemble des actions et procédures conduisant à : optimiser la réponse du système de soins aux besoins de santé, inciter la population à recourir de manière pertinente à la prévention et aux soins et amener les professionnels de santé à respecter les critères d'utilité et de qualité des soins ainsi que de modération des coûts, dans le cadre financier voté par le Parlement. »

Depuis la loi du 13 août 2004, la gestion du risque est décrite comme un processus qui vise à définir et mettre en œuvre des actions permettant d'infléchir durablement les comportements des acteurs du système de santé afin de sauvegarder l'équilibre financier de l'assurance maladie tout en garantissant à tous des soins de qualité. La notion de « gestion du risque » reste toutefois essentiellement axée sur une logique de remboursement fondée sur la maîtrise des dépenses du risque maladie.

C. La « gestion du risque assurantiel en santé » émerge suite à une volonté de décloisonner le système de santé

1. Les politiques de régulation classiques n'ont pas toujours apporté les résultats escomptés

Pendant 20 ans, l'objectif des instruments de régulation était d'équilibrer les comptes de l'Assurance maladie. Les plans d'urgence ont généralement eu des impacts à court terme quand ils n'avaient pas parfois des effets contradictoires. Les leviers de régulation ont porté à la fois sur l'offre, sur la demande et sur les prix :

1

LES ÉVOLUTIONS
DE LA PROTECTION
SOCIALE

- La régulation quantitative de l'offre que ce soit dans le domaine hospitalier avec l'instauration de la carte sanitaire, ou bien dans le domaine ambulatoire avec le *numerus clausus* dont l'efficacité reste à démontrer eu égard notamment à la non-remise en cause du principe de la liberté d'installation.
- La régulation par les prix dont on sait qu'elle engendre une compensation par les volumes, les outils mis en place cherchent à limiter cet effet soit :
 - en créant des mécanismes de concurrence par les prix : la politique de développement du générique et les mécanismes de fixation des prix des médicaments sur la base du service médical rendu et de son amélioration ;
 - en développant de nouveaux modes de rémunération : la mise en place de la tarification à l'activité dans les établissements de soins (achat de soins).
- La responsabilisation des assurés a longtemps été fondée sur le ticket modérateur. Il ne s'agit pas vraiment d'un outil de régulation mais plutôt d'un outil de transfert de charges aux ménages. De nombreux outils ont été mis en place pour pénaliser les comportements « non vertueux » des assurés : parcours de soins coordonnés (taux de remboursement différent), franchises, forfait hospitalier, tiers payant contre génériques, pénalisation des comportements à risque (taxes sur le tabac et l'alcool). En revanche, les actions de prévention sanitaires sont gratuites (vaccinations, dépistages). L'assuré est également responsabilisé dans le choix qu'il fait désormais en matière de consommation de soins puisque les soins de confort et de soulagement ont été déremboursés.

2. *Les modèles de la gestion intégrée des soins préconisent une maîtrise globale de la santé et sont en adéquation avec la nouvelle organisation du système*

La gestion du risque au sens large correspond à la gestion et à la coordination du processus de production de soins, et gestion du capital de santé des usagers. Cette vision est celle des systèmes existants de gestion intégrée des soins (« managed care »), où l'assureur est un « entrepreneur de soins ». Elle repose sur une volonté de limiter « les divisions persistantes – ou chaînons manquants – entre les activités de santé individuelle et de santé communautaire, entre aspects sociaux et économiques de la santé, entre services préventifs et curatifs, entre spécialistes et généralistes, entre secteurs public et privé, entre prestataires et utilisateurs de services de santé »¹.

1. Organisation Mondiale de la Santé, Vers l'Unité Pour la Santé, « Défis et opportunités des partenariats pour le développement de la santé », Genève, 2001.



La nouvelle organisation du système de santé, portée par la loi 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients à la santé et aux territoires (loi HPST), intègre certains éléments de ce modèle pour une prise en charge de « la santé globale ». À travers cette loi, les ARS ont été créées avec pour ambition de renforcer l'efficacité du système de santé, en associant les compétences de l'État et de l'assurance maladie au niveau régional afin de couvrir les différents aspects de la politique de santé :

- la Santé publique : prévention, éducation pour la santé, veille et sécurité sanitaire, santé environnementale ;
- les soins : médecine de ville, soins hospitaliers, prise en charge médico-sociale.

La loi HPST définit la gestion du risque comme l'ensemble des actions qui portent sur le contrôle et l'amélioration des modalités de recours aux soins et des pratiques des professionnels de santé en médecine ambulatoire et dans les établissements et services de santé et médico-sociaux. Elle s'inscrit dans une vision plus vaste de politique de santé et complète les actions menées par ailleurs en terme de Santé publique.

Si la terminologie « Risque assurantiel en santé » a été utilisée dans le projet de loi HPST, elle n'apparaît plus de façon explicite dans le texte définitif alors même qu'elle présente l'intérêt de mettre en relief la pertinence de convergence des approches actuarielles, en médecine, en Santé publique et Assurance maladie.

II. Des divergences persistent quant au périmètre couvert par la gestion du risque

A. La gestion du risque ne fait pas l'objet d'une définition immuable

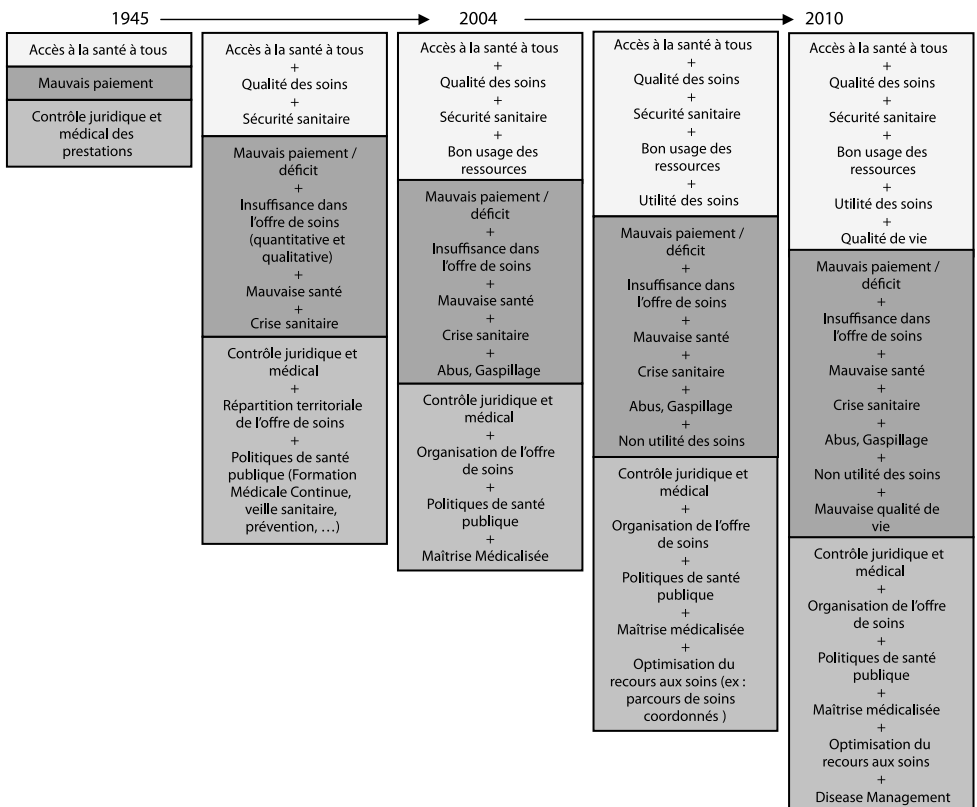
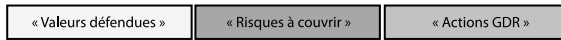
1. Le cloisonnement du système entraîne plusieurs perceptions de la gestion du risque

La gestion du risque est une volonté partagée par plusieurs acteurs du système de santé : État, Assurance maladie obligatoire (AMO) et Assurance maladie complémentaire (AMC). Cependant, sa définition varie selon les missions premières de chaque organisme. Ainsi, malgré des frontières qui tendent à s'ouvrir de plus en plus, la notion de gestion du risque recouvre pour chaque acteur une perception différente :

| Acteurs | Risque | Définition |
|---------|--------------------------------------|--|
| État | Risque sanitaire | Prévention des menaces sanitaires Gestion des accidents et catastrophes sanitaires |
| AMO | Déficit + Non-efficience de la santé | Actions menées pour contrôler, maîtriser et réguler les dépenses de santé |
| AMC | Sinistre | Activité de tarification des risques Techniques de calcul probabiliste destinées à mesurer si un sinistre est assurable |

2. *L'évolution du périmètre des risques sanitaires ne permet pas d'arrêter une définition immuable de la gestion du risque assurantiel en santé*

La définition des risques liés à la santé, gérés par le système de Protection sociale s'est étendue progressivement eu égard à l'élargissement des valeurs défendues, des risques à couvrir et des actions mises en œuvre.



Ces évolutions du périmètre de la gestion du risque rendent difficile sur le terrain à la fois la responsabilisation des pilotes (qui pilote quoi ? n'y a-t-il pas des doublons dans les missions confiées aux différents intervenants ? ...) et pose la question des modalités de mise en œuvre (jusqu'où aller dans l'association des professionnels de santé à la gestion du système ? quels périmètres de compétences dans le domaine du médico-social ? ...).



B. Les moyens engagés diffèrent selon les gestionnaires du risque

1. *La régulation passe désormais par la mise en place d'objectifs négociés au sein desquels la qualité doit tenir une place prépondérante*

Se fixer des objectifs précis et les atteindre est devenu l'un des axes de développement prioritaires, les initiatives étant d'origine aussi bien législative qu'instauré de façon contractuelle entre les acteurs du système de santé.

Tout d'abord, on peut citer l'instauration depuis 1996, des Lois de financement de la Sécurité sociale (LFSS), qui déterminent annuellement les conditions générales de l'équilibre financier de la Sécurité sociale et fixent des objectifs de dépenses avec notamment la détermination de l'ONDAM.

Parallèlement, **la contractualisation d'objectifs** s'est fortement développée, entre les différents acteurs du système de santé, avec notamment la signature de Conventions d'objectifs et de gestion (conclues entre l'État et les Caisses nationales, puis déclinées aux Caisses locales d'assurance maladie fixant des objectifs précis à atteindre en termes de gestion du risque) ainsi que les Conventions médicales (signées entre les Caisses d'Assurance maladie et les représentants des professionnels de santé, les partenaires devenant coresponsables de l'atteinte d'objectifs de maîtrise médicalisée).

Cette logique de contractualisation tend aujourd'hui à devenir de plus en plus individualisée comme le montre l'instauration en 2010 du Contrat d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI) (le médecin signataire accepte des objectifs individualisés en matière de prévention, de prise en charge des pathologies chroniques et d'optimisation de ses prescriptions moyennant une rémunération si les objectifs sont atteints) ou bien encore les contrats passés avec les établissements de soins (contrats ayant pour

1

LES ÉVOLUTIONS
DE LA PROTECTION
SOCIALE

objet d'améliorer la qualité et la coordination des soins qui seront déployés au cours de l'année à venir.

La maîtrise du système passe également par **la démonstration de sa capacité à améliorer sa qualité**. De nombreux outils de régulation traitent de l'évaluation du système (comité d'alerte), des pratiques (haute autorité de santé), des procédures (certification des établissements). La recherche en matière de qualité a incité les Pouvoirs publics à mettre en place la formation médicale continue des professions de santé mais également à s'interroger sur les seuils d'activité en volume ou encore les seuils d'équipement des établissements. La recherche de la qualité a également conduit à proposer aux professions de santé des recommandations de bonnes pratiques.

Améliorer le recours au système de soins implique aussi de rendre celui-ci plus transparent. À l'heure des technologies de l'information, cela implique le développement des systèmes d'information médicalisée. Ceci peut être considéré à la fois comme un atout pour l'Assurance maladie car elle dispose à ce jour avec le SNIIRAM, d'une des plus grandes bases de données de santé. Inversement, le socle technologique du système d'information de l'Assurance maladie est à rénover globalement pour pouvoir relever les défis à venir de la gestion du risque (du dossier médical du patient, au codage des actes en passant par la tarification à l'activité et demain le développement de la télémédecine ou encore des biotechnologies...), et pouvoir être en capacité de développer une information de meilleure qualité.

Cette recherche de qualité devrait permettre d'obtenir de meilleurs résultats tant sur le plan sanitaire que sur le plan économique en limitant les dépenses inutiles, ce que les approches par les quantités et les prix n'ont pas réussi à faire.

2. Vers la fin de la segmentation des compétences ?

Les réformes successives de notre système de santé ont entraîné au cours des années, une segmentation des compétences et des responsabilités. Cette segmentation porte sur :

- les secteurs d'intervention : soins hospitaliers, soins de ville, Santé publique, et secteur médico-social ;
- les missions : planification sanitaire, prévention, veille et sécurité sanitaire, maîtrise des dépenses, ... ;
- les organes de gestion : régime général, agricole, social des indépendants, spéciaux, CNSA ;

- les prestations prises en charge : l'Assurance maladie complémentaire complète le remboursement de l'assurance maladie obligatoire et prend en charge des dépenses « périphériques » (confort, bien-être).



La loi HPST vise l'unité en ayant une approche globale des problématiques de santé. Ainsi, les compétences auparavant dispersées entre différentes institutions (ARH, DDASS, DRASS, GRSP, URCAM, CRAM, MRS, ...) sont placées au sein d'une « autorité » publique unique, les agences régionales de santé, avec des missions élargies (veille sanitaire, prévention, formation professionnelle, planification de l'offre de soins ambulatoire-hospitalière-médico-sociale, accompagnement et contrôle des professionnels de santé, ...).

L'échelon régional a été jugé le plus pertinent, car il permet de préserver la cohérence et la complémentarité entre la politique nationale de santé et les éventuelles spécificités régionales.

En ce qui concerne plus particulièrement la gestion du risque, la loi HPST prévoit que les ARS : « définissent et mettent en œuvre, avec les organismes d'Assurance maladie et avec la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, les actions régionales prolongeant et complétant les programmes nationaux de gestion du risque et des actions complémentaires. Ces actions portent sur le contrôle et l'amélioration des modalités de recours aux soins et des pratiques des professionnels de santé en médecine ambulatoire et dans les établissements et services de santé et médico-sociaux ».

Il n'en demeure pas moins que certaines orientations, notamment sur le pilotage des actions de gestion du risque, font encore l'objet d'arbitrages entre les ARS et l'Assurance maladie. En effet, même si la stratégie est commune, le programme pluriannuel régional de GDR reste aujourd'hui décomposé en deux parties :

- le programme issu du Conseil national de pilotage, piloté par les ARS, dont la responsabilité des différentes actions est copartagée entre l'ARS et le directeur coordonateur régional de la gestion du risque de l'assurance maladie ;
- le programme issu du plan national d'Assurance maladie piloté et mis en œuvre par l'Assurance maladie.



C. Malgré ces divergences, certaines tendances se dégagent à l'aune des comparaisons internationales

1. Le déploiement d'instances de gouvernance territoriale s'observe dans les politiques de santé européennes même si elles prennent des formes différentes selon le pays

Pour la mise en œuvre des politiques de santé, la création d'« agences » s'observe en Europe depuis une vingtaine d'années. Celles-ci sont de plus en plus nombreuses et répondent à trois volontés :

- la séparation des fonctions stratégiques et opérationnelles ;
- la fragmentation de l'administration centrale en agences ou autorités administratives indépendantes ;
- recentrage de l'État sur ses fonctions de pilotage et de contrôle.

Ces agences prennent alors la forme d'instances de gouvernance territoriale. La territorialisation des compétences sanitaires se traduit soit par une déconcentration, c'est-à-dire le transfert de certains pouvoirs de l'État vers ses représentants locaux (ex. : France, Portugal), soit par une décentralisation, c'est-à-dire un transfert de compétences de l'État à des entités locales qui restent sous surveillance de l'État (ex. : Danemark, Finlande, Suède).

Le rapport d'information déposé par la délégation de l'assemblée nationale pour l'Union européenne sur les réformes de l'Assurance maladie en Europe (2004) constate qu'en matière de politique de gestion du risque, les pays occidentaux utilisent le plus souvent cinq grands outils :

- la décentralisation des décisions ;
- la mise en concurrence régulée des prestataires de santé ;
- la responsabilisation des acteurs ;
- la modernisation de la gestion ;
- le renforcement du contrôle et de l'évaluation.

Les systèmes de régulation utilisés restent cependant très contingents à la culture, à l'organisation, à l'histoire spécifique de chaque pays et de son système de santé. On peut toutefois noter une certaine convergence des systèmes dans le sens d'une affirmation accrue du rôle et de la responsabilité de l'État dans la définition de la politique de santé.

2. L'émergence du modèle « *managed care* » mis en œuvre selon les valeurs propres à chaque pays



Le modèle de gestion intégrée des soins (*managed care*) s'est développé en Amérique du Nord et s'étend dans de nombreux systèmes de santé. Sa définition est la suivante : « ensemble de systèmes, de techniques utilisés par toute entité de délivrance, d'administration ou d'assurance dans le secteur santé, qui contrôle ou influence : l'accessibilité, l'utilisation, la qualité, le coût et les prix des services de santé pour une population déterminée ».

La définition est large, ce qui implique une organisation propre à chaque système de santé et aux valeurs prioritairement défendues par les pays (ex. : France → égalité, Angleterre → utilité, Allemagne → responsabilité).

Le modèle de « *managed care* » le plus complet est celui des HMO aux États-Unis où le professionnel de santé signe un contrat d'exclusivité avec l'assureur ou son salarié. Les patients recourent aux professionnels agréés qui figurent dans leur couverture d'assurance santé. Les prestations et services de soins sont définis par l'assureur.

En Grande-Bretagne, la responsabilité des achats de soins revient à des structures déconcentrées de soins de premier recours (Primary Care Trusts) du système national de santé. Elles ont pour rôle l'achat de soins hospitaliers, l'organisation des soins primaires par contractualisation avec l'ensemble des médecins généralistes de leur région, la coordination des prises en charge médicale et sociale de la population.

À travers ce modèle, il semblerait que pour mieux maîtriser les dépenses de santé, les pays exercent une pression accrue sur les acteurs par des mesures successives. Les mécanismes font de plus en plus appel à une logique d'acheteur en s'appuyant sur la mise en concurrence des producteurs de soins. La plupart des nouveaux modes de régulation mis en place, incite les décideurs décentralisés à se comporter de manière efficiente à l'intérieur d'enveloppes financières. Ce modèle de gestion intégrée vise à améliorer la cohérence globale et la performance du système de santé tout en ayant une meilleure prise en charge des patients.



III. La gestion du risque fait aujourd'hui l'objet d'un consensus eu égard à la nécessité de maîtriser les dépenses

A. La hausse des dépenses de santé est acceptable lorsqu'elle est abordée sous l'angle de « moteur de croissance » ou parce qu'elle contribue à améliorer l'état de santé de la population

1. La hausse des dépenses de santé peut être considérée comme une véritable source de croissance économique

Les raisons de la croissance des dépenses de santé sont multiples : progrès médicaux, vieillissement de la population, apparition de nouvelles pathologies, élévation du niveau de vie, abaissement du seuil de la douleur ou de l'inconfort, médicalisation de certains problèmes sociaux (tabac, alcool, drogue, ...).

Cependant, la croissance des dépenses, bien qu'elle pose la question de son financement, peut être considérée comme un véritable moteur de croissance économique. Tout d'abord parce que les progrès médicaux et la part croissante du revenu des individus consacrée à la santé contribuent à améliorer l'état sanitaire de la population, des individus en bonne santé pouvant produire alors de façon plus efficace. Ensuite parce que les nombreuses innovations sur le marché de la santé entraînent la création d'emplois, l'hôpital étant considéré dans de nombreuses communes comme le pôle d'activités le plus important.

2. Garantir un accès égal aux soins pour tous, entraîne des dépenses croissantes mais contribue à l'amélioration de l'état de santé de la population

Ne pas mettre d'obstacle financier à l'accès au système de soins est l'un des objectifs de notre système d'Assurance maladie. Garantir l'accès aux soins à tous, bien que cela ait un coût, peut permettre d'améliorer l'état de santé général de la population et infléchir les dépenses sur le long terme.

Ce contrat social a quatre implications :

- l'absence de sélection en fonction des risques ;
- le maintien d'un taux de remboursement suffisamment élevé ;
- un financement en fonction de la capacité contributive de chacun ;
- la protection des plus démunis.



On peut relever ici, deux catégories de populations particulières, qui à des titres différents sont particulièrement significatives au regard de la gestion du risque :

➤ *Les assurés bénéficiaires de la Couverture maladie universelle (CMU)*

Depuis la loi du 27 juillet 1999, portant création de la CMU, l'ensemble de la population est protégé du seul fait de la résidence régulière en France. Cette affiliation au régime obligatoire a été complétée par divers outils (la CMU-Complémentaire, le crédit d'impôt et l'aide à l'acquisition d'une complémentaire Santé) permettant aux personnes les plus défavorisées d'obtenir une couverture complémentaire. La CMU permet à cet égard de limiter le renoncement aux soins pour des raisons financières dans une proportion voisine à celle observée pour les autres assurances complémentaires. Du point de vue social et du point de vue de la Santé publique, il s'agit d'une avancée très significative ; du point de vue de la gestion du risque cette couverture accroît la probabilité de recourir dans l'année à l'ensemble des soins, y compris aux soins dentaires et optiques pour une part de plus en plus importante de la population.

➤ *Les assurés en Affections de longue durée (ALD)*

Le régime des ALD vise à permettre l'accès aux soins aux personnes atteintes de pathologies lourdes en leur assurant une prise en charge financière à 100 %. Or cette prise en charge constitue un coût important puisque les dépenses liées au régime des ALD ont représenté en 2008 environ 63 % des remboursements effectués par l'Assurance maladie. Cela s'explique par :

- le montant moyen remboursé par patient en ALD : près de 9 000 € contre 800 € par patient non en ALD ;
- le nombre de patients en ALD qui est de plus de 8 millions et surtout qui augmente rapidement, près de 4 % par an alors que dans le même temps la population française augmente de moins de 1 %.

B. Face à une conjoncture économique dégradée, la maîtrise des dépenses est apparue comme un levier efficace sans toutefois pouvoir maîtriser les déficits

1. Les acteurs s'accordent sur l'importance de la régulation face à la conjoncture économique

Depuis les années 70, les dépenses de santé augmentent plus rapidement que le PIB et les rares années où elles augmentent moins vite correspondent à la mise en place des plans d'économies.

1

LES ÉVOLUTIONS
DE LA PROTECTION
SOCIALE

En 2009, selon les comptes nationaux de la santé ², le montant des dépenses courantes de santé s'élève à 223,1 milliards d'euros, soit 11,2 % du produit intérieur brut (PIB). La consommation de soins et de biens médicaux atteint 175,7 milliards d'euros. En raison de la décroissance du PIB en 2009 (- 2,1 %), sa part dans le PIB augmente et représente 9,2 %. Elle a progressé de + 2,8 % (contre + 3,8 % en 2008).

Le déficit du régime général de la Sécurité sociale serait de 23,2 milliards d'euros en 2010, puis il se creuserait encore à 28,6 milliards d'euros en 2011 ³. Les déficits de l'Assurance maladie créent une situation très préoccupante qui remet en cause la pérennité du financement du système de santé même s'il a consensus sur le fait que le déficit a pour origine principale, la baisse des recettes liée à la crise économique.

Pour palier le déséquilibre des comptes, trois solutions principales existent : une hausse des cotisations et des prélèvements obligatoires, une réduction des prestations, ou bien un endettement public. Les choix semblent s'orienter depuis quelques années vers la maîtrise des dépenses. Celle-ci est privilégiée car la part du PIB consacrée à la santé en France est déjà l'une des plus élevées au monde et le lien entre dépenses engagées et état de santé n'est pas démontré. La mise en œuvre depuis 2004 de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé a démontré son efficacité avec des économies réalisées de l'ordre de 480 à 750 millions d'euros chaque année ⁴. Depuis, la situation de l'Assurance maladie, sans atteindre l'équilibre, s'est significativement améliorée. En dépit de la crise actuelle, on constate les effets positifs des efforts engagés. Le comité d'alerte sur l'évolution des dépenses d'Assurance maladie ne déclenchera pas d'alerte pour 2010.

2. *Un champ qui s'élargit tant au niveau des thématiques abordées que des acteurs impliqués*

En réponse aux déficits croissants, la politique de gestion du risque se développe. Au regard du vocable utilisé (remplacement du vocable, « Gestion du risque maladie » par le vocable « Gestion du risque assurantiel en santé »), on perçoit que les thématiques traitées s'élargissent. C'est ainsi que relèvent désormais de la gestion du risque les champs suivants :

2. Les Comptes nationaux de la santé en 2009, Études et Résultats, DREES, septembre 2010.

3. Séminaire réseau CNAMTS du 15 octobre 2010.

4. CNAMTS, Rapports d'activité.



- la prévention et l'information des assurés ;
- la formation et l'information des professionnels de santé ;
- le contrôle du périmètre de prise en charge collective ;
- l'organisation de l'offre de soins ;
- la tarification.

L'ensemble des acteurs du système de santé est impacté : l'État, les Caisses d'Assurance maladie, la CNSA, les assurances complémentaires, les conseils généraux et les communes, les établissements qu'ils soient privés, publics ou médico-sociaux, les professionnels de santé, les patients. Ces derniers se retrouvent de plus en plus au cœur de la gestion du risque. L'assuré est de plus en plus impliqué dans la prise en charge de son état de santé, de la prévention jusqu'au suivi des prescriptions tout en ayant de plus en plus de savoirs dans le domaine de la santé et de l'économie. Ainsi, un des axes déterminants de la COG 2010-2013, signée entre l'État et l'Assurance maladie, est de mettre les assurés au cœur des actions en les rendant acteurs de leur santé.

Les organismes complémentaires développent également de nombreux services pour leurs assurés afin de les accompagner, leur offrir de l'information de plus en plus personnalisée.

Quel que soit l'acteur, mettre en place une politique de gestion du risque implique de répondre à trois problématiques :

- identifier et mesurer le risque ;
- évaluer son impact et son coût à moyen et long terme ;
- définir, planifier, rationaliser les actions à mettre en œuvre pour le prévenir ou le gérer.

C. Une généralisation de la gestion du risque auprès des différents acteurs

1. La nouvelle organisation régionale permet une approche plus globale de la gestion du risque en santé

Le domaine de compétences attribué aux ARS permet de couvrir un périmètre d'action plus large, en mettant en œuvre les actions suivantes :

- évaluation et promotion de la qualité des formations des professionnels de santé ;
- autorisation de la création et des activités des établissements et services de santé ainsi que des établissements et services médico-sociaux ;
- contrôle de leur fonctionnement et allocation des ressources ;

1

LES ÉVOLUTIONS DE LA PROTECTION SOCIALE

- répartition territoriale de l'offre de soins répondant aux besoins de santé de la population ;
- mise en œuvre d'un service unique d'aide à l'installation des professionnels de santé ;
- contrôle de la qualité et de la sécurité des actes médicaux, de la dispensation et de l'utilisation des produits de santé ainsi que des prises en charge et accompagnements médico-sociaux. Participation à la lutte contre la maltraitance et au développement de la bientraitance dans les établissements et services de santé et médico-sociaux ;
- contrôle de l'accès aux soins de santé et aux services psychosociaux des personnes en situation de précarité ou d'exclusion ;
- définition et mise en œuvre, avec les organismes d'Assurance maladie et avec la CNSA, des actions régionales prolongeant et complétant les programmes nationaux de gestion du risque et des actions complémentaires.

Initialement centrée sur la médecine ambulatoire, la gestion du risque intègre donc progressivement les établissements de santé et les établissements médico-sociaux et développe de plus en plus d'axes de régulation. La nouvelle organisation reprend ainsi les concepts établis précédemment concernant les systèmes de gestion intégrée des soins.

2. Les organismes d'Assurance maladie complémentaire affichent leur volonté de s'impliquer de plus en plus dans la gestion du risque

Compte tenu des contraintes budgétaires, nous assistons progressivement à un transfert de charges vers les organismes complémentaires. Les assureurs complémentaires doivent donc faire face à une prise en charge croissante des dépenses de santé, ce qui se traduit par une augmentation des cotisations et une volonté d'intégrer de plus en plus le champ de la gestion du risque. Cette implication croissante dans le processus de gestion du risque indique progressivement la fin du système de « payeur aveugle ».

Cependant, les évolutions sont lentes, l'Union nationale des organismes complémentaires d'Assurance maladie évoquant des difficultés persistantes. D'abord parce que les organismes complémentaires ne sont pas assez associés aux décisions prises concernant les évolutions du système de santé. Ensuite parce que, les organismes complémentaires considèrent ne pas avoir les moyens de mener une politique de gestion du risque, à savoir qu'ils n'ont toujours pas accès aux systèmes d'information de santé, notamment celui de l'Assurance maladie obligatoire.

IV. Enjeux pour le système de santé

A. Revoir certains des principes qui fondent la structuration du système de santé en France et qui limitent les possibilités de régulation



Certains des principes qui fondent la structuration du système de santé en France interviennent en contradiction des possibilités de régulation et notamment :

- le libre choix du médecin par le malade qu'on essaie de compléter par les notions de réseaux, de filières, de médecin traitant ;
- la liberté de prescription qu'il faudrait éclairer par les notions d'efficience de certains médicaments ;
- le libre choix du lieu d'installation du médecin qui rend difficile la planification sanitaire de la médecine de ville et donc la régulation géographique de la santé ;
- le secret médical qui constitue un frein à la mise au point de systèmes d'information contribuant à la régulation des dépenses de santé ;
- la socialisation du risque est peu propice à des comportements individuels vertueux.

À ce propos, le rôle de l'État a toujours été important dans la politique de régulation et cela a pu être considéré comme un frein à l'intervention des acteurs locaux. En effet, le prix et taux de remboursement sont essentiellement fixés par les Pouvoirs publics (tarifs pharmaceutiques, tarifs d'hospitalisation, tarifs des actes, ...).

Enfin, la régulation des dépenses de santé est rendue difficile par l'utilisation de ces dépenses à d'autres fins que la santé elle-même. Les dépenses de santé sont assimilables à des instruments de politiques des revenus (médecins), de redistribution des revenus (assurés), d'aménagement du territoire (établissements hospitaliers), de politique de l'emploi (plus d'un million de personnes dans la Fonction publique hospitalière), de politique industrielle (médicaments...).

B. Clarifier les partages de responsabilités entre l'État, la CNSA, l'AMO, l'AMC et les assurés

Le principal défi pour la période à venir sera de savoir comment concilier une croissance durable des dépenses de santé et une soutenabilité du système de Protection sociale. Pour cela, les décideurs publics devront se questionner sur les responsabilités de chacun des intervenants.

1

LES ÉVOLUTIONS
DE LA PROTECTION
SOCIALE

La première incertitude, et le sujet va faire l'objet de l'actualité politique d'ici les élections de 2012, concerne la prise en charge et le financement de la dépendance. La France compte aujourd'hui 12 millions de personnes de plus de 60 ans contre 20 millions prévus à l'horizon 2050.

Même s'il est vrai que ce vieillissement se fait dans la majeure partie des cas en bonne santé avec l'essentiel des dépenses de santé restant concentrées sur les dernières années de la vie (donc *a priori* sans impact majeur sur les dépenses globales), il n'en demeure pas moins que la collectivité aura à prendre en charge sur une durée beaucoup plus importante (en 2009 l'espérance de vie à 60 ans est de 27 ans pour les femmes et de 22 ans pour les hommes) des patients dont les coûts de traitement sont de plus en plus élevés. On espère que, la prise en charge globale du patient entre l'ambulatorio, l'hôpital et le médico-social – argument majeur justifiant la mise en place des ARS – sera à la fois plus efficace sur le plan sanitaire et plus efficiente sur le plan économique.

Il est clair que les biefs de partage entre ce qui sera du ressort de l'État, des collectivités territoriales, de la CNSA et de l'Assurance maladie feront l'objet de beaucoup de débats.

La seconde clarification à apporter concerne, comme nous l'avons déjà évoqué précédemment, le transfert de charges progressif qui s'opère entre l'AMO, l'AMC et les assurés. Ces mesures ont pour conséquence de faire évoluer la répartition des risques en confiant peu à peu les « gros » risques (à terme la prise en charge exclusive des patients atteints de maladies chroniques ?) à l'Assurance maladie et les « petits » risques aux organismes complémentaires avec un reste à charge assuré de plus en plus important. De nombreuses polémiques émergent, accusant le système de santé d'accroître les inégalités et le renoncement aux soins pour les plus démunis. Pour les assurés hors ALD, la prise en charge par l'Assurance maladie obligatoire est aujourd'hui proche de 55 % selon le Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie.

Il est clair, sur ces deux sujets mais aussi sur bien d'autres, que l'absence de clarification des périmètres et des responsabilités est probablement un frein à une gestion du risque efficace.

C. Les pistes de travail à investiguer

Au regard des risques actuels et futurs, des pistes de travail restent à investiguer à la fois sur les modalités de financement de la Protection sociale et sur l'implication croissante des assurés dans la gestion des dépenses.



Concernant le **financement**, au-delà de l'effort de maîtrise des dépenses, une réflexion plus large pourrait être engagée. Le système de santé français repose sur une logique bismarkienne, c'est-à-dire une protection fondée sur le travail. Cependant, comme tous les pays qui ont adopté le modèle bismarkien, la protection s'est peu à peu généralisée par l'extension à des catégories de population initialement non protégées (employés, étudiants, travailleurs indépendants...) jusqu'à assurer aujourd'hui une couverture du risque santé pour toute la population sur le seul critère de résidence régulière en France.

Parallèlement, le financement de la Protection sociale, initialement axée sur des cotisations (partagées entre le salarié et l'employeur), a vu progressivement la part des ressources fiscales – impôts et contributions publiques – augmenter. Ceci résulte de la double volonté de ne pas faire peser le financement de la Protection sociale sur les seuls revenus d'activité et de distinguer le financement des prestations relevant de la solidarité nationale de celles relevant de l'assurance.

On peut alors tout à fait imaginer un système où les risques et leur financement seraient séparés entre :

- les risques rencontrés par l'ensemble de la population (maladie, vieillesse, famille), financés par l'impôt (solidarité nationale) ;
- les risques en lien avec le travail et qui peuvent entraîner une perte de revenu (IJ, chômage), financés par les cotisations (assurance).

Par ailleurs, une gestion des dépenses avec une vision de long terme nécessiterait un fort développement de la prévention et plus particulièrement des politiques d'accompagnement des patients. Historiquement nous avons privilégié les actions curatives au détriment d'un développement de la prévention. Pourtant, les pathologies chroniques sont de plus en plus répandues et lorsqu'elles sont mal prises en charge, elles peuvent devenir particulièrement coûteuses. Le « disease management », ou l'accompagnement des patients, est un volet important pour mieux prévenir l'aggravation des pathologies chroniques. Il a pour objectif principal de favoriser une meilleure prise en charge par les malades eux-mêmes de leurs pathologies (éducation thérapeutique, motivation, coordination des soins et suivi de l'état de santé). Ce type de prise en charge entre dans une logique d'anticipation des dépenses futures. L'objectif étant que les investissements dans le « disease management » soient autofinancés par l'amélioration de la santé de la population et l'on pourrait alors réellement parler de « **Gestion du risque assurantiel en santé** ».

V. Lexique

| Sigle | Signification |
|--------|---|
| ALD | Affection Longue Durée |
| AMC | Assurance Maladie Complémentaire |
| AMO | Assurance Maladie Obligatoire |
| ARH | Agence Régionale de l'Hospitalisation |
| ARS | Agence Régionale de Santé |
| CAPI | Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles |
| CAQS | Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'organisation des Soins portant sur les transports et sur les médicaments |
| CMU | Couverture Maladie Universelle |
| CNSA | Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie |
| COG | Contrat d'Objectifs et de Gestion |
| CSG | Contribution Sociale Généralisée |
| CRAM | Caisse Régionale d'Assurance Maladie |
| CRAQOS | Contrat ayant pour objet d'améliorer la qualité et la coordination des soins |
| DDASS | Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales |
| DRASS | Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales |
| GIP | Groupement d'Intérêt Public |
| GRSP | Groupement Régional de Santé Publique |
| HAS | Haute Autorité de Santé |
| HMO | Health Maintenance Organization |
| IDS | Institut des Données de Santé |
| LFSS | Loi de Financement de la Sécurité Sociale |
| ONDAM | Objectif National de Dépenses d'Assurance Maladie |
| RSI | Régime Social des Indépendants |
| T2A | Tarification à l'Activité |
| UNCAM | Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie |
| UNOCAM | Union Nationale des Organismes de Complémentaires d'Assurance Maladie |
| UNPS | Union Nationale des Professions de Santé |
| URCAM | Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie |
| URML | Union Régionale des Médecins Libéraux |
| SNIRAM | Système National d'Information Inter-Régime de l'Assurance Maladie |
| SROS | Schéma Régional d'Organisation Sanitaire |



2

LE MANAGEMENT
DE LA PROTECTION
SOCIALE :
TENDANCE ET
ÉVOLUTION

A background image showing a group of people in a meeting or office setting, with a blue gradient overlay. The image is partially obscured by the text and logo.

La pré-instruction des demandes de CMU-C par les CAF dans le cadre de la mise en place du RSA

Jean-François Chadelat
Directeur du Fonds CMU

Raphaëlle Verniolle
Adjoint au Directeur du Fonds CMU

Murielle Angèle
Conseiller technique au Fonds CMU

I. La présentation des dispositions législatives et réglementaires

153

La loi n° 2008-1249 du 1^{er} décembre 2008 généralisant le revenu de solidarité active et réformant les politiques d'insertion est entrée en vigueur le 1^{er} juin 2009 en métropole et entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2011 dans les DOM.

Le RSA est venu se substituer au RMI, à l'API et à trois mécanismes d'intéressement : la prime forfaitaire de retour à l'emploi, la prime de retour à l'emploi et l'intéressement temporaire. La mise en place de ce dispositif met fin à l'attribution de droits connexes directement liés au statut d'allocataire du RMI (exonération du paiement de la taxe d'habitation et de la redevance audiovisuelle, accès de plein droit à la CMU complémentaire).

Il s'agit d'une allocation qui porte les ressources du foyer au niveau d'un revenu garanti. Les personnes sans ressources perçoivent le RSA à taux plein (RSA socle), pour les autres son montant est calculé en fonction des revenus d'activité et est dégressif au fur et à mesure que ces revenus augmentent (RSA activité ou RSA socle activité).

Le RSA poursuit plusieurs objectifs : assurer à ses bénéficiaires des moyens convenables d'existence, encourager l'exercice ou le retour à une activité professionnelle, aider à l'insertion sociale des bénéficiaires et simplifier les mécanismes de solidarité afin de les rendre plus lisibles.

2

LE MANAGEMENT
 DE LA PROTECTION
 SOCIALE :
 TENDANCE ET
 ÉVOLUTION

Pour parvenir à la réalisation de ces objectifs et parce qu'il était nécessaire que les personnes bénéficiant de faibles ressources puissent accéder rapidement et simplement aux soins, un nouvel alinéa a été introduit à l'article L. 861-2 du Code de la Sécurité sociale. Il crée une présomption d'éligibilité à la CMU complémentaire pour les demandeurs du RSA dont les ressources ne dépassent pas le montant forfaitaire du revenu de solidarité active.

Cette présomption d'éligibilité implique que les bénéficiaires du RSA socle se voient attribuer immédiatement la CMU complémentaire, sans étude de leurs ressources. La direction de la Sécurité sociale précise qu'il peut s'agir, dans un premier temps, d'une attribution provisoire, confirmée ou non en fonction de l'attribution du RSA socle (circulaire n° DSS/2A/2009/181 du 30 juin 2009 relative à la couverture maladie des demandeurs et bénéficiaires du revenu de solidarité active).

Toujours dans l'objectif de favoriser l'accès aux soins, l'article 11 de la loi 2008-1249 exclut le RSA des ressources prises en compte. Ainsi, lorsqu'une personne perçoit le RSA au cours de la période de référence examinée pour l'étude du droit à la CMU-C ou à l'ACS, ces versements ne sont pas pris en compte dans les ressources même si, à la date de la demande, l'intéressé n'est plus bénéficiaire du RSA. Cette mesure permet ainsi aux personnes sortant du dispositif RSA de conserver une complémentaire Santé plus longtemps.

Le RSA a été étendu, par le décret n° 2010-961 du 25 août 2010 aux personnes ayant entre 18 et 25 ans, remplissant notamment certaines conditions d'activité. Les mêmes dispositions précitées s'appliquent donc aux bénéficiaires du RSA jeunes, entré en vigueur le 1^{er} septembre 2010 : demande simultanée du RSA et de la CMU-C, attribution immédiate de la CMU-C aux demandeurs dont les ressources sont présumées inférieures au montant forfaitaire du RSA.

Par ailleurs, afin de ne pas pénaliser les bénéficiaires potentiels de la CMU-C ou de l'ACS, les allocataires du RSA jeune ne sont pas exclus du foyer auquel ils restent rattachés en dépit de la perception du RSA jeune.

En effet, par une circulaire du 25 octobre 2010 (n° DSS/2A/2010/381), la direction de la Sécurité sociale précise que l'allocataire du RSA jeune peut bénéficier de la CMU-C à titre personnel ou bien en tant qu'ayant droit de ses parents lorsque ceux-ci sont bénéficiaires de la CMU-C. Les Caisses d'Assurance maladie devant veiller à éviter toute rupture de droit et à assurer une couverture complémentaire par un biais ou un autre.



II. Quelques données sur le non-recours

Les mesures prises dans la loi généralisant le RSA ont pour objectif de réduire les difficultés d'accès aux droits des allocataires du RSA.

En effet, les bénéficiaires du RMI, comme les bénéficiaires du RSA socle aujourd'hui, pouvaient accéder de plein droit à la CMU-C, dans la mesure où ils remplissaient les formulaires de demande et de choix pour la gestion de leurs droits.

Malgré cet accès de plein droit, au 31 mai 2009, la CNAMTS a évalué à 29,40 % le taux de non-recours à la CMU-C des bénéficiaires du RMI. Il semble que les principales raisons de ce phénomène de non-recours soient le manque d'information et l'incompréhension des démarches à accomplir.

Le rôle désormais attribué aux CAF dans l'aide à la constitution des demandes de CMU-C devrait avoir pour effet de faire reculer ce chiffre.

III. Les nouvelles missions des Caisses d'allocations familiales dans l'attribution de la CMU complémentaire

L'article L. 861-5 du Code de la Sécurité sociale précise que les organismes chargés du service du revenu de solidarité active sont habilités à apporter leur concours aux demandeurs et bénéficiaires du RSA socle et à transmettre sans délai la demande et les documents correspondants à l'organisme compétent. Concrètement, cela signifie que, lors du dépôt d'une demande de RSA, il est demandé aux Caisses d'allocations familiales de déterminer si le demandeur du RSA est potentiellement éligible à la CMU-C en fonction du niveau des ressources perçues par l'intéressé.

Le rôle des Caisses d'allocations familiales devient triple : elles doivent recevoir la demande de RSA, déterminer à quel type de RSA le demandeur peut prétendre, enfin lorsqu'il s'agit d'un demandeur potentiellement éligible au RSA socle, l'orienter vers la CMU-C.

En fonction des Caisses, et de l'état de mise en œuvre des nouvelles dispositions législatives, cette dernière action est réalisable selon trois modalités amenées à se succéder dans le temps.

La première consiste pour les Caisses d'allocation familiales à remettre au demandeur une attestation mentionnant que les ressources sont présumées ne pas excéder le montant forfaitaire du RSA, muni de

2

LE MANAGEMENT
 DE LA PROTECTION
 SOCIALE :
 TENDANCE ET
 ÉVOLUTION

ce document le demandeur du RSA peut déposer son dossier de CMU-C auprès de sa Caisse d'Assurance maladie.

Seconde modalité : les Caisses d'allocations familiales aident le demandeur à compléter le formulaire de demande, et transmettent ce formulaire accompagné de l'attestation de ressources inférieures au montant forfaitaire du RSA à la Caisse d'assurance maladie compétente.

Enfin selon une troisième modalité, la plus aboutie, ces éléments sont transmis à la Caisse d'Assurance maladie par flux dématérialisé. La transmission aux CPAM d'une demande totalement dématérialisée est actuellement à l'étude par la direction de la Sécurité sociale.

IV. L'évaluation de la mise en œuvre des nouvelles mesures

156

Les dispositions de la loi généralisant le RSA ont nécessité la mise en place d'une nouvelle organisation au sein des CAF et des CPAM.

En octobre 2009, la CNAMTS a mené une enquête sur la mise en œuvre de cette nouvelle procédure.

D'un point de vue organisationnel, il ressort principalement que 23 % des CPAM avaient conclu une convention avec une CAF et 26 % avaient désigné un interlocuteur dédié pour la CAF.

Concernant l'aide à la constitution du dossier, 53 % des CAF remettaient uniquement l'attestation de demande de RSA socle, 35 % remettaient les imprimés de CMU-C et les orientaient vers les CPAM, 5 % aidaient à compléter le dossier.

Près d'un an après ce premier bilan, la Caisse nationale d'allocations familiales a réalisé en septembre 2010 un état des lieux de la mise en place de cette procédure au sein des Caisses d'allocations familiales.

110 CAF ont répondu à ce questionnaire.

Ce bilan porte sur quatre thématiques :

1. La signature de conventions locales entre les CAF et les CPAM.
2. La formation des agents CAF et extérieurs.
3. L'information des demandeurs et la remise de documentation relative à la CMU-C lors de l'instruction du RSA.
4. Le processus de pré-instruction mis en place.



Au travers de ce bilan, il apparaît que près de 62 % des CAF ont signé une convention avec une CPAM. Ces conventions prévoient les modalités de mise à disposition des documents nécessaires à la demande de CMU complémentaire (formulaire de demande, formulaire de choix de l'organisme complémentaire, liste des organismes complémentaires gérant la CMU-C), la désignation d'un interlocuteur dédié au sein des deux organismes, la définition des circuits de transmission des demandes...

59 % des CAF ont formé leurs agents à la pré-instruction des demandes de CMU-C, certaines d'entre elles ont également assuré la formation d'agents instructeurs du RSA extérieurs aux Caisses d'allocations familiales.

Le bilan révèle que 85,36 % des CAF remettent de la documentation. 54,5 % d'entre elles remettent une attestation d'éligibilité au RSA socle.

Au moment de la diffusion du questionnaire, 36,7 % des CAF aident au remplissage.

S'agissant de la transmission de la demande à la CPAM, 31,8 % des CAF se chargent de cette transmission, 41,8 % laissent le soin à l'allocataire de remettre le formulaire à sa CPAM avec l'attestation de ressources, 13,75 % des CAF proposent à l'allocataire de remettre le formulaire en fonction de la situation, enfin, certaines Caisses n'ont mis en place aucun circuit pour diverses raisons : mise en place prochaine, accord avec les CPAM locales visant à orienter ces bénéficiaires vers les CPAM pour l'instruction de leur demande, accueil commun CAF-CPAM, importantes charges de travail ou manque d'expertise, CAF non instructrice du RSA.

V. La poursuite nécessaire de la montée en charge

La mise en place de la pré-instruction est donc dans une phase de montée en charge.

Dans sa lettre réseau LR-DDO-163/2010, la CNAMTS a informé son réseau de la mise à disposition d'un modèle de convention de partenariat entre CAF et CPAM, ce support a également été transmis à la CNAF. Selon les prévisions de la CNAF, d'ici la fin de l'année près de 80 % des CAF auront signé une convention avec une CPAM et en début d'année 2011, la transmission automatisée sera mise en place. En attendant, chaque trimestre, des échanges dématérialisés destinés à repérer les bénéficiaires du RSA socle ne bénéficiant pas de la CMU complémentaire sont en place entre les CAF et les CPAM.

2

LE MANAGEMENT DE LA PROTECTION SOCIALE : TENDANCE ET ÉVOLUTION

Dans le cadre de ces échanges, des courriers sont envoyés automatiquement aux allocataires du RSA socle afin de les informer de leur droit à la CMU complémentaire.

Le Fonds CMU en partenariat avec une Caisse d'allocations familiales initie également une démarche d'évaluation de la mise en œuvre de la pré instruction. Les résultats de cette enquête feront l'objet d'une publication.

Plates-formes téléphoniques et Caisses d'allocations familiales

Christophe Demilly

Directeur de la CAF d'Ille-et-Vilaine, Professeur associé à l'IEP de Rennes

Depuis quelques années les Caisses d'allocations familiales développent des plates-formes téléphoniques à vocation régionale ou nationale.

Ces centres d'appel correspondent à la fois à une volonté de répondre à une attente des allocataires qui souhaitent pouvoir régler rapidement des questions par téléphone, à une stratégie d'optimisation des processus et enfin à la nécessité de faire face à une forte tension que connaît le réseau dans l'écoulement de la charge.

Ces centres d'appels qui font appel à des technologies et des procédures très spécifiques (I) réinterrogent les CAF sur leur mission de Service public (II) et ne sont pas sans impact sur leur organisation (III).

159

I. Les caractéristiques des plates-formes téléphoniques

La mise en place d'une plate-forme téléphonique induit une forte automatisation de tout le processus de travail, à savoir la distribution des appels, les procédures de traitement et la supervision.

A. Gestion en flux continu des appels entrants

Les autocommutateurs gèrent et distribuent un grand nombre d'appels téléphoniques entrants. Ils offrent la possibilité de configurer des groupes d'opérateurs auxquels correspondent des « files d'attente » ; aussitôt un appel terminé, l'appel suivant en attente dans la file est présenté au télé-conseiller du groupe correspondant. Entre-temps l'appelant aura patienté avec divers messages d'attentes.

Cette génération d'autocommutateurs comporte également des fonctions de gestion des débordements de manière à ce qu'en cas de saturation des postes d'opérateurs, on puisse acheminer automatiquement le

2

LE MANAGEMENT
 DE LA PROTECTION
 SOCIALE :
 TENDANCE ET
 ÉVOLUTION

surplus de trafic sur des opérateurs en réserve. Il comporte également, si le besoin s'en fait sentir, des outils de « dissuasion » à l'intention des appelants.

En outre, il est possible de paramétrer des règles de priorité pour la distribution des appels permettant par exemple d'affecter un appel entrant à l'opérateur qui présente la disponibilité la plus longue ou de distribuer l'appel qui a été le plus longtemps en instance dans une file d'attente.

Enfin ces autocommutateurs disposent de fonctionnalités de supervision qui permettent à un gestionnaire d'intervenir en temps réel sur la configuration des groupes et des files d'attente, afin, par exemple, de rééquilibrer la répartition des flux.

Ces fonctions de supervision s'accompagnent de fonctions de reporting permettant d'obtenir des éditions détaillées relatives à l'activité des téléconseillers ainsi que la quantification des appels entrants ou sortants.

B. Couplage du téléphone et de l'ordinateur

Les autocommutateurs sont de véritables ordinateurs et peuvent converser avec d'autres. Cela présente bien des avantages dans un contexte de plate-forme d'appels.

L'interfaçage entre un autocom et un système tel que « NIMS » pour les CAF permet d'identifier l'appelant par son numéro d'allocataire. Le téléconseiller peut, en une fraction de seconde, lire les données principales de la situation de son interlocuteur.

Ce système présente l'intérêt de limiter les manipulations informatiques répétitives, d'abréger les temps de réponse, d'augmenter la productivité dans le traitement des appels et de personnaliser l'accueil, ce qui rend l'échange plus cordial.

C. Normalisation des procédures de travail

L'objectif de toute plate-forme téléphonique est de traiter le maximum d'appels entrants de la façon la plus pertinente possible. Il faut pour cela des durées de communication courtes. Si l'on prend l'exemple de la plate-forme des CAF de Bretagne-Normandie, la durée retenue est de 3 mn à 3,30 mn maximum.

Pour répondre rapidement et efficacement les procédures de travail sont normalisées.



Les CAF utilisent divers outils tels que @doc, des kits spécialisés comme celui utilisé lors de la mise en place du RSA ou des « scripts questions/réponses » qui servent de fil rouge dans la communication avec l’allocataire.

D. Système élaboré de supervision, de contrôle et de statistiques de l’activité

Les outils de supervision d’un distributeur d’appels automatiques (ACD en anglais) permettent de fournir à la fois un historique et quasiment en temps réel un ensemble d’informations sur le trafic téléphonique traité par la plate-forme d’appels.

À l’aide de ces informations les « superviseurs » peuvent intervenir en direct sur la configuration de l’ACD et des files d’attentes afin d’améliorer les performances. Ils peuvent donc opérer des suivis individuels et être très « présents » auprès des téléconseillers.

E. Plusieurs typologies possibles

Plusieurs typologies sont possibles :

- les plates-formes peuvent être « d’appui » ou se substituer complètement à l’accueil téléphonique traditionnel et interne des CAF ;
- les plates-formes peuvent être locales (ce qui est déjà le cas depuis de nombreuses années), régionales ou à vocation nationale (comme c’est le cas avec les quatre plates-formes traitant des allocations logement des étudiants : Évry, Toulouse, Rennes et Nantes) ;
- les plates-formes peuvent être constituées sur des plateaux ou être virtuelles. Dans ce dernier cas, des agents de plusieurs organismes sont « détachés » de leur travail et répondent aux flux téléphoniques dirigés sur leur poste ;
- les plates-formes peuvent être « généralistes », les téléconseillers répondant à toutes les questions, ou être spécialisées sur des thèmes précis ;
- les plates-formes peuvent être de nature privée ou gérées par les CAF elles-mêmes.

Ces quelques éléments nous donnent un aperçu du fonctionnement des plates-formes téléphoniques et nous montrent à quel point nous sommes éloignés d’un système où le technicien gestionnaire du dossier de l’allocataire est également son interlocuteur privilégié au téléphone.

2

LE MANAGEMENT
 DE LA PROTECTION
 SOCIALE :
 TENDANCE ET
 ÉVOLUTION

Si les plates-formes bouleversent l'architecture traditionnelle de l'accueil téléphonique, elles réinterrogent également les fondamentaux de notre Service public.

II. Les plates-formes interrogent les fondements du Service public

A. L'accueil téléphonique et le cœur de métier

Que signifie un accueil téléphonique pour une Caisse d'allocations familiales ?

Les renseignements fournis ne sont pas anodins. Il ne s'agit pas de réservations de places de théâtre ou d'horaires de train.

La CAF est un organisme qui gère des prestations à caractère familial et social. Les réponses apportées sont souvent vitales pour les demandeurs et il n'y a pas de place pour l'erreur ou l'approximation.

Faut-il rappeler que pour nombre d'allocataires les prestations versées par les CAF leur permettent tout simplement de vivre. À la CAF d'Ille-et-Vilaine, par exemple, pour près de 18 % des allocataires les prestations représentent plus de 50 % de leurs ressources. On imagine donc aisément l'impact sur ces personnes si la réponse téléphonique est de mauvaise qualité ou erronée.

La réponse téléphonique n'est donc pas un périphérique du traitement des dossiers. Répondre en « bon professionnel » au public allocataire et en particulier aux plus défavorisés est au cœur du métier des CAF.

Partant de ce constat, la question de la délégation de la gestion de ce service est posée.

Peut-on déléguer ce qui est l'essence même du métier de technicien CAF ?

Certaines CAF testent déjà cette possibilité avec des sociétés privées. Cette position fait débat au sein de la branche et met en exergue la tension entre la volonté de sauvegarder un Service public à la française avec toutes ses valeurs et la nécessité de trouver des solutions efficaces pour faire face à une difficulté d'écoulement de la charge de travail.

Parallèlement, la branche famille expérimente une délégation de ce service à des centres d'appel composés de nouvelles recrues mais sous gestion directe des CAF.

Cette solution semble plus consensuelle au sein du réseau des CAF.

B. La plate-forme téléphonique et la qualité de Service public



Le gestion des appels entrants par des plates-formes est-elle de nature à améliorer le service rendu aux allocataires ?

Le premier réflexe, un peu conservateur, serait de répondre par la négative. Comment des « non-techniciens » pourraient-ils apporter des réponses de qualité aux usagers ?

L'expérience montre que la réalité est différente.

D'abord, et c'est l'objectif même d'une plate-forme, l'allocataire obtient plus facilement un interlocuteur au bout du fil... du moins si la plate-forme est bien configurée.

Ensuite les téléconseillers sont formés à être performants sur la forme. Ils savent accueillir les appelants avec « enthousiasme » en déclinant le nom de l'organisme, leur nom et prénom. Ils n'ont pas de problème à révéler leur identité ce qui n'est pas toujours le cas dans les organismes...

Les téléconseillers sont également formés à avoir une écoute active, une écoute de qualité, à s'impliquer dans la conversation afin de satisfaire au mieux l'appelant.

Enfin, toujours sur la forme, ces techniciens assurent un « service après vente ». Ils assurent soit un suivi en rappelant l'allocataire si cela s'avère nécessaire, soit une réorientation en transférant l'appel vers un technicien aux compétences plus appropriées. En aucun cas l'allocataire n'est obligé de rappeler lui-même un autre interlocuteur.

Chaque appel est conclu par une prise de congé personnalisé.

Sur le fond, les personnels des centres d'appels traitent principalement des réponses dites de « premier niveau », c'est-à-dire des questions qui appellent des réponses non complexes. Cela concerne 80 % des appels entrants. La réponse donnée est sûre.

Le problème se pose concernant les dossiers « complexes » qui nécessitent une approche globale du dossier. Dans ce cas, comme nous venons de le voir, l'appel sera dirigé vers un technicien plus confirmé.

Les centres d'appels des CAF améliorent donc l'accueil téléphonique tant sur la forme que sur le fond et contribuent donc à une amélioration du service rendu... et donc à une meilleure image de marque.

2

LE MANAGEMENT
 DE LA PROTECTION
 SOCIALE :
 TENDANCE ET
 ÉVOLUTION

III. Les plates-formes interrogent l'organisation du Service public

A. La plate-forme, reflet d'une volonté de mutualisation ou de centralisation

Comme cela a déjà été indiqué, la plate-forme téléphonique répond à un besoin de rationalisation, d'optimisation des processus.

C'est dans cet esprit d'ailleurs que nombre d'organismes de Sécurité sociale se regroupent soit au sein d'un département (c'est le cas des CAF) soit au sein d'une région comme le font les URSSAF.

Les instances politiques de la branche famille n'envisagent aucunement des fusions entre Caisses départementales. En d'autres termes, la régionalisation n'est pas inscrite à l'agenda...

Néanmoins, la Convention d'objectifs et de gestion envisage des actions de mutualisation, considérant celle-ci comme un « levier d'amélioration de la performance économique de la branche ».

La CNAF a listé les domaines mutualisables : achats, éditique, numérisation, paie, contentieux et gestion des migrants.

Curieusement, la réponse téléphonique n'y figure pas. Et pourtant des expériences de mutualisation de l'accueil téléphonique existent et donnent des résultats encourageants. La question maintenant est de savoir si une pérennisation est envisageable... dans un contexte où la branche famille est dans une logique de suppressions d'effectifs et non de recrutements.

Par ailleurs, la CNAF a organisé des plates-formes à vocation nationale. C'est le cas des quatre centres mis en place pour répondre aux demandes portant sur l'allocation logement étudiant. La question de l'avenir de ces centres est également posée.

B. La plate-forme impacte la politique de gestion des ressources humaines

1. Le dimensionnement des effectifs : une question cruciale

Comme sur une chaîne de production qui doit fonctionner en flux tendu, le dimensionnement de la plate-forme constitue un point crucial.

Le sous-dimensionnement par rapport à l'importance du trafic se traduit par une mauvaise qualité de service et un stress important pour le personnel.

Le surdimensionnement coûte cher et l'institution n'en a pas les moyens.

Afin de pouvoir « coller » aux besoins des clients tout en recherchant une rentabilité interne, les besoins de flexibilité peuvent s'avérer importants, d'autant qu'il est difficile de prévoir les hypothèses de trafic.



2. Nouvelles pratiques de recrutement

La constitution de centres d'appels a permis à des Caisses d'allocations familiales de développer de nouvelles formes de recrutement. Il a fallu en effet, dans des temps très contraints, recruter des groupes de 20 à 35 personnes et les former.

La CAF d'Ille-et-Vilaine a travaillé avec Pôle Emploi et a procédé aux recrutements avec la méthode dite des « habiletés ».

Le résultat a été très concluant et les « jeunes recrues » s'avèrent être très motivées et performantes.

3. Des nouveaux métiers

Après leur recrutement, les nouveaux salariés sont formés au métier de téléconseiller par des techniciens conseil experts. C'est un métier à part entière, exigeant et qui demande beaucoup de compétences : amabilité, empathie, bonne élocution, sens de la reformulation, connaissance des textes et de l'institution, etc.

Les CAF ont dû adapter leur politique de formation afin de tenir compte à la fois des délais très courts qui leur étaient imposés mais aussi des champs d'intervention très précis et des compétences requises en termes de « relationnel ».

Le métier de superviseur prend une dimension nouvelle avec les plates-formes. Son rôle et ses compétences participent activement à l'efficacité d'un plateau.

4. Une gestion difficile des carrières

La gestion des carrières n'est envisageable que dans les cas où les téléconseillers peuvent bénéficier de contrats à durée indéterminée... Malheureusement, ce n'est pas le cas concernant les salariés des centres d'appel gérés par les CAF. Il s'agit d'agents à contrats à durée déterminée recrutés à l'extérieur de l'organisme.

2

LE MANAGEMENT
 DE LA PROTECTION
 SOCIALE :
 TENDANCE ET
 ÉVOLUTION

En effet, compte tenu de la charge de travail, le recrutement ne s'est pas traduit par des prélèvements sur des effectifs existants. Généralement, ils ne travaillent que dans la limite de six mois pour tenir compte des contraintes de la convention collective UCANSS.

La seule gestion de carrière envisageable pour les téléconseillers est la possibilité d'être intégrés dans un processus de formation afin de devenir technicien conseil au sein d'une CAF.

Par ailleurs, le niveau de recrutement est très faible puisque généralement les téléconseillers sont recrutés à un niveau inférieur à celui des techniciens conseils, soit le niveau 2 de la convention collective. Les salaires ne sont donc pas attractifs...

Malgré cela, si l'on s'en tient à l'expérience de la CAF d'Ille-et-Vilaine, la motivation n'est pas un problème et l'implication des téléconseillers est réelle.

5. Les conditions de travail et perception des salariés concernés

Le métier de téléconseiller comporte des aspects tant positifs que négatifs.

Des facteurs positifs :

- Le métier de téléconseiller bénéficie d'une image de marque de modernité. C'est un métier jeune et en constante évolution.
- C'est un métier de communication et les téléconseillers représentent la « vitrine commerciale » de l'organisme.
- C'est un poste qui bénéficie d'une formation initiale ce qui représente un acquis pour la suite du parcours professionnel.
- Le poste de téléconseiller comprend moins de charge mentale qu'un poste de technicien conseil ou qu'un poste d'agent d'accueil.

Des facteurs négatifs :

- Le travail sur une plate-forme téléphonique peut engendrer des situations de stress mental.
- Plus que la nature du travail, c'est le rythme du travail qui peut être mal vécu sachant que pour certains la difficulté ne réside pas dans le nombre d'appels mais dans la nécessité de s'adapter continuellement à la personnalité de chaque interlocuteur. Ce phénomène s'accroît quand la plate-forme est en sous effectif.



- L'irrégularité du flux téléphonique et le fait de ne pas pouvoir maîtriser leur rythme de travail sont également vécus comme des contraintes majeures.
- Enfin, les salariés peuvent vivre difficilement les possibilités de contrôle, de « flicage » diront certains, du superviseur.
- Le caractère taylorisé peut également être plus ou moins bien vécu : peu d'autonomie et peu de suivi de dossiers même initialisés par le téléconseiller.
- Les plates-formes sont souvent bruyantes même si des efforts importants sont consentis afin d'atténuer les niveaux sonores. Cela est, sans aucun doute, une source supplémentaire de stress.
- Dernier point, les téléconseillers sont astreints à des horaires de travail plus contraignants que les autres techniciens de la Caisse bénéficiaires d'horaires plus souples.

6. Une inquiétude des représentants du personnel

Les instances représentatives du personnel, et il faut y ajouter les inspecteurs du travail, sont très vigilants sur les conditions de travail des téléconseillers.

Aménagement du temps de travail, durée des pauses, niveau de recrutement, évolution des carrières, contrôles personnalisés, autant de sujets qui préoccupent et qui peuvent faire l'objet de négociations et d'accords collectifs notamment si les plates-formes sont amenées à être pérennisées.

7. La perception des techniciens conseil

La perception de ces plates-formes par les techniciens conseil de la CAF est assez ambiguë.

D'un côté, ils apprécient l'aide apportée par les téléconseillers. Cela leur permet de se consacrer exclusivement au traitement des dossiers et d'être moins sollicités par le téléphone (cela les arrange d'autant plus que la réponse téléphonique n'est pas la tâche la plus appréciée des techniciens). De l'autre, ils acceptent assez mal la « concurrence » des mêmes téléconseillers craignant d'être dépossédés d'une partie de leur métier.

Le développement des centres d'appel n'est pas sans inquiéter les salariés et leurs représentants. Ils s'interrogent sur le devenir de la relation téléphonique traditionnelle et se demandent pour combien de temps encore ces plates-formes téléphoniques n'auront qu'un rôle d'appui.

2

LE MANAGEMENT DE LA PROTECTION SOCIALE : TENDANCE ET ÉVOLUTION

De plus, à l'instar d'autres pays européens, ils se demandent si on ne s'oriente pas rapidement vers l'externalisation totale de la fonction téléphone vers le « privé ».

La branche famille a entamé une réflexion profonde sur ces changements d'organisation et à la lumière des expérimentations en cours clarifiera rapidement sa stratégie dans ce domaine.

S'unir pour mieux lutter contre la fraude

Christophe Demilly

Directeur de la CAF d'Ille-et-Vilaine, Professeur associé à l'IEP de Rennes

Le 17 novembre 2006 les organismes nationaux de Protection sociale signaient une convention de mutualisation des informations dans le cadre de la lutte contre la fraude.

Il s'agissait de mettre un terme à la frilosité de certains organismes qui se retranchaient encore trop souvent derrière le secret professionnel et de donner une impulsion au dispositif de lutte contre la fraude sociale dont les Pouvoirs publics ont fait un enjeu majeur depuis la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2006.

Le 8 janvier 2008, les CAF, CPAM, URSSAF, MSA Bretonnes, la CRAM (devenue CARSAT), le Pôle Emploi et le RSI, signaient à l'échelon régional une déclinaison de la convention nationale intitulée « convention de partenariat entre les organismes de Protection sociale de la région Bretagne destinée à renforcer la prévention et la lutte contre la fraude ».

L'objectif était donc de développer les échanges d'informations entre les organismes pour mieux prévenir, détecter et réprimer la fraude.

Le challenge était de faire vivre la convention en dépassant la simple déclaration d'intention.

Comment créer la synergie entre les 19 organismes de Protection sociale appartenant à la convention pour atteindre les objectifs fixés ?

Quels résultats ont été obtenus ?

Quel est l'avenir de la convention régionale avec l'émergence des Comités opérationnels départementaux antifraude (CODAF), la mise en œuvre du Répertoire national commun de la Protection sociale (RNCPS) ?

2

LE MANAGEMENT
DE LA PROTECTION
SOCIALE :
TENDANCE ET
ÉVOLUTION

I. L'objectif : développer l'échange d'informations entre 19 organismes issus de branches différentes

A. La clé d'entrée : apprendre à se connaître

Très vite un réseau des référents fraude a été créé au niveau régional.

Un premier séminaire a eu lieu en juin 2008 au cours duquel chaque branche de Protection sociale a présenté aux autres ses missions principales, les types de fraude auxquels elle était exposée, les moyens mis en œuvre pour les prévenir et les détecter. Un inventaire des besoins et de l'offre d'information de chaque branche a été dressé.

Restait ensuite à organiser les modalités des échanges d'informations.

B. L'échange d'informations

Plusieurs outils communs ont été mis en place :

- un répertoire des référents fraude de chaque branche et leurs coordonnées ;
- un modèle-type de demande de renseignements qui permet aux organismes de se solliciter les uns, par mails ;
- un outil de gestion qui intègre non seulement une fiche de signalement de fraude automatisée, mais qui permet aussi un suivi automatisé des signalements au niveau local, au niveau de la branche et au niveau inter-branches ;
- une cartographie croisée des risques afin que chaque organisme puisse identifier quel type de fraude dont il est victime peut entraîner une fraude dans un autre organisme. Par exemple, une fraude à la résidence ou à l'identité peut potentiellement impacter toutes les branches hormis l'URSSAF, alors qu'une fraude à la situation familiale va principalement intéresser la CPAM ;
- une grille recensant les données détenues par chaque organisme dans son propre système d'information et dans les systèmes auxquels il a légalement accès. Par exemple les CAF ont accès au Répertoire national des bénéficiaires (RNB), à AIDA (données du Pôle Emploi), aux ressources déclarées à la DGFIP.

Au-delà de ces outils mutualisés, l'efficacité de la convention repose sur le dynamisme du réseau.

II. L'enjeu : travailler en synergie grâce à un réseau dynamique



La convention repose sur un comité de pilotage, instance décisionnelle qui se réunit 2 fois par an et un comité de suivi, instance opérationnelle qui se réunit en moyenne 8 fois dans l'année.

Ce comité consolide périodiquement les résultats des signalements et analyse les cas de fraude.

Il assure également une veille juridique, un suivi de l'actualité de la fraude que ce soit au niveau national ou au niveau de chaque branche, le développement de nouveaux partenariats, le partage d'expériences.

Sur ce dernier point par exemple la CARSAT de Bretagne s'est récemment dotée d'un corps d'agents de contrôles. Elle a naturellement sollicité la CAF, dont les agents de contrôle comptent des années d'expérience, pour que ces derniers fassent découvrir le travail sur le terrain à leurs collègues.

Le point d'orgue de l'animation du réseau est l'organisation d'un séminaire annuel qui réunit une cinquantaine de référents fraude.

Au programme : le bilan annuel de la convention, la présentation des outils de gestion, des travaux en atelier (la cartographie croisée des risques a été élaborée dans ce cadre), la présentation de partenaires.

La DGFIP, le Procureur de la République, le GIR (Groupement d'intervention régional), la DIRECCTE, Le CNSE (Centre national de soins à l'étranger), l'AGS (Association pour la gestion du régime de garantie des créances de salariés), sont ainsi venus présenter leurs missions, leur organisation en matière de lutte contre la fraude sociale et les liens avec les organismes de Protection sociale.

Lors du dernier séminaire, un représentant de la DNLF (Délégation nationale à la lutte contre la fraude) est venu présenter l'actualité nationale en matière de lutte contre la fraude.

III. Le bilan : une action partenariale qui montre son efficacité

A. Les chiffres

1 739 signalements de fraudes potentielles dans un autre organisme ont été échangés en 2009, ce qui représente un montant total de préjudice de 4 millions d'euros pour l'ensemble des organismes.

2

LE MANAGEMENT
 DE LA PROTECTION
 SOCIALE :
 TENDANCE ET
 ÉVOLUTION

22 % des signalements échangés ont permis de détecter des anomalies chez un partenaire et/ou de mettre à jour des dossiers, ce qui a permis notamment d'éviter des paiements à tort de prestations.

3 % des signalements ont permis de détecter de véritables fraudes en cascade, c'est-à-dire des fraudes impactant au moins 2 organismes signataires de la convention.

625 000 € d'indus frauduleux ont ainsi été détectés suite à ces fraudes en cascade. Il s'agit essentiellement de fraudes liées aux ressources, à la situation familiale, à l'identité, à la résidence.

B. L'exemple du faux jumeau

Un des cas détecté, qui illustre le mieux les ramifications multiples que peut avoir un cas de fraude est celui de l'assuré social qui s'était inventé un faux jumeau.

Le Pôle Emploi a découvert que deux de ses allocataires qui avaient le même nom, la même date de naissance, la même adresse, mais qui portaient des prénoms différents étaient en réalité une seule et même personne, l'allocataire s'étant inventé un frère jumeau.

Le Pôle Emploi a donc signalé le cas de fraude aux autres organismes.

La CPAM et l'URSSAF ont constaté qu'elles étaient, elles aussi, victimes de la supercherie. Le fraudeur obtenait non seulement des prestations pour une personne fictive, mais aussi de façon abusive des prestations pour lui-même en usant de divers stratagèmes : production de faux bulletins de salaires, de bulletins de salaires majorés, fausses déclarations en tout genre auprès de chaque organisme.

La CRAM de son côté, a invalidé les fausses périodes de chômage qui lui avaient été déclarées, et évite ainsi de payer dans l'avenir des montants importants de pensions de retraite indues.

Quant à la CAF, elle connaissait aussi l'intéressé pour avoir été victime de fausses déclarations de sa part il y a plusieurs années.

À côté de cette affaire qui a donné lieu à d'importants préjudices constatés et évités (près de 200 000 €), il y a des cas plus simples mais systématiques : un allocataire qui perçoit le RSA n'a pas le droit à la CMU prise en charge par la CPAM.

C. La répression concertée

En outre, le dispositif a un caractère plus dissuasif pour les assurés sociaux lorsqu'ils reçoivent des notifications de trop-perçus de plusieurs organismes et qu'ils subissent des sanctions également multiples : plainte, pénalités financières, etc. C'est évidemment plus inconfortable que lorsqu'un seul organisme réagit.



Ainsi récemment la CAF et la CPAM se sont constituées partie civile simultanément devant le tribunal correctionnel dans le cadre d'une usurpation d'identité détectée grâce au RNB et le fraudeur a été condamné à 8 mois de prison avec sursis et à rembourser à la CAF 30 000 € de dommages et intérêts et 150 000 € à la CPAM.

D. Les effets positifs non chiffrés

Les référents fraude de la région ont pu mesurer grâce à ce bilan l'efficacité de leurs actions et tout l'intérêt du travail en réseau. Beaucoup d'entre eux ont aussi souligné que les demandes de renseignements d'un organisme à un autre ont été facilitées (un simple coup de téléphone entre référents fraude suffit) et qu'elles permettent régulièrement de confirmer des suspicions de fraude impactant seulement l'organisme en demande.

Ces effets du partenariat ne sont pas chiffrés car ils n'impactent pas plusieurs organismes mais ils sont d'une grande utilité pour chacun des signataires de la convention.

E. La communication

Prévenir la fraude, c'est aussi communiquer. En marge de la campagne nationale de communication initiée par les Pouvoirs publics, le comité de pilotage de la convention veille à communiquer régulièrement au plan régional. La signature de la convention avait bien entendu fait l'objet d'une conférence de presse. La présentation du bilan 2009 a été l'occasion d'organiser une nouvelle conférence de presse.

IV. Les perspectives

A. Le développement de partenariats novateurs

La convention régionale s'apprête à intégrer deux partenaires peu connus, mais très actifs et très utiles dans le domaine de la lutte contre la fraude sociale.

2

LE MANAGEMENT
 DE LA PROTECTION
 SOCIALE :
 TENDANCE ET
 ÉVOLUTION

➤ **Le Centre national de soins à l'étranger (CNSE)**

Le Centre national de soins à l'étranger créé en 2006 dans les locaux de la CPAM de Vannes, gère les remboursements de soins à l'étranger. La centralisation de ces dossiers complexes dont les justificatifs émanent de médecins ou de structures médicales étrangères a pour objectif d'assurer une offre au service homogène sur le territoire et surtout de faciliter la détection des abus et des fraudes.

Dans le cadre de sa mission, le CNSE est en mesure de repérer de longs séjours à l'étranger qui peuvent avoir des incidences sur les prestations ou prises en charge subordonnées à la condition de résider en France (ex. : prestations non exportables : prestations versées par la CAF, par le Pôle Emploi).

Les signalements de fraude du CNSE vont donc permettre de redresser de nombreuses situations. Par ailleurs le CNSE permettra de conforter les doutes des organismes sur la réalité de la résidence en France dans certains dossiers.

➤ **L'Association pour la gestion du régime de garantie des créances de salariés (AGS)**

L'AGS est un organisme qui a pour objet de garantir le paiement des salaires aux salariés dont l'entreprise est en redressement, en liquidation judiciaire ou en procédure de sauvegarde lorsque l'actif de l'entreprise ne le permet pas.

L'AGS est tenue d'honorer cette garantie des salaires dans un délai très court, ce qui l'expose à d'importants risques de fraudes : salariés fictifs ou dirigeants se faisant passer pour des salariés notamment.

Or ces salaires fictifs donnent des droits bien réels auprès du Pôle Emploi, de la CARSAT, de la CPAM, etc.

B. L'apport du RNCPS

Le RNCPS a été institué par l'article L. 114-12-1 du Code de la Sécurité sociale et autorisé par le décret n° 2009-1577 du 16 décembre 2009.

Il recense les bénéficiaires de prestations sociales et toutes les prestations qui leur sont versées. Il permet sur la base du numéro de Sécurité sociale qui constitue l'identifiant et la clé d'accès au répertoire de connaître

les organismes auxquels une personne est rattachée et les prestations qui lui sont servies, à l'exception des montants.

Chaque organisme indique l'adresse déclarée par le bénéficiaire pour le versement des prestations.



Cet outil va sans aucun doute donner plus d'efficacité à la convention régionale. Les organismes partenaires vont pouvoir faire des recoupements en temps réel sur les adresses. Ils pourront également repérer plus facilement si la fraude détectée au sein de leur organisme aura ou risquera d'avoir des répercussions sur un partenaire. Les signalements de fraude d'un organisme à l'autre pourront être faits à meilleur escient.

C. L'articulation avec les CODAF

Créés par le décret du 25 mars 2010, les CODAF ont vocation à coordonner la lutte contre la fraude à l'échelon départemental et à organiser des actions concertées entre les institutions de l'État (préfet, procureurs, police, gendarmerie, DGFIP, etc.) et les organismes de Protection sociale.

Cette organisation au niveau départemental est-elle de nature à remettre en cause la pérennité de la convention régionale ?

En principe non. Au contraire les CODAF pourront s'appuyer sur le réseau régional qui dispose déjà de référents parfaitement identifiés, habitués à travailler ensemble depuis 2 ans et demi. Les fraudes impactant plusieurs organismes de Protection sociale d'un même département pourront être remontées au CODAF grâce à l'outil de gestion et de suivi des signalements. Les liens avec les services de la gendarmerie, de la police et du parquet pourront être plus facilement mis en œuvre pour les suites à donner à ces fraudes. Les partenariats avec la DGFIP, la préfecture seront aussi mieux appréhendés.

La DGFIP d'Ille-et-Vilaine souhaite d'ailleurs signer une convention avec les organismes de Protection sociale, s'inspirant en partie de la convention régionale.

Les expériences intéressantes d'un CODAF pourront être relayées vers les autres départements de la région.

La convention régionale devrait donc demeurer une instance privilégiée de mutualisation pour les organismes de Protection sociale de Bretagne.



Les URSSAF ¹ peuvent-elles postuler au label « entreprise socialement responsable » ?

Vincent Ravoux
Directeur général de l'URSSAF

Yves Rebouillat
Directeur de l'organisation de l'URSSAF de Paris/région parisienne²

Tenter de répondre à la question qui fait titre constitue une entreprise passionnante et particulièrement ambitieuse.

Passionnante, parce que les composants de la Responsabilité sociale de l'entreprise (RSE) tels qu'ils ont été construits et affinés au cours des dernières années ³ s'étendent à un périmètre en telle expansion – certains auteurs préfèrent parler de « responsabilité sociétale » pour marquer le passage à un pallier haut et multidimensionnel – que prendre la bonne mesure du sujet exige un investissement culturel vivifiant. Traiter la question posée implique un examen averti, long et documenté, avec des interrogations et des occasions de débats sur bien des sujets, avec des chances de consensus fortes.

Ambitieuse, voire irréaliste, parce qu'en entreprenant pareille aventure, deux dirigeants d'une URSSAF, engagés dans la défense et l'illustration de leur institution, s'exposent au risque de « grave conflit d'intérêt » intellectuel même si leurs intentions sont louables et la quête d'objectivité réelle. Une évaluation, pour être complètement sincère, doit être confiée

1. Particulièrement celle de Paris/région parisienne.

2. Le contenu de cet article n'engage que ses auteurs.

3. Du souhait de Jacques Delors formulé en 1993 de lutter contre l'exclusion sociale alors qu'il était président de la commission européenne en passant par le « Pacte mondial » lancé à Davos en 1999 par Kofi Annan alors secrétaire de l'ONU, repris en juillet 2000 au cours d'une session de l'ONU à New York, en passant encore par la loi française de mai 2001 sur les nouvelles régulations économiques, par le « livre vert » de la commission européenne de juillet 2001 intitulé « promouvoir un cadre européen pour la responsabilité sociale des entreprises », par le Grenelle de l'environnement en 2007 et ses suites, les bilans tirés des actions menées, les réflexions des cabinets d'audit et des barreaux européens, les travaux de l'Observatoire (français) sur la RSE, les réflexions des organisations professionnelles patronales et de salariés, ... jusqu'aujourd'hui. Compte aussi dans la promotion de ces problématiques à un niveau plus global de la prise en compte du développement durable, l'organisation des « Sommets de la terre » (rencontre des dirigeants des États tous les 10 ans depuis 1987, traitant à l'origine de l'environnement puis du développement durable) : Rio de Janeiro en 1992 (l'agenda 21 qui y a été adopté constitue une référence en matière de développement durable) ; Johannesburg en 2002 qui a pris pour dénomination « Sommet mondial sur le développement durable » (SMDD).

à des tiers indépendants, formés pour poser ce type de diagnostic, compétents dans les domaines sous vérification et expérimentés. En revanche, ces mêmes responsables, à l'issue d'une toute première approche, devraient pouvoir fournir à certaines de leurs « parties prenantes »⁴ une indication sur l'intérêt ou (et ?) les chausse-trappes qu'il y aurait à se lancer dans une démarche publique, d'affichage de la « responsabilité sociétale » d'un organisme de Sécurité sociale.



Mais nous n'en sommes pas là. Tentons d'abord d'apporter les éléments de culture nécessaire à la compréhension du sujet et puis, ... traitons-le, ... modestement.

La littérature – rapports d'études, textes législatifs et réglementaires français et internationaux, prises de position, conseils... – traitant de la RSE est foisonnante. Les juristes, les économistes, les politiques, les entrepreneurs, les organisations professionnelles, les organismes internationaux publics et privés, « tout le monde en parle », dans un langage partagé et qui fait sens : un domaine identifiable assorti d'exigences est né au croisement d'approches variées dont la finalité est le développement de l'homme au sein d'une société accueillante dans son environnement naturel préservé. De quoi s'agit-il (I) ? Si le domaine de la RSE est reconnaissable, ses objets, ses composants, ses « référentiels », trouvent-ils dans les URSSAF un terrain d'application, y a-t-il des voies de passage vers un dispositif analogue (II) ? Et pour conclure, les URSSAF auraient-elles une chance de se voir reconnaître qu'elles sont engagées dans une démarche d'entreprise socialement responsable (III) et donc de répondre à l'un des engagements pris par la branche pour la période 2010-2013⁵ ?

I. La « RSE » : de quoi parle-t-on ?

Les définitions sont nombreuses. La formulation suivante pourrait constituer une synthèse acceptable.

4. Voir un peu plus loin.

5. Point 11-2 de la Convention d'objectifs et de gestion 2010-2013 signée en l'État et l'ACOSS, « Renforcer l'engagement de la branche dans la politique de développement durable ».

2

LE MANAGEMENT
 DE LA PROTECTION
 SOCIALE :
 TENDANCE ET
 ÉVOLUTION

La responsabilité sociale – ou sociétale⁶ – de l'entreprise désigne les contributions de celle-ci aux enjeux du développement durable dans les trois sphères environnementale, sociale et économique.

Les engagements pris dans le cadre de cette démarche excèdent les obligations légales et réglementaires, ils sont volontaires, pris par le chef d'entreprise et partagés au sein de son état-major ; ils s'inscrivent dans un dispositif de gouvernance.

Passons en revue les catégories du « langage » RSE.

L'engagement RSE est pris par une entité à l'égard d'autres entités et d'individus (A) en vue d'accorder des « avantages » matériels ou immatériels (B) sur la base de références tangibles (C), le tout encouragé par des autorités et des institutions nationales et transnationales (D) autour d'une obligation de rapportage⁷ (E).

A. Les acteurs concernés

Au-delà de l'opinion publique, les acteurs au profit concret desquels les engagements sont pris, sont appelés les « parties prenantes ». Elles sont internes à l'entreprise et externes.

Un mouvement historique, parti du souci de rassurer, de convaincre le client potentiel, puis le client réel, s'est étendu à d'autres parties : le personnel de l'entreprise, ses fournisseurs et sous-traitants, ses partenaires et les autorités.

B. Les bénéficiaires attendus

Les premières initiatives sous projecteurs prises dans cette voie ont été le fait de firmes multinationales⁸ en quête d'un argument « éthique » à ajouter à la panoplie des outils de promotion de leur image à des fins commerciales. Elles ont eu pour contexte pressant, les peurs des citoyens ressenties face à l'affirmation de la mondialisation de l'économie et au mouvement de déréglementation qui l'accompagne, aux scandales industriels et financiers qui ont pu alimenter la chronique économique-judiciaire,

6. L'adjectif « sociétal » intègre les aspects environnementaux et les préoccupations d'ordre social.

7. Terme existant en français et préféré, dans les instances au sein desquelles le français est encore parlé, à « reporting » plus fréquemment utilisé, y compris dans les entreprises françaises entrées en RSE.

8. De grandes entreprises nord-américaines, européennes et notamment françaises ont participé à ce mouvement en réaction aux reproches qui leur ont été adressés en matière d'activités commerciales non équitables, de productions polluantes, d'accords avec des États ne respectant pas les droits de l'homme, etc.



une montée en puissance parallèle dans l'opinion politique mondiale du souci environnemental ou écologique ainsi que le développement de la sensibilité aux droits de l'homme. Que des compagnies dont le moteur d'activité est la recherche du profit décide que celui-ci ne s'obtiendra pas à n'importe quel prix – l'endommagement sans retour de la planète et l'esclavage – constitue une avancée dans la moralisation de l'économie mondiale.

Plus concrètement, la conduite par une entreprise d'une activité économique mobilisant et motivant son personnel, sous une bannière dont la réputation est excellente, soucieuse des prescriptions des autorités et respectueuse de l'environnement, emporte de bonnes chances d'optimisation de sa productivité et de sa compétitivité. Une telle direction des affaires est susceptible de surcroît, de réduire les risques juridiques et opérationnels et d'entraîner la confiance des marchés et des investisseurs.

C. Les référentiels de la démarche

Les contenus de la RSE sont en écho aux intérêts des parties prenantes.

S'agissant du souci de l'opinion susceptible de s'exprimer dans le périmètre à l'intérieur duquel l'entreprise est connue – fraction de l'opinion mondiale attentive au sort du monde et de ses habitants –, les droits de l'homme et le droit de l'environnement constituent les repères les plus forts : ils ne constituent pas seulement des pétitions de principes mais des cadres juridiques déclinés par les États en normes de droit opérationnelles qui s'imposent à ceux qui déploient des activités à « risques » et sur la base desquelles les citoyens peuvent agir. Si l'engagement « RSE » excède le simple respect des règles, néanmoins l'engagement proclamé « urbi et orbi » de les respecter est une source d'approfondissement de la confiance en celui qui s'engage.

Les clients d'une entreprise commerciale protégés, en France, par l'État de droit assis sur les dispositions du Code du commerce, du Code civil, du Code pénal et également par des possibilités de recours à des interventions et des arbitrages de l'administration publique, préféreront sûrement des engagements contractuels en garantie élargie pris par le prestataire – et confirmés par une pratique conforme et une réputation sans tâche. Le besoin en réassurance forte est la résultante naturelle de pratiques irresponsables répétées qui sapent la confiance des clients et des citoyens

2

LE MANAGEMENT
 DE LA PROTECTION
 SOCIALE :
 TENDANCE ET
 ÉVOLUTION

en l'économie et les institutions et qui fondent les réponses « responsables » déployées par ceux qui ont su prendre la mesure des désenchantements.

De leur côté, les personnels de l'entreprise exigent que les normes édictées par le droit du travail soient observées à la lettre, mais sont en quête aussi, d'une pratique d'inspiration humaniste voire « empathique » de la gestion de ressources humaines. Ils n'accorderont pas crédit à un engagement « RSE » qui s'accommoderait de rémunérations manifestement inférieures à celles pratiquées en moyenne dans la branche d'activités à laquelle appartient l'entreprise visée et de conditions de travail susceptibles d'aggraver des risques psychosociaux.

Les partenariats qui se nouent entre des entités – de même nature juridique ou non – mais dont le rapprochement est profitable à l'activité, ont besoin de confiance. Ceux-ci, à des fins de garantie, reposent fréquemment sur des conventions dès lors que leurs rapports structurent de manière significative au moins une part de l'activité commune aux entités partenaires.

Les situations de sous-traitance réclament des engagements contractuels croisés et des dispositifs de vérification. Le sous-traitant doit prendre les mêmes engagements – accepter un cahier des charges spécifiant les normes et modalités à respecter dans la réalisation de la prestation confiée – en RSE que son donneur d'ordre, lequel ne peut pas intégrer dans sa chaîne de valeur, une organisation qui fournirait en amont une prestation réalisée dans des conditions qui dérogeraient aux principes de la RSE.

D. Les incitations des autorités

L'observation – très majoritaire –, à la lettre et dans leur esprit, des règles juridiques par les agents économiques facilite les régulations conduites par les autorités publiques de chaque pays, garantes de l'état de droit « chez elles », crédibilise leur rôle ainsi que celui de leur classe politique et de leur administration et constitue le terreau fertile sur lequel il est plus facile de bâtir une nouvelle culture de la responsabilité. Ce mouvement est susceptible d'attirer les investissements internationaux, il constitue un argument facilitant l'obtention d'une bonne notation par les agences mondiales lorsque les économies fléchissent et les dettes publiques grandissent.

En France et dans le monde, les traces probantes du souci de responsabilité sont légion, la décennie 2000-2010 fourmille d'initiatives en tout genre, de prises de positions et d'avis formulés autour de ce grand sujet.



En France, la loi sur les nouvelles régulations économiques⁹ et les dispositions prises dans la suite du « Grenelle de l'environnement »¹⁰ figurent parmi les marqueurs récents les plus forts des orientations prises, mais ne sont pas les seuls.

Peuvent être cités sans en épuiser l'inventaire, quelques repères probants¹¹ de la réalité de l'engagement des autorités.

L'État français s'est doté d'un ministère de l'Écologie, de l'Énergie, du Développement durable et de la Mer. Centré sur les aspects environnementaux, il donne aux démarches qui se revendiquent de la responsabilité un crédit fort.

La délégation française au Forum multipartite européen sur la RSE¹² du 10 février 2009 a rappelé un souhait formulé par son gouvernement de voir l'Union européenne proposer « un cadre et un référentiel de rapportage¹³ ».

Un Conseil national du développement durable a été créé le 13 janvier 2003. Il doit apporter son concours à la politique gouvernementale en la matière ; il est associé à l'élaboration, au suivi et à l'évaluation de la stratégie nationale, rend des avis et délivre des conseils.

À l'instigation du gouvernement, une nouvelle initiative met en place en 2006, un Club du développement durable des établissements publics et des entreprises publiques qui a adopté une charte de développement durable.

L'Agence gouvernementale française d'aide au développement (AFD) a défini en 2007 une stratégie sociale et environnementale incluant la lutte contre le blanchiment, le souci de la bonne gouvernance d'entreprise dans l'examen des projets qui lui sont soumis.

La Compagnie française d'assurance pour le commerce extérieur (COFACE), dans le cadre de l'exercice de ses missions de Service public défend auprès de ses clients les principes pris par l'OCDE dans le domaine de la responsabilité.

9. Citée en note n° 2.

10. Citée en note n° 2 et page 7.

11. La liste peut paraître longue, mais elle est significative de l'importance de la prise en compte de la RSE.

12. Le Forum multipartite rassemble des organisations européennes d'employeurs, des réseaux d'entreprises, des syndicats et des ONG afin de promouvoir l'innovation, la convergence et la transparence dans les pratiques et outils existants dans le domaine de la RSE (cf. plus loin l'Alliance européenne pour la RSE dont le lancement correspond au vœu exprimé par le Forum).

13. À cette occasion, Xavier Bertrand, alors ministre du Travail, avait exprimé le souhait d'intégrer la RSE comme « un élément à part entière du modèle social européen ».

2

LE MANAGEMENT
 DE LA PROTECTION
 SOCIALE :
 TENDANCE ET
 ÉVOLUTION

La Haute Autorité de Lutte contre les Discriminations et pour l'Égalité (HALDE)¹⁴, créée en 2004, encourage les comportements socialement responsables, passant notamment par le dialogue et l'adoption de méthodes de rapportage.

Dans le concert des nations et des États, dans les cénacles au sein desquels leurs représentants s'expriment, le pouvoir d'influence – qui est une manière élégante et non contestable d'exercer du pouvoir – est d'autant plus fort que la voix de la nation qui s'exprime n'est pas brouillée par une inconduite notoire de ladite nation dans les domaines des grands droits et idéaux universels. La commission européenne très soucieuse de cet aspect de la responsabilité exprime souvent le souhait de faire de l'Union, l'espace le plus dynamique du monde sur les plans de l'économie et du partage des connaissances, du respect de l'environnement et des droits de l'homme, du développement durable.

L'Alliance européenne pour la RSE a été créée en mars 2006. Elle a vocation à accueillir toutes les entreprises engagées en RSE et bénéficie du soutien de la Commission européenne. Cette institution se propose de faciliter la reconnaissance des initiatives de RSE menées par les entreprises et de définir des critères d'évaluation des actions développées en la matière.

Les instances intercontinentales ne sont pas en reste.

L'Organisation Internationale de la Francophonie (OIF) s'est également emparée du Grand Sujet. À Bamako, en novembre 2000, les États et les gouvernements francophones ont adopté une déclaration qui les engage dans « la promotion d'une culture démocratique intériorisée » et la défense des droits de l'homme. Une autre déclaration faite à Québec en octobre 2008, présente la RSE comme apportant une valeur ajoutée en faveur de la paix, de l'État de droit, de la coopération et du développement durable.

L'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) a défini des principes directeurs à l'intention des entreprises multinationales relatifs aux pratiques respectueuses de l'environnement, des droits de l'homme et en matière de lutte contre la corruption et de protection des consommateurs. Elle a fait savoir qu'elle attend des entreprises qu'elles respectent la loi et qu'elles répondent aux attentes sociétales. Elle a pris

14. La HALDE donne la définition suivante de la discrimination qu'elle pourchasse et fait sanctionner : « une discrimination est une inégalité de traitement fondée sur un critère prohibé par la loi, comme l'origine, le sexe, le handicap, etc., dans un domaine visé par la loi, comme l'emploi, le logement, l'éducation, etc. ».

nombre de positions en faveur de l'Investissement durable ou socialement responsable (ISR) ¹⁵.

L'Organisation des Nations Unies (ONU) et ses instances exercent une vigilance connue quant au respect des droits de l'homme. L'Organisation Internationale du Travail (OIT) fonde son action notamment sur sa déclaration de 1998 à propos des « principes et droits fondamentaux du travail ». La « commission mondiale sur la dimension sociale de la mondialisation » instituée sur l'initiative de l'OIT sous l'autorité du secrétaire général des nations unies a publié en 2004 un rapport qui considère que la RSE est un complément aux réglementations, il préconise en outre, l'organisation de « dialogues sociaux ».

Le G8 ¹⁶, réuni à Évian, en juin 2003, sous présidence française a publié une déclaration « pour la croissance et une économie de marché responsable ». La même assemblée a adopté en juin 2007 une déclaration intitulée « Croissance et responsabilité mondiale » encourageant l'universalisation des normes et appelant les entreprises à respecter les principes de la RSE.

Cette illustration très partielle ¹⁷ de l'attention que portent à la responsabilité sociétale, des institutions détenant pouvoir politique et pouvoir de normalisation ou dont l'aura internationale est grande, accrédite que l'affaire est sérieuse et que la notion de responsabilité, elle aussi, est durable. Elle donne un aperçu macroscopique du cadre de référence des démarches.



E. Les « preuves » ou les obligations de la RSE

Par construction, les engagements excédant les obligations légales ne sont pas sanctionnables par le juge judiciaire – seuls les griefs exposés en raison d'une publicité mensongère devraient pouvoir retenir l'attention du juge. Il existe cependant des démarches de normalisation et un début de légalisation du domaine.

En France les sociétés cotées – sont particulièrement surveillées celles qui entrent dans le calcul de l'indice « CAC 40 » – sont soumises

15. C'est l'aspect financier de la responsabilité : les entreprises sont jugées sur leur degré de prise en compte des aspects sociaux, environnementaux, de la gouvernance et de l'éthique dans leurs activités avant toute mesure de participation et de soutien financiers.

16. Il s'agit du groupe d'évocation des sujets économiques d'intérêt planétaire formé par les États-Unis, l'Allemagne, la France, le Japon, l'Italie, le Royaume-Uni, le Canada et la Russie.

17. Un inventaire des initiatives prises partout dans le monde au seul niveau des États et de leurs institutions communes constitue un travail de documentaliste de très grande ampleur et telle n'est pas l'ambition du présent article.

2

LE MANAGEMENT DE LA PROTECTION SOCIALE : TENDANCE ET ÉVOLUTION

à une obligation de publier un rapport décrivant les conséquences sociétales de leurs activités. Les lois « Grenelle I et II » prises en 2009 et 2010 incitent fortement les sociétés non cotées à rendre publiques des informations de même nature. Elles sont aussi engagées à faire certifier par un tiers indépendant la fiabilité de celles-ci.

Bien que rarement citées comme partie intégrante des démarches RSE, les normes comptables internationales IAS/IFRS participent de ce mouvement de renforcement de la transparence des opérations économiques et financières et de la qualité des informations dues aux parties prenantes (actionnaires, salariés, observateurs économiques, acteurs sociaux au nombre desquels les URSSAF, ...).

Le volet extralégal est constitué par l'existence de normes librement adoptées.

L'Union européenne a élaboré un « système de management environnemental et d'audit ». Le règlement joint prévoit la participation volontaire des entreprises à des audits de management de l'environnement et la mise à disposition du public du résultat de leurs conclusions.

Le standard SA 8000 défend des conditions de travail décentes et fixe les interdictions associées, le tout est contenu dans un Code de conduite pour les entreprises. Ce standard a été défini par l'instance « Social Accountability International ». De son côté, l'AFNOR a publié une norme sur le respect de l'environnement et s'apprête à en publier une seconde sur la gouvernance et l'éthique. L'actualité récente fait état de la prochaine publication de la norme ISO 26.000 relative à la responsabilité sociétale des organisations (les aspects sociaux et environnementaux du développement durable et le souci du client). Elle s'appliquerait à toutes les formes d'entreprise et vise notamment, largement le traitement équitable des personnes, leur non-discrimination dans les entreprises et au sein de leur gouvernance.

Le « Pacte mondial ¹⁸ » a publié un Code de conduite autour de dix principes afférents aux droits de l'homme, au travail, à l'environnement et à la lutte contre la corruption. Plusieurs milliers d'entreprises adhèrent à ce pacte qui oblige ses membres à publier annuellement un rapport sur les progrès accomplis depuis l'année précédente, en conformité avec les spécifications émises dans le cadre d'une autre initiative mondiale ¹⁹.

18. Cité en note de bas page n° 2 ; il est structuré, constitué en réseau, pourvu d'un conseil d'administration, d'un directeur, et d'un bureau ; son rôle est de favoriser la coopération entre l'Organisation des nations unies et les entreprises. De grands groupes français y participent.

19. Le « Global Reporting Initiative ».



Les normes sont en général assorties de la seule obligation de publier ce que les entreprises qui choisissent librement de les appliquer font. Le respect de ces engagements ne peut être attesté que par des agences de notation au terme d'audits circonstanciés – *a minima* après examen approfondi des documents publiés et après entretiens avec des responsables des entités sous notation – dans les domaines des engagements pris. L'offre de certification est en progression. On comprend pourquoi. Il faut espérer que les certificateurs seront eux-mêmes certifiés RSE, mais sur des normes « dures » fixant le cadre déontologique et éthique contraignant, les procédures de vérification, les référentiels par domaine d'engagement et d'évaluation, les compétences professionnelles des évaluateurs requises.

Cette revue des catégories et des valeurs de la RSE trouve-t-elle un écho dans les pratiques et les références des URSSAF dans leurs motivations et leurs engagements ?

II. Les URSSAF offrent-elles un champ à l'exercice d'une « RSE » ?

L'idée de « protection », omniprésente dans les démarches en RSE est en résonance forte aux dispositifs de « Sécurité sociale », et réciproquement. Les rapports qu'entretient la Sécurité sociale avec les contenus, la responsabilité sociale s'articulent de même manière qu'une partie à son tout. La Sécurité sociale, au plan macrosocial et macroéconomique, constitue un point d'ancrage des démarches de préservation et d'encouragement au développement de l'homme.

Soit ! Mais qu'en est-il de l'entreprise unitaire « organisme de Sécurité sociale » ? Peut-on la considérer, au même titre qu'une autre entreprise « responsable », comme liée à des parties prenantes (A), qui attendent de ce lien des avantages (B), sur la base de référentiels (C), incitée par des autorités à adopter une démarche responsable (D) avec une obligation de rapportage (E) ?

A. Des parties prenantes ?

Les URSSAF, dans le cadre de l'exercice de leurs missions telles que le Code de la Sécurité sociale les fixe, connaissent cinq grands types de parties prenantes externes : celles auprès desquelles elles recourent,

2

LE MANAGEMENT DE LA PROTECTION SOCIALE : TENDANCE ET ÉVOLUTION

celles pour le compte desquelles elles le font, les autorités publiques qui les contrôlent (l'État et son établissement public l'ACOSS, les juridictions d'exception²⁰ ou régulières) le tout, sous le regard des citoyens en compagnie de partenaires nombreux, liés contractuellement dans le cadre d'un fonctionnement courant ou simplement chargés d'accompagner les parcours de recouvrement ou d'en obtenir des informations de portée économique. Le personnel salarié des URSSAF²¹, les organisations syndicales qui les défendent et les organisations représentatives que la loi a mises en place dans l'entreprise sont autant de parties prenantes internes. Les partenaires sociaux représentés au sein des conseils d'administration des organismes garantissent la prise en compte des préoccupations des cotisants.

Les entités juridiques et les personnes qui se livrent à une activité économique et en tirent des revenus ou les distribuent, ne méconnaissent pas leurs obligations. Elles consentent au prélèvement social. Cependant, elles veulent que les lois et les règlements s'appliquent à tous avec la même exigence. Elles souhaitent également, de plus en plus, être aidées à sortir avec succès du maquis des textes relatifs au paiement des cotisations afin de payer le juste dû, ni plus, ni moins.

Les parties au nom desquelles, le législateur a confié aux URSSAF le recouvrement de leurs ressources ont besoin que leur soit garanti le reversement exact de ce qui a été collecté pour elles, et cela le plus tôt possible. Leur confiance dans la capacité d'une URSSAF à appliquer spontanément les lois et les règlements n'est pas aveugle ; plus qu'une garantie morale, elles demandent les preuves concrètes de la fiabilité et de la responsabilité des URSSAF. Tel est pratiquement le cas lorsque les Caisses nationales²², par exemple, se partagent les produits comptables notifiés par l'ACOSS auxquels leurs charges seront comparées à des fins de mise en exergue d'un résultat de fin d'exercice : elles préfèrent que celui-ci soit fidèle. L'affichage du montant des déficits des gestions – les excédents étant tellement rares que les craintes d'inexactitude relatives à cette occurrence sont exceptionnelles – n'est indifférent à personne.

La création du Régime social des indépendants (RSI) d'une part et la décision de confier en 2011 aux URSSAF la collecte des cotisations

20. Les Tribunaux des affaires de Sécurité sociale (TASS).

21. Le réseau national des URSSAF (88 organismes) et l'ACOSS mobilisent, au total, près 14 000 collaborateurs de droit privé. L'URSSAF de Paris/région parisienne compte près de 3 000 agents.

22. Caisse nationale d'Assurance maladie des travailleurs salariés, Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés, Caisse nationale des allocations familiales.



finançant l'indemnisation du chômage d'autre part, placent celles-ci en position originale de sous-traitance et crée une chaîne de valeur complexe où les défaillances et les réussites de l'ensemble résultent des actions des uns et des autres et par voie de conséquence, une situation au sein de laquelle la responsabilité de la qualité ou de la non-qualité s'assume collectivement²³.

L'État, concédant aux organismes privés de Sécurité sociale une mission de Service public, entend bien vérifier que celle-ci s'exerce conformément aux textes et contrôler le bon recouvrement des deniers sociaux dans son rôle de gardien de la loi, mais plus encore, dans un souci de maîtrise des finances publiques : la mauvaise dépense comme le défaut de recette n'allant pas dans le sens recherché.

Les citoyens sont attentifs aux questions que pose le système de Protection sociale français perçu comme un élément central du pacte républicain. Ils veulent pouvoir compter sur la promesse d'être secourus, accompagnés et à ce titre, même si l'extension est osée, l'opinion publique est constitutive d'une partie prenante.

En matière de gestion administrative, des opérations d'externalisation, de sous-traitance ont été conduites qui permettent de supporter la charge de travail en matière de téléphonie et de traitement de certaines opérations qui se traduisent comptablement sur les comptes de cotisants. La vigilance à l'égard de la qualité des prestations servies conditionne une partie des engagements que l'URSSAF peut prendre, de même que celle-ci, a tout intérêt à bien spécifier les modalités de la mission qu'elle confie pour en faciliter la prise en charge.

Les huissiers, avec lesquels des conventions sont prises pour convenir du contenu des missions et des modalités de leur exercice sont les partenaires obligés du recouvrement forcé quand les procédures amiables et responsables à l'égard du débiteur n'ont pas abouti. Les juges, les procureurs, les greffes des tribunaux²⁴, accompagnent les procédures contentieuses, elles aussi responsables à l'égard de la société et de l'entier système de Protection sociale.

Les URSSAF et leur Caisse nationale, au cours de leurs activités, enregistrent un grand nombre de données de caractère économique qu'elles fiabilisent, consolident et analysent pour les restituer. Ainsi, sont notamment

23. La création du Régime social des indépendants et les modalités de mise au point de sa mission d'interlocuteur unique ont rendu nombre de parties prenantes bien mécontentes.

24. Les tribunaux des affaires de Sécurité sociale, les tribunaux de commerce et les tribunaux de l'ordre pénal pour obtenir, par exemple, une sanction dans les cas de travail illégal.

2

LE MANAGEMENT DE LA PROTECTION SOCIALE : TENDANCE ET ÉVOLUTION

connues et publiées, les évolutions de la masse salariale, du salaire moyen, des effectifs salariés, des intentions d'embauche, des demandes de délais de paiement, informations précieuses sur l'état de l'économie. Les partenaires²⁵ auxquels ces données et analyses sont destinées sont très soucieux de leur fiabilité, puisque leur prise en compte peut venir inspirer des interventions et conforter ou infirmer des constats.

Le personnel des organismes de Sécurité sociale adhère très largement aux finalités du régime de protection collectif et souhaite pour lui-même, encouragé par ses représentants dans les instances que le Code du travail a prévues au sein de l'entreprise, un traitement au moins aussi attentif de la part de ses dirigeants, que celui qui est dû aux cotisants qui paient et aux bénéficiaires des ressources collectées qui versent des prestations.

B. Des bénéfices attendus ?

Les acteurs économiques qui acquittent leurs cotisations sociales comprennent bien la destination finale de celles-ci. Ils admettent que le système de protection qu'elles financent sécurise leurs salariés, leurs parties prenantes internes et la société au sein de laquelle ils opèrent, c'est ce que d'aucuns nomment la compliance²⁶. En revanche, ils hésitent : le financement d'un système de Protection sociale constitue un investissement dans la santé des personnes, l'accompagnement des familles et des anciens créateurs de richesse, il représente aussi une charge importante (au sens comptable et financier) pour les entreprises, un prélèvement sur les richesses qu'elles produisent. Pour que l'hésitation entre ces deux visions ne se transforme pas en rupture du pacte social, les URSSAF doivent s'appliquer à favoriser le consentement au prélèvement en déployant des actions de sécurisation économique et juridique des fournisseurs de ressources de la Sécurité sociale. Elles s'emploient à le faire au moyen du contrôle de l'assiette des cotisations, de telle sorte que ce qui échappe à la contribution sociale soit réintégré mais aussi en remboursant les indus. Elles le font aussi en développant une mission de conseil juridique, en accueillant physiquement les cotisants, en répondant à leurs courriers et à leurs courriels, à leurs appels téléphoniques et aussi par la mise en place

25. Directions ministérielles, préfetures, directions départementales du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle, INSEE, autorités organisatrices des transports, chambres de commerce et de l'industrie, chambres des métiers, universitaires, journalistes...

26. Se reporter à l'article « Pourquoi les employeurs payent-ils donc leurs cotisations sociales ? », par Vincent Ravoux, directeur général de l'URSSAF de Paris/RP publié dans le journal « Les Échos » en janvier 2008.

2

LE MANAGEMENT
 DE LA PROTECTION
 SOCIALE :
 TENDANCE ET
 ÉVOLUTION

du rescrit social²⁷. Le contrôle participe au maintien des conditions de la concurrence entre les acteurs économiques ; le conseil, permet à l'entreprise de calculer au plus juste sa contribution en fonction des revenus versés à ses salariés. Contrôle et conseil concourent à faire de la déclaration juste de l'assiette des cotisations et du paiement de celles-ci, une pratique admise par tous, parce que l'assurance que les mêmes règles du jeu s'appliquent à chacun est donnée jour après jour. Le traitement juste et équitable renforce les adhésions durables au prélèvement social.

Les institutions qui attendent les versements en provenance des URSSAF ont, en sus du souci principal de financer les prestations qu'elles servent, besoin d'une information financière et comptable fidèle. C'est seulement sur une base informative sécurisée qu'elles peuvent établir des prévisions de trésorerie, anticiper les équilibres ou les déséquilibres de leur gestion, adapter celle-ci, agir auprès des Pouvoirs publics, des acteurs politiques et des lobbies pour faire évoluer les règles juridiques.

De leur côté, les autorités publiques et administratives, comptables de la sauvegarde et des évolutions du système de financement de la Sécurité sociale, formulent des exigences à l'égard des gestionnaires des fonds sociaux. En France, la pérennité de ce pilier de la solidarité nationale représente une question politique majeure. Et pour prendre les bonnes décisions techniques, le pouvoir politique exige une information fiable, des comptes certifiés.

Au-delà du cercle des gestionnaires, des analystes bien informés et du personnel politique, les citoyens veulent comprendre ce que disent les médias sur les difficultés de financement de la Sécurité sociale et sur son coût, ils veulent savoir quelle part de vérité recèle les prophéties des Cassandre annonçant la faillite de la Sécurité sociale ainsi que les proclamations des thuriféraires du libéralisme sans garde-fou qui prétendent que les sociétés seraient plus riches et plus libres sans ce prélèvement antiéconomique. Parce que sans transparence, sans information fiable, sans pédagogie non plus, tous les soupçons sont permis qui minent la confiance en un système que l'opinion plébiscite encore lors de sondages, et le doute mine la démocratie.

27. Le rescrit social est un dispositif qui permet au cotisant qui saisit son URSSAF d'obtenir l'élucidation d'un point de droit qui vaudra décision explicite. L'URSSAF sera liée, pour l'avenir, par cette position sauf changement de législation ou de situation de fait. Dans le cas où l'organisme de recouvrement déciderait de modifier sa décision, celle-ci ne vaudrait que pour l'avenir. En cas de changement de position de l'URSSAF, le cotisant peut requérir l'arbitrage de l'ACOSS. Un article critique a été consacré au rescrit par Philippe Coursier, maître de conférence à l'université de droit de Montpellier et publié dans la Gazette du Palais datée du 11/12 juin 2010.

2

LE MANAGEMENT
 DE LA PROTECTION
 SOCIALE :
 TENDANCE ET
 ÉVOLUTION

Les sous-traitants de la gestion administrative de l'URSSAF ne feront pas de celle-ci un donneur d'ordre à part, ils attendent que les factures qu'ils lui adressent soient réglées avec diligence, dans les délais réglementaires prévus et même avant, dès lors que le service de leur prestation a bien été validé.

De manière générale les partenaires des URSSAF attendent d'elles la mise en place de procédures fiables et opportunes (en recouvrement amiable et forcé par exemple), des informations économiques de qualité (la prise en compte, en l'état, des données du recouvrement par l'INSEE et bientôt par Pôle Emploi, n'est pas exactement anodine).

Le personnel de l'organisme de Sécurité sociale et les instances qui le représentent, ne comprendraient pas d'être confrontés à des pratiques de gestion des ressources humaines qui n'offriraient pas un « plus » par rapport à la « jungle du monde marchand et concurrentiel ». Ils sont à l'affût, pour les dénoncer, des manquements à l'obligation d'informer sur les projets d'évolutions des organisations, ils veillent au respect de l'obligation de prévention des risques psychosociaux, à la bonne prise en compte des charges de travail et ont tendance à vouloir que l'entreprise corrige pour ses salariés les effets du désordre du monde.

C. Des référentiels mobilisables ?

Les pratiques des URSSAF sont encadrées par des référentiels dont l'observance est plus ou moins exigeante et qui sont largement publiés.

Une charte du cotisant contrôlé par les URSSAF est remise, sauf en matière de lutte contre le travail dissimulé où la vérification intervient à l'improviste, dès le début des contrôles. Son modèle, prévu par le décret du 11 avril 2007 est donc mentionné au Code de la Sécurité sociale. Elle présente de façon synthétique les modalités de déroulement des vérifications ainsi que les droits et garanties dont bénéficie le cotisant tout au long de la procédure. Elle évoque les conséquences d'un contrôle pour le cotisant ainsi que les voies de recours ouvertes. Enfin, pour améliorer la compréhension du langage administratif, un lexique explicitant les principales notions utilisées, est joint à la charte. Elle est accessible sur Internet.

La certification de service qui vise le reversement des cotisations à leurs bénéficiaires, s'appuie sur un référentiel de douze engagements qualitatifs et quantitatifs des URSSAF, construits sur les objectifs de juste collecte, de répartition intégrale et justifiée et de notification rapide. Ce référentiel négocié avec les attributaires des encaissements a été publié



au Journal officiel du 19 juin 2007, il comporte aussi deux engagements spécifiques à l'ACOSS en tant que Caisse nationale du réseau des URSSAF, responsable de la centralisation, de la consolidation et de la notification des sommes collectées à leurs bénéficiaires. Parmi les douze engagements des URSSAF, deux concernent la mesure de la satisfaction des destinataires de la collecte. À l'appui des engagements, des objectifs chiffrés – « cibles » et « seuils » – sont fixés à l'aune desquels le niveau d'engagement réel des URSSAF peut être mesuré. Certains de ces indicateurs se retrouvent dans les contrats pluriannuels de gestion et les accords d'intéressement ²⁸.

Dans le cadre d'une autre démarche, d'un autre référentiel, dix engagements de service sont pris à l'égard des cotisants : ils visent la qualité de l'accueil et de l'écoute accordée, les délais de réponse aux différentes saisines et la bonne information due. Est aussi affirmé l'engagement de prise en compte des difficultés de paiement des cotisants et de personnalisation du suivi de leur dossier. Ces engagements font l'objet d'un affichage dans tous les locaux des URSSAF accueillant le public et sont aussi disponibles sur Internet. Là aussi, certains indicateurs, repris dans les contrats pluriannuels de gestion et les accords d'intéressement, peuvent témoigner des efforts déployés et des résultats obtenus dans ces domaines par les URSSAF ²⁹.

Les relations des URSSAF avec les très grandes entreprises ont fait l'objet d'un dispositif nouveau voulu par la Convention d'objectifs et de gestion (COG) pour la période 2006/2009. Huit URSSAF se sont vues confier la gestion des comptes des entités de plus de 2 000 salariés et trente-trois autres, la gestion des entités de plus de 250 salariés. Ce dispositif est notamment encadré par une « Charte de gestion des grandes entreprises » destinée notamment à faciliter les relations bipartites et à sécuriser les entreprises, en proposant des services.

Dans son action de lutte contre les fraudes, soucieuse des lois et des libertés, la branche recouvrement ne manque pas de demander les autorisations idoines à la Commission nationale de l'informatique et des libertés. L'URSSAF de Paris, comme d'autres organismes, s'est dotée

28. À titre d'exemples : le taux de traitement des déclarations sous dix jours, le taux des crédits non répartis, le taux de conformité des informations administratives concernant les cotisants, le niveau d'adéquation de fichiers des URSSAF et de l'INSEE à l'égard de l'identité juridique des entreprises.

29. À titre d'exemples : les temps d'attente à l'accueil, le taux d'appels téléphoniques efficaces, la qualité de la réponse téléphonique, de la réponse aux courriels, les délais de réponse, la note de satisfaction des cotisants (enquête dite « mystère »)...

2

LE MANAGEMENT DE LA PROTECTION SOCIALE : TENDANCE ET ÉVOLUTION

depuis plusieurs années, d'un correspondant « Informatique et Libertés » en la personne d'un cadre supérieur de l'organisme.

Le guide « Valeurs et déontologie », publié par l'ACOSS en 2009, à destination des personnels du réseau du recouvrement donne de nombreux points de repères autour de six axes : le respect de la personne et de son environnement, l'engagement de confidentialité, l'égalité de traitement des cotisants, le sens de la solidarité, l'exigence d'intégrité et le professionnalisme. Maints débats internes ont été organisés avec le personnel sur ces notions garantes du bon traitement des parties prenantes externes.

Par ailleurs, l'éthique en matière de recrutement est respectueux de la diversité des populations et des origines sociales.

Les référentiels les plus visibles et les plus structurants de l'activité et des efforts à produire en terme de résultats sont, d'une part, le Contrat pluriannuel de gestion (CPG) et d'autre part, l'accord national d'intéressement.

Une pratique contractuelle est désormais bien en place entre l'État et les Caisses nationales de Sécurité sociale puis entre celles-ci et les organismes de leur réseau. La COG prise au niveau national fixe pour quatre années, non seulement les orientations stratégiques³⁰ arrêtées entre l'État et l'ACOSS (en l'occurrence), mais leurs déclinaisons en actions spécifiques à mettre en œuvre, assorties d'objectifs nationaux chiffrés. Les CPG passés entre l'ACOSS et chacune des URSSAF déclinent à nouveau les objectifs nationaux en fixant des cibles individualisées de telle manière que les engagements nationaux soient tenus. Ces contrats qui ne sont pas particulièrement synallagmatiques constituent *de facto* un engagement public de la direction de l'URSSAF devant les parties prenantes que sont l'État, l'ACOSS, les cotisants, les destinataires des fonds collectés et le personnel, sous le contrôle non seulement du conseil d'administration dont le président a signé le CPG mais de l'ACOSS à laquelle, il est régulièrement rendu compte de la situation de l'URSSAF au regard de ses obligations, au fil de points de contact fréquents et au moins en fin d'exercices. Il est à noter que le CPG fixe des indicateurs permettant d'apprécier les actions menées en faveur d'une part, de l'emploi des personnes handicapées et

30. La COG État/ACOSS fixe pour la période 2010/2013 « deux ambitions » : « garantir la performance du recouvrement social en mobilisant la branche au service des cotisants et des partenaires », « créer les conditions d'un exercice optimal des métiers du recouvrement ». Ces « ambitions » sont déclinées en treize orientations dans les domaines de l'offre de services, de la sécurisation juridique des cotisants, du contrôle, de la fourniture de données statistiques, de l'organisation du réseau du recouvrement, de l'outillage informatique interne, de l'efficience de la gestion, de la maîtrise, des risques internes, de la gestion des ressources humaines, etc.



du maintien dans l'emploi des seniors et d'autre part, de la réduction des consommations d'eau et d'énergie.

L'accord national relatif à l'intéressement des personnels aux performances de leur organisme, un peu à l'instar de ce que font la Convention d'objectifs et de gestion (COG) et les CPG, fixe le niveau des performances à atteindre exprimées en termes quantitatifs. Le montant de l'intéressement comporte une part nationale et une part locale, il varie en fonction des résultats obtenus et de leur conformité ou de leur écart aux cibles retenues. La lecture des ces données donne une idée assez claire de l'activité des organismes et de sa qualité selon quatre axes : la performance de la collecte des ressources, la politique amiable de recouvrement, la qualité des données administratives des fichiers de cotisants et la qualité de la gestion.

D. Des incitations, des obligations ?

Si l'ACOSS souhaite que les accords matérialisés dans un Contrat pluriannuel de gestion (CPG) résultent de pas faits par les parties en direction de chacune pour des compromis gagnants, il faut bien dire que le cadre étant fixé par un accord passé en amont avec l'État, les marges de manœuvre sont étroites et que l'essentiel n'est pas négociable. Chacun ne fait pas le même nombre de pas en direction de l'autre ni d'égale ampleur. Ainsi un CPG est un axe fort d'engagement de responsabilité devant l'ACOSS et les Pouvoirs publics, à l'égard des cotisants et des bénéficiaires de la collecte sociale. L'audit national entre les mains de l'ACOSS, permet de vérifier la conformité des pratiques et des résultats aux engagements.

L'encadrement supérieur des organismes de Sécurité sociale est encouragé à atteindre les objectifs fixés par un dispositif de suivi de la performance individuelle.

La certification de service engagée par l'ACOSS est un amplificateur d'engagement à l'égard des bénéficiaires du recouvrement : les conclusions des audits de certification et de renouvellement du certificat menés par l'AFNOR, fussent-ils superficiels, n'en ont pas moins un certain retentissement.

La validation des comptes par les vérificateurs de l'ACOSS complétée par l'intervention en certification de la Cour des comptes voulues par

2

LE MANAGEMENT
 DE LA PROTECTION
 SOCIALE :
 TENDANCE ET
 ÉVOLUTION

le législateur en 2005³¹ constitue le dispositif le plus exigeant et le plus structurant de la régulation des pratiques de gestion des URSSAF³². Au cours de ce processus c'est, dans sa totalité, le management des risques qui est questionné et qui fait l'objet – le plus souvent – d'observations pertinentes, de demandes de mises en conformité aux normes comptables qui ne sont pas seulement formelles mais qui ressortissent à la qualité de l'information due à toutes les parties prenantes. L'ACOSS et la Cour des comptes s'assurent que les organismes se mettent sans tarder en conformité avec leurs ardent recommandations.

S'agissant de la gestion administrative des organismes de Sécurité sociale, le Code des marchés publics³³ dans le cadre duquel ceux-ci achètent des prestations et des biens renforce les possibilités de réaliser des achats responsables, les Caisses et les URSSAF sont en mesure d'assurer dans leurs commandes, leurs responsabilités sociale et environnementale.

Enfin, les discussions en cours avec les organisations syndicales du personnel, au sein de l'UCANSS³⁴, aboutiront sans nul doute à un certain nombre de prescriptions internes.

E. Du rapportage et des preuves de la responsabilité

Les organismes de Sécurité sociale « écrivent » beaucoup : ils sont marqués par une culture à connotation juridico-littéraire et administrative³⁵ et également obligés de rendre compte souvent et à tout propos.

Des rapports d'activité, des rapports statistiques, financiers et comptables sont publiés tous les ans. Les réponses aux audits de branche et de validation des comptes sont toujours écrits. Le médecin du travail de l'URSSAF de Paris/RP publie tous les ans le rapport du service de santé au travail. Dans le cadre d'une obligation légale, l'URSSAF de Paris

31. Loi organique du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la Sécurité sociale.

32. Se référer à l'article « Quel regard d'un organisme de base sur la certification des comptes ? », par Vincent Ravoux, dans le n° 37 de janvier 2009 de la revue « Regards » de l'EN3S.

33. Chapitre 6, article 14 : « *Les conditions d'exécution d'un marché ou d'un accord-cadre peuvent comporter des éléments à caractère social ou environnemental qui prennent en compte les objectifs de développement durable en conciliant développement économique, protection et mise en valeur de l'environnement et progrès social.* »

34. L'Union nationale de Caisses de Sécurité sociale assure la gestion mutualisée des ressources humaines du régime général de Sécurité sociale. Elle négocie et conclut les conventions collectives nationales afférentes. Elle participe à la mise en œuvre des actions de formation des personnels des Caisses. Le site Internet de l'UCANSS comporte une rubrique « développement durable » qui rend compte des actions menées en compagnie des Caisses nationales.

35. Dont la dérive est le culte absolu de la pièce justificative et sa conservation *ad vitam aeternam*.



publie chaque année son « bilan social » qui fait le point sur les évolutions de l'emploi, les rémunérations, les conditions de travail, d'hygiène et de sécurité, la formation ; s'y trouve particulièrement, une comparaison « hommes/femmes » au regard de l'accès aux emplois.

Le rapport annuel de la Cour des comptes sur la certification des comptes du recouvrement est public, il fait souvent état de l'URSSAF de Paris qui, en raison des sommes considérables qu'elle recouvre, atteint toujours les seuils de signification chers aux commissaires aux comptes mais dont la fiabilité ne suffit pas à valider les comptes de l'ensemble de la branche du recouvrement : c'est selon le mot d'un conseiller maître de la Cour « le paradoxe asymétrique » qui veut que l'excellence (à démontrer) de l'URSSAF dans la tenue de ses comptes n'entraînerait pas certification *ipso facto* des comptes de toute la branche du recouvrement tandis qu'une défaillance significative provoquerait vraisemblablement la non-certification de ces derniers.

L'URSSAF de Paris s'est associé au baromètre social institutionnel lancé en 2009 par l'UCANSS et qui donne des indications sur le climat social dans les branches du régime général de Sécurité sociale.

Mais, les productions littéraires bilantielles qui émanent de l'URSSAF elle-même, ne pourront pas être prises spontanément pour argent comptant par les parties prenantes qui la connaissent moins bien. Il est nécessaire d'organiser, en harmonie avec tous les dispositifs de contrôle et d'évaluation existants et sans les alourdir – quitte à en supprimer certains –, une labellisation externe dont la vertu et l'approche fédérative feraient consensus.

Pour autant, la revue des relations et obligations croisées que nouent les URSSAF avec leurs parties prenantes permet-elle de donner une indication sur la probabilité, la vraisemblance d'une reconnaissance RSE, maintenant ou au terme d'une démarche à engager ?

III. Les URSSAF³⁶ ont-elles une chance de se voir reconnaître leur « RSE » ? Conclusion provisoire

Les approches en « Responsabilité » s'appuient sur une conception philosophique du monde. Au total les constructions théoriques et les démarches pratiques engagées traitent des sujets de toujours : l'homme,

36. À nouveau : particulièrement celle de Paris/région parisienne.

2

LE MANAGEMENT DE LA PROTECTION SOCIALE : TENDANCE ET ÉVOLUTION

son rapport au monde, à la société, à la nature et en quelque sorte, son salut³⁷.

Au centre des préoccupations de ne pas asservir les personnes, de ne pas les duper ni les discriminer en les protégeant, au-delà de ce que permet la loi tout en propageant des valeurs, une éthique, en préservant un environnement de qualité complété par le double accès aux richesses économiques créées et à la culture du temps, c'est le courant de l'humanisme moderne qui s'exprime. Et du coup, donner à l'homme les outils, les organisations, les règles, les dispositifs de sanction des manquements, c'est bien contribuer à son développement personnel, culturel et social pour une « meilleure vie ».

La RSE fait sens, elle apparaît comme la manifestation d'une démarche de civilisation parce qu'elle replace l'homme au cœur des finalités économiques.

La RSE apparaît comme susceptible de fédérer toutes les démarches responsables engagées auprès de multiples parties prenantes dans maints domaines. Il serait malhonnête de lui faire reproche d'être un artifice de gestion, une habileté destinée à étouffer les contestations pour favoriser artificiellement le consentement à une politique, à une stratégie économique. Elle s'adresse, au-delà du personnel de l'entreprise, à nombre de parties prenantes externes qui sanctionneraient, d'une manière ou d'une autre, selon leurs capacités à le faire, l'entreprise qui ne donnerait pas satisfaction quant à la qualité requise de l'information donnée, de la prestation servie. Elle s'intéresse aux conséquences des activités sur l'environnement, et recherche la conformité avec les normes émises par les autorités.

Quand les débats sur la bonne gouvernance des entreprises se joignent au pouvoir régulateur des États, le tout sur fond de manifestation forte de l'opinion, alors les mesures prises dans ce cadre sont autre chose qu'effets de mode mais au contraire, répondent à un mouvement de fond des sociétés. Il est à parier que la RSE connaîtra des ... développements durables. Que les autorités publiques nationales et internationales s'en mêlent au moins autant, sinon plus, que les cabinets de conseils est le signe d'une exigence en profondeur non foncièrement mercantile.

Les risques de non-crédibilité inhérents à la démarche sont les mêmes que ceux auxquels s'expose n'importe quelle firme cotée ou non, industrielle ou de service, publique ou privée. Des événements sont susceptibles de l'affaiblir ou de la discréditer et de réduire à bien peu de chose

37. Au sens philosophique, dépourvu des connotations religieuses que ce terme connaît encore dans l'opinion. Ce n'est pas de l'âme qu'il s'agit mais des conditions matérielles d'une bonne vie d'homme et de femme sur terre.

2

LE MANAGEMENT
 DE LA PROTECTION
 SOCIALE :
 TENDANCE ET
 ÉVOLUTION

la volonté d'apparaître publiquement comme responsable. Des causes de déstabilisation externes à la prise de décision des staffs dirigeants des organismes peuvent surgir, constitutives de la force majeure. Un accident qui verrait la prise en charge par les URSSAF d'une nouvelle mission à une date irréaliste et inamovible, promise et exigée par les Pouvoirs publics, sans mise à disposition des outils nécessaires à la mission, comporte bien des chances de réduire à peu de choses l'affirmation, par ailleurs, de leurs engagements vertueux. L'exposition au risque de décrédibilisation est constant, du fait, à titre d'exemples, de la faute professionnelle du sous-traitant, d'un changement de direction adoptant d'autres comportements, des rumeurs et des actions malveillantes tellement facilitées par Internet.

De leur côté, les organisations syndicales n'accueillent pas toujours la RSE avec bienveillance. Lorsque la culture et la tentation de la contestation prennent le pas sur l'intérêt de réaliser un projet social commun, la démarche encourt un risque de non-crédibilité en interne.

En conclusion, parce que le fondement de la RSE est consubstantiel à l'idée même de Sécurité sociale, expression du pacte solidaire et républicain et encore éminemment moderne, les URSSAF pourraient valablement rejoindre une démarche visant l'obtention à moyen terme, d'un label reconnaissant ce qu'elle a déjà entrepris et ce qui pourrait enrichir son dispositif, répondant en cela aux appels de l'ONU et de la Commission européenne, laquelle n'a pas omis d'inviter à ce mouvement vertueux toutes les entreprises dont les PME, les institutions sociales et les mutuelles³⁸.

Mais pour cela, le chemin vers l'obtention d'une reconnaissance RSE devrait être marqué par un jalon fort et une méthode originale :

- le cadre de référence, point d'ancrage nécessaire, visible et « opposable » de la démarche doit être construit. Synthèse, pour l'essentiel, des dispositifs déjà en place au sein de la branche du recouvrement, il mobiliserait les indicateurs existants tout en évitant l'empilement contre-productif des démarches et les redondances inutiles. Associée à ce cadre de synthèse et d'engagements, l'élaboration d'un format de rapportage sur les modèles proposés par les instances internationales et françaises compléterait le dispositif ;
- l'association de l'URSSAF avec ses parties prenantes internes et surtout externes dans l'élaboration (et/ou la validation) du cadre de référence donnerait à la démarche toutes ses chances de réussite.

38. On l'aura compris, la démarche envisagée va au-delà des parties « prenantes internes », tel que prévu dans la COG.



3

REGARDS DES ACTEURS

LFSS 2011 : la promo 1996 à l'honneur

Maurice Trépreau
Largotec, Université Paris Est

Il est peu dire que la présentation de la loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) pour 2011 s'avère être un exercice complexe. Les circuits de financement de la Sécurité sociale sont habituellement considérés comme une plomberie sophistiquée, conçue pour dérouter les observateurs peu avertis. Le cru 2011 monte encore d'un cran dans cette complexité, une analyse pertinente des finances de la Sécurité sociale ne peut cette année se limiter à la loi de financement de la Sécurité sociale. La LFSS pour 2011 doit en effet être lue simultanément avec quatre textes de loi examinés par le Parlement au cours du dernier trimestre 2010 : la loi organique relative à la gestion de la dette sociale, la loi portant réforme des retraites, la loi de programmation des finances publiques pour les années 2011 à 2014 et la loi de finances pour 2011.

Le nombre important de mesures contenues dans la LFSS pour 2011, et les textes « mitoyens », rend impossible toute présentation exhaustive des dispositions adoptées portant réforme de notre système d'assurance sociale. L'objet des lois de financement de la Sécurité sociale étant de définir les conditions générales de l'équilibre financier de la Sécurité sociale, cette présentation portera principalement sur les dispositions relatives à la maîtrise des déficits et au pilotage des comptes sociaux.

Ces mesures se caractérisent par leur dimension institutionnelle et visent deux instruments nés en 1996 lors du plan Juppé : la CADES et l'ONDAM. La pérennisation de ces instruments est motivée par la volonté de maintenir le principe de l'autonomie des finances sociales, et de définir les contours, non plus d'un retour à l'équilibre des comptes qui n'est plus évoqué dans les projections pluriannuelles, mais d'une maîtrise de la progression des dépenses.

I. La gestion de la dette sociale

Une nouvelle fois, les Pouvoirs publics se trouvent confrontés au problème de la gestion de la dette de la Sécurité sociale. L'alerte avait été donnée dès l'année dernière, le Sénat notamment avait demandé au

Gouvernement d'envisager de transférer la dette qui pesait sur la trésorerie de l'ACOSS vers la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES). À l'automne 2010, le Gouvernement avait choisi de jouer la montre en constituant une commission de la dette chargée de proposer des solutions *ad hoc*. C'est donc avec un an de retard, et un coût financier supérieur, qu'un nouveau transfert de dette est organisé.

A. Un transfert de dette sans équivalent

Rappelons que l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale a créé une Caisse spécifiquement dédiée à l'apurement de la dette sociale qui lui serait transférée : la Caisse d'amortissement de la dette sociale dont les recettes sont constituées par la contribution pour le remboursement de la dette sociale (CRDS).

Cet établissement public administratif avait pour mission d'apurer en 13 ans et un mois (soit jusqu'en 2009) la dette des organismes de Sécurité sociale transférée au 1^{er} janvier 1996, soit 20,8 milliards d'euros. L'accumulation des déficits après le premier transfert a conduit les Pouvoirs publics à procéder à d'autres transferts, en trois étapes (1998, 2004, 2009). Au total 134,6 milliards d'euros ont été repris par la CADES depuis sa création. Ces transferts successifs n'ont pas été accompagnés de ressources nouvelles et l'horizon d'apurement de la dette était aujourd'hui estimé à 2021.

L'accumulation de déficits constatée depuis deux ans est supportée par l'ACOSS au prix d'un relèvement substantiel du plafond d'emprunt fixé annuellement par la LFSS¹. Cette situation ne pouvait perdurer car, ainsi que l'a souligné la Cour des comptes, l'ACOSS « se trouve placée dans une situation où elle doit financer un endettement massif à caractère structurel au moyen de ressources de trésorerie à court terme, en contradiction avec les dispositions de la loi organique relative aux lois de financement de la Sécurité sociale (LOLFSS) qui limitent le recours à l'emprunt au financement des besoins infra-annuels de trésorerie ».

Dans son dernier rapport sur la situation et les perspectives des finances publiques (juin 2010), la Cour des comptes était encore plus explicite et proposait même de limiter le montant du plafond des ressources non permanentes de l'ACOSS : « pour éviter l'accumulation de déficits considérables à l'ACOSS, dont la mission est seulement de couvrir les

1. Pour mémoire, la LFSS pour 2010 fixait le plafond de trésorerie de l'ACOSS à 65 milliards d'euros, un montant jamais atteint auparavant. Ce plafond était de 36 milliards d'euros dans la LFSS pour 2008.



besoins de trésorerie du régime général ». Par ailleurs, si le recours à l'ACOSS peut être un pis-aller lorsque les taux d'intérêts sont peu élevés, tout retournement du marché aurait des effets négatifs sur la trésorerie de l'ACOSS et les comptes des régimes de Sécurité sociale.

Le gouvernement se devait donc de proposer une solution pour prendre en charge les déficits accumulés depuis 2008. Selon une méthode éprouvée, il propose un transfert de cette dette sociale selon le schéma suivant : les 68 milliards d'euros de dettes du régime général d'Assurance maladie et de retraite au titre des exercices 2009, 2010 actuellement pris en charge par l'ACOSS, et du régime général d'Assurance maladie au titre de l'exercice 2011 seront transférés immédiatement à la CADES. Puis, 62 milliards d'euros de dettes au titre du régime général de retraites et du fonds de solidarité vieillesse seront transférés entre 2011 et 2018.

Le Gouvernement répartit cette dette en trois ensembles :

- la dette de crise, estimée à 34 milliards d'euros pour 2009 et 2010 ;
- la dette structurelle, d'un montant également évalué à 34 milliards pour 2009, 2010 et 2011 au titre de la seule maladie² ;
- les déficits de l'assurance vieillesse (CNAV et FSV) de 2011 à 2018, soit 62 milliards.

Au total, c'est un transfert de 130 milliards d'euros qui est proposé, soit une somme quasi équivalente à la somme des transferts effectués depuis la création de la CADES (134 milliards), dont la moitié est constituée par le déficit accumulé par les régimes de Sécurité sociale depuis le dernier transfert de dette réalisé par la LFSS pour 2009 (arrêt des comptes au 31 décembre 2008).

B. Une solution de financement hésitante

Le scénario retenu par le Gouvernement prévoit un premier transfert de 68 milliards à la CADES en 2011, puis le solde, soit environ 10 milliards d'euros chaque année, entre 2012 et 2018.

En application des dispositions de la LOLFSS, ce transfert doit s'accompagner de l'attribution de recettes supplémentaires à la CADES. Pour respecter cette obligation, le projet présenté par le Gouvernement repose sur trois volets.

2. Le rapport annuel du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie consacre de longs développements à la situation financière de la branche maladie et propose une analyse théorique des concepts de déficit structurel et déficit conjoncturel, novembre 2010.

http://www.securite-sociale.fr/institutions/hcaam/rapport2010/hcaam_rapport2010.pdf

3

REGARDS DES ACTEURS

Premièrement, la dette dite de crise sera refinancée grâce à l'allongement de la durée de vie de la CADES, dont le terme devrait passer de 2021 à 2025. Cet allongement de quatre années de la durée d'amortissement de la dette sociale a nécessité une révision de la LOLFSS³.

Cette révision était indispensable pour lever le verrou posé par le législateur. En effet, depuis 2005, la LOFSS avait interdit de transférer de nouvelles dettes à la CADES sans lui affecter parallèlement les ressources nécessaires pour y faire face. Cet allongement de la durée de vie de la CADES permet d'amortir le coût financier du transfert, sans cette mesure il aurait fallu doubler le montant des recettes nouvelles affectées à la CADES. Ces quatre années supplémentaires permettent donc de transférer à la Caisse environ 34 milliards d'euros de dette sans accroissement des ressources qui lui sont affectées.

Deuxièmement, la dette structurelle sera financée grâce à l'affectation à la CADES de 3,2 milliards de recettes nouvelles. Le Gouvernement a décidé d'affecter à la CADES le produit de la réduction de certaines niches sociales et fiscales plutôt que de procéder à des hausses d'impôts, afin « pour des questions d'équité intergénérationnelle et de justice sociale, de faire supporter par les générations actuelles d'actifs et de retraités le poids des déficits structurels des années 2009 et 2010, sans pour autant mettre en péril une reprise économique encore fragile ». Les niches fiscales concernées bénéficiaient au secteur des assurances. Le Gouvernement a ainsi annoncé une réforme de la taxe spéciale sur les conventions d'assurances des contrats de santé responsable (afin de favoriser la diffusion des contrats de santé responsable les assureurs bénéficiaient d'un régime de taxation réduit sur ces produits), dont le taux serait ramené de 7 % à 3,5 %, générant une recette de 1,1 milliard d'euros destinée à l'apurement de la dette sociale. La taxation forfaitaire des sommes placées dans la réserve de capitalisation des sociétés d'assurance constituerait une autre recette, évaluée à 850 millions d'euros en 2011 et 2012. Enfin la taxation anticipée aux prélèvements sociaux des compartiments euros des contrats d'assurance vie multisupport, générant une recette de 1,6 milliard d'euros, viendrait compléter ce paquet de recettes nouvelles. Ces mesures de recettes figurent dans le projet de loi de finances pour 2011.

Les observateurs n'ont pas manqué de souligner que ces recettes nouvelles, censées rapporter 3,2 milliards d'euros en 2011, n'offrent pas les garanties de stabilité et de dynamisme nécessaires à la garantie d'un

3. Loi organique n° 2010-1380 du 13 novembre 2010 relative à la gestion de la dette sociale.

3

REGARDS
DES ACTEURS

processus de remboursement sécurisé et pérenne de la dette sociale. En effet, la taxation des réserves de capitalisation des sociétés d'assurance est une de ces « mesures à un coup » auxquelles le Gouvernement a recours régulièrement pour maintenir à flot les finances sociales. Seule la taxation des contrats d'assurance santé responsables assurera des recettes pérennes à la CADES, mais cette mesure soulève d'autres interrogations notamment son impact sur l'offre de contrats de protection complémentaire Santé proposée à nos concitoyens, et notamment sur leur coût.

Le ministre du Budget a d'ailleurs lui-même reconnu le bien-fondé de cette observation en indiquant qu' : « il conviendra de prévoir dans la loi de financement un mécanisme permettant de garantir les ressources de la CADES sur le long terme. Dans cette perspective, le schéma de reprise de dette retient l'apport de recettes nouvelles à partir de 2013, que ce soit par la suppression de nouvelles niches fiscales et sociales ou, à défaut, par une hausse progressive de la CRDS ». Le Gouvernement a donc proposé que le plan de financement de la CADES soit complété d'une clause, qui joue dès 2011, par laquelle il est garanti que la CADES bénéficiera en tout état de cause de l'équivalent de 0,26 point de CRDS (les recettes nécessaires à l'apurement de la dette) jusqu'à son extinction.

Pour autant, les parlementaires ont proposé au Gouvernement de modifier le schéma de financement de la CADES en prévoyant que les recettes de cette dernière soient assises sur une assiette qui est celle de la CRDS et de la CSG, réputée pérenne.

Le plan de financement a donc été ajusté, lors de l'examen du projet de loi de financement de la Sécurité sociale à l'Assemblée nationale. Le panier « assurances » est désormais affecté à la branche famille, en contrepartie la CADES bénéficie de l'affectation de 0,28 point de CSG, auparavant perçu par la branche famille, soit une recette de 3,2 milliards d'euros. Si d'aventure, les recettes du panier assurances se révélaient moins dynamiques que prévues les pertes de recettes viendraient dégrader les comptes de la branche famille.

Dans sa décision⁴ concernant la loi organique relative à la gestion de la dette sociale, le Conseil constitutionnel a pris acte de ce montage financier. Il a néanmoins estimé nécessaire de préciser, d'une part, que chaque année, la loi de financement de la Sécurité sociale devra prévoir l'ensemble des ressources affectées au remboursement de la dette sociale

4. Décision n° 2010-616 DC du 10 novembre 2010.

3

REGARDS DES ACTEURS

jusqu'au terme prévu, et, d'autre part, que le remboursement des dettes de la CADES ne pourra être financé par un transfert de ressources (ici la CSG) dégradant l'équilibre financier de la Sécurité sociale. Ainsi, si le conseil ne remet pas en cause le schéma de financement retenu par le Gouvernement, il prévient qu'il s'assurera de sa bonne exécution. Il s'agit d'une première dans la jurisprudence constitutionnelle.

Troisièmement, les déficits de l'assurance vieillesse seront financés par le recours aux actifs du Fonds de réserve pour les retraites (FRR) qui seront mobilisés au profit de la CADES. Dès la présentation du projet de loi de réforme des retraites, la possibilité de l'utilisation du fonds de réserve pour les retraites a été évoquée, puis retenue comme l'un des principaux éléments du bouclage financier de la réforme.

La LFSS pour 2011 prévoit donc le transfert immédiat (dès 2011) à la CADES de la recette que le FRR percevait jusqu'alors, soit 65 % du prélèvement de 2 % sur les revenus du capital. Selon les documents annexés au PLFSS pour 2011, son rendement sera de 1,5 milliard en 2011 puis progressera chaque année à un rythme comparable à la CRDS. Par ailleurs, le FRR versera chaque année à la CADES 2,1 milliards d'euros au titre de la réalisation de ses actifs. Selon les estimations du Gouvernement, le FRR pourra, avec un tel objectif, continuer à exercer ses activités de placement jusqu'en 2024, date à laquelle ses actifs résiduels seront transférés à la CADES.

Bien que le FRR soit mis à contribution avant 2020, le Gouvernement considère que cette contribution est conforme à la mission confiée à ce fonds qui est de participer à la pérennité du système de retraites par répartition. Ces recettes doivent permettre de transférer 62 milliards de dettes à la CADES et de financer ainsi l'amortissement des déficits de la branche vieillesse sur la période 2011-2018.

Avec ce transfert, le Gouvernement conforte le rôle de la CADES dans le traitement de la dette sociale, il retarde une nouvelle fois, malgré les intentions du législateur de faire cesser cette pratique, la date d'apurement de la dette sociale qui est maintenant fixée, dans le meilleur des cas, à 2025. Les prélèvements obligatoires demeurent inchangés puisque le Gouvernement a refusé de relever le taux de la CRDS pour financer ce nouveau transfert de dette. Pour autant, cette opération de transfert repose sur une hypothèse optimiste, le retour à l'équilibre de la branche retraites en 2018, et une impasse, le traitement du déficit de l'Assurance maladie après 2011 que l'annexe B de la LFSS pour 2011 estime pourtant à près de 25 milliards d'euros pour les années 2012, 2013 et 2014.



II. Comment améliorer le pilotage des dépenses sociales ?

Dans la LFSS pour 2011 l'action des Pouvoirs publics se concentre dans un premier temps sur la gestion du stock de dettes dont l'apurement, suivant une logique constante depuis 1996 est confié à la CADES. Mais, l'amélioration du pilotage des comptes sociaux constitue une autre préoccupation centrale du gouvernement et notamment le pilotage des comptes de la branche maladie. L'enjeu de ce pilotage est à la fois simple, améliorer la situation financière du régime général, et bigrement ambitieux puisque la loi de programmation des finances publiques pour les années 2011 à 2014 prévoit que la progression des dépenses d'Assurance maladie (ONDAM) devra être inférieure à 3 % par an durant cette période, un objectif ambitieux au regard de l'observation du passé.

L'amélioration du pilotage des dépenses sociales est donc conçue comme un instrument favorisant l'objectif fixé par le gouvernement dans la loi de programmation des finances publiques. Le renforcement des outils de pilotage doit également permettre optimiser le suivi infra-annuel des dépenses et de recettes et faciliter l'application de mesures d'ajustement des dépenses en cours d'exercice.

Concrètement dans le domaine de l'Assurance maladie, la déclinaison opérationnelle de cet objectif se traduira par la recherche des moyens d'une meilleure maîtrise de l'objectif national de dépenses d'Assurance maladie (ONDAM), en s'appuyant sur les conclusions du groupe de travail présidé par M. Briet sur le pilotage des dépenses d'Assurance maladie⁵.

A. Renforcer la crédibilité de l'ONDAM

L'Objectif national de dépenses d'Assurance maladie (ONDAM) est un objectif unique dans la loi de financement de la Sécurité sociale, il rassemble les dépenses d'Assurance maladie qui ont vocation à faire l'objet d'une régulation et ne doit pas être confondu avec les objectifs de dépenses de chaque branche.

Objet unique, l'ONDAM cristallise également un certain nombre de reproches adressé aux lois de financement de la Sécurité sociale, notamment leur absence de normativité, puisque les LFSS fixent des objectifs de dépenses et non des crédits limitatifs comme les lois de finances.

5. Rapport du groupe de travail sur le pilotage des dépenses d'assurance maladie, Raoul Briet, avril 2010.

3

REGARDS DES ACTEURS

À tort ou à raison, l'ONDAM est devenu le symbole de cette défaillance des LFSS à contenir l'évolution des dépenses d'Assurance maladie, puisque depuis la création de cet instrument, seul l'ONDAM pour 1997, c'est-à-dire le tout premier, a été respecté, tous les autres ayant fait l'objet de dépassements plus ou moins importants (pour un montant global de près de 20 milliards d'euros).

Pour la défense de l'ONDAM en tant qu'instrument de régulation des dépenses, il faut rappeler que les mécanismes contraignants initialement prévus pour assurer le respect de cet objectif (enveloppes financières limitatives, sanctions en cas de dépassement) ont été progressivement supprimés au rythme d'un débat au cours duquel le principe la maîtrise médicalisée des dépenses a supplanté une maîtrise comptable vouée aux gémonies par l'ensemble des acteurs du système de soins.

Pour tenter de pallier ces défaillances, les Pouvoirs publics ont donc engagé depuis 2004 diverses actions visant à restaurer la crédibilité de l'ONDAM. Tout d'abord, la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie a prévu d'associer l'Union nationale des Caisses d'assurance maladie (UNCAM) à la construction de l'ONDAM, en application de l'idée séduisante qu'il était nécessaire d'associer les acteurs chargés d'assurer le respect de l'ONDAM à sa définition.

La réforme de l'Assurance maladie a également prévu la création d'un comité d'alerte⁶ composé de personnalités qualifiées. Lorsque le comité d'alerte considère qu'il existe un risque sérieux de dépassement de l'ONDAM (soit un écart supérieur à 0,75 % de l'ONDAM de l'année en cours), il doit le notifier au Parlement, au Gouvernement, aux Caisses nationales d'Assurance maladie. Dans le cadre de cette procédure d'alerte, les Caisses ont l'obligation de proposer dans un délai d'un mois des « mesures de redressement », par le biais de l'Union nationale des Caisses d'Assurance maladie.

La LFSS pour 2011 renforce le rôle de ce comité d'alerte qui sera désormais chargé d'une expertise externe avant le vote de chaque loi de financement sur les hypothèses techniques qui sous-tendent la construction de l'ONDAM. Cette expertise doit mettre fin à une critique récurrente formulée à l'encontre des modalités de construction l'ONDAM depuis plus de dix ans connue sous l'expression de rebasage.

6. Vieilleribière Jean-Luc, *Le comité d'alerte*, Regards n° 36, juillet 2009.

3 REGARDS DES ACTEURS

Le rebasage comporte deux aspects. Le premier est lié au périmètre de l'ONDAM. En l'absence de définition juridique de l'ONDAM, son périmètre n'est pas stable. Au-delà de la satisfaction intellectuelle qui pourrait être éprouvée à définir le périmètre de l'ONDAM, cette question soulève la question des comparaisons d'une année sur l'autre. L'introduction progressive de nouvelles mesures dans l'ONDAM, régulièrement pratiquée, ne favorise pas les comparaisons d'une année sur l'autre et brouille l'analyse du taux de progression de l'ONDAM.

Le deuxième aspect est relatif à la base retenue pour construction de l'ONDAM. Entre 1997 et 1999, le taux de croissance de l'ONDAM a été calculé par rapport à l'objectif voté pour l'année en cours. Depuis l'année 2000, le taux de progression de l'ONDAM est calculé par rapport à la prévision d'exécution de l'objectif de l'année en cours (connu en septembre), afin de tenir compte des dépassements réellement constatés, c'est-à-dire que l'ONDAM pour une année *n* est construit sur la base d'une prévision des dépenses de l'exercice *n-1*, laquelle est corrigée des modifications de périmètre envisagées et réévaluée en fonction de la croissance tendancielle des dépenses d'Assurance maladie et de l'impact estimé des mesures nouvelles prévues.

Or, la Cour des comptes a montré que l'évaluation de cette base est effectuée « non à partir des réalisations de l'exercice *n-1*, qui, à cette date, ne sont connues au plus que pour les premiers mois, mais par une actualisation des hypothèses qui avaient permis de déterminer les montants des sous-objectifs pour l'année *n-1* ». Concrètement cette méthode se traduit par une sous-évaluation de la base de calcul pour l'année *n* qui a des conséquences négatives pour l'exécution de l'ONDAM. Ainsi, selon la Cour des comptes, « l'écart entre la prévision des dépenses de l'année *n-1* et les dépenses constatées *in fine* est à l'origine du tiers des dépassements des objectifs depuis 2005 ». Le comité d'alerte sera donc chargé de vérifier que les hypothèses qui sous-tendent la construction de l'ONDAM sont pertinentes et n'auront pas pour effet de compromettre son exécution.

L'expertise confiée au comité d'alerte comportera un second volet relatif à l'impact des mesures d'économies prises pour corriger l'évolution tendancielle des dépenses. Le rapport Briet a en effet relevé que si l'évaluation de la croissance tendancielle des dépenses tend à s'améliorer, l'évaluation des mesures d'économies arrêtées lors de la construction « apparaît en revanche plus incertaine ».

Avec cette remarque, le rapport Briet cible plus particulièrement les économies attendues des actions de maîtrise médicalisée des dépenses

3

REGARDS DES ACTEURS

qui sont souvent surévaluées. Cette remarque n'est pas nouvelle. La Cour des comptes a souligné que ces objectifs d'économies sont considérés comme réalisés à 100 % de leur impact théorique dans la construction de l'ONDAM (2,4 milliards dans la LFSS pour 2011), alors que le Programme de qualité et d'efficacité (PQE) annexé au projet de loi de financement de la Sécurité sociale concernant la branche maladie les présente comme atteints dès que les économies réalisées représentent 80 % des économies prévues. Dans son avis n° 7 du 29 mai 2009, le comité d'alerte sur l'évolution des dépenses d'Assurance maladie lui avait porté une appréciation mitigée sur le caractère effectif de ces économies soulignant que le taux d'atteinte moyen de ces objectifs était de 60 %.

Bien entendu ces mesures n'auraient qu'une portée limitée si la mise en œuvre de mesures nouvelles n'était pas conditionnée à leur compatibilité avec l'ONDAM voté. La LFSS pour 2008 avait déjà prévu que la mise en œuvre de toute mesure conventionnelle de revalorisation tarifaire par voie conventionnelle serait suspendue en cas de déclenchement de la procédure d'alerte. Selon un raisonnement similaire, la LFSS pour 2009 avait organisé un dispositif de régulation des tarifs hospitaliers en cas de dépassement de l'ONDAM.

Ces mécanismes de mise en œuvre conditionnelle des dépenses sont liés au déclenchement de la procédure d'alerte, mais comme l'a remarqué le rapport Briet, il n'existe pas de dispositif de mise en œuvre conditionnelle des mesures nouvelles hors ces mécanismes. Le groupe de travail a donc proposé que toute mesure nouvelle prise en cours d'année, et ayant un impact financier fasse l'objet d'un examen de compatibilité avec l'ONDAM voté par le Parlement. L'appréciation technique est assurée par un comité de pilotage de l'ONDAM (cf. *supra*), la décision finale demeure du ressort du gouvernement. La portée de cette proposition reste à mesurer. Comment par exemple, seront appréciées dans ce cadre les mesures de revalorisation du point de la Fonction publique dont bénéficient les fonctionnaires hospitaliers et dont l'effet financier sur l'ONDAM est certain ?

Le rapport Briet a également estimé que le suivi infra-annuel des dépenses et la gestion du risque de dépassement sont insuffisants, d'une part, et que la procédure d'alerte n'apparaît pas suffisamment dissuasive, d'autre part. Dans ses conclusions, il a donc préconisé d'autres mesures relatives au contrôle des dépenses et notamment le recours à des dispositifs plus contraignants, inspirés de la loi de finances, comme la mise en réserve ou le gel de crédits. Ainsi des mesures nouvelles pourraient se voir appliquer une mise en œuvre conditionnelle.



B. Organiser une régulation infra-annuelle des dépenses

Le contrôle des dépenses d'Assurance maladie a reposé jusqu'à récemment sur un dispositif faiblement institutionnalisé. Deux fois par an, en juin et septembre, la commission des comptes de la Sécurité sociale faisait le point sur les comptes de la dernière année écoulée et de l'année en cours. Depuis 2004 ce dispositif a été complété par la mise en place d'un comité d'alerte chargé de se prononcer sur l'exécution de l'ONDAM à mi-année. Puis, en 2005, la LOLFSS a précisé que les lois de financement étaient composées de quatre parties, dont deux respectivement consacrées à la validation des dépenses du dernier exercice clos et à la régulation des dépenses de l'année en cours.

Le rapport Briet a estimé nécessaire de proposer des mesures plus contraignantes pour assurer un meilleur pilotage de l'ONDAM, notamment en abaissant progressivement le seuil de déclenchement de la procédure d'alerte et en instaurant des mécanismes systématiques de mise en réserve de crédits budgétaires. Ces nouveaux outils doivent permettre d'éclairer les décisions des Pouvoirs publics en cours d'année « en vue d'assurer le respect de la contrainte » posée par l'ONDAM.

Ces recommandations s'appuient sur le retour d'expérience tiré du déclenchement de la procédure d'alerte au printemps 2007, seul cas de mise en œuvre connu. En effet, le bilan de cette expérience est mitigé. Ainsi que le rappelle la Cour des comptes (RALFSS 2010), la prévision de dépassement annoncée par le comité d'alerte a été inférieure au dépassement entériné par la LFSS pour 2009 (le comité d'alerte prévoyait un dépassement de 2 milliards d'euros, contre 3 milliards d'euros après arrêt des comptes). Le déclenchement de la procédure d'alerte n'a donc pas pu limiter de façon significative le dépassement annoncé par le comité d'alerte. Cette situation est explicable pour deux raisons. Tout d'abord, la possibilité d'une sous-évaluation du dépassement avait été envisagée par le comité d'alerte lui-même, dans son avis du 6 avril 2007, en raison de l'absence d'informations sur les dépenses hospitalières. Ensuite, le paquet d'économies présenté par la CNAM, selon les modalités de la procédure d'alerte, qui avoisinait les 1,5 milliard d'euros en année pleine s'est révélé insuffisant à contenir le dépassement, les mesures proposées n'ayant qu'un faible impact budgétaire immédiat.

Les mesures proposées par le rapport Briet visent donc à donner une efficacité plus grande à la procédure d'alerte en procédant à deux

3.

REGARDS DES ACTEURS

ajustements. Tout d'abord en abaissant le seuil du déclenchement de la procédure d'alerte de 0,75 % à 0,5 %, soit 500 millions d'euros. Proposé par amendement par la commission des affaires sociales du Sénat, l'abaissement du seuil de déclenchement de la procédure d'alerte a été repoussé par le Gouvernement qui souhaite que cette baisse du seuil de déclenchement se fasse progressivement entre 2011 et 2013, le temps d'adapter les moyens d'informations sur les dépenses hospitalières.

Ensuite, en recourant à des pratiques budgétaires classiques : la mise en réserve ou le gel de crédits. Le rapport Briet propose ainsi de mettre en réserve une fraction des dotations, ces crédits ne seraient affectés qu'au fur et à mesure de la bonne exécution de l'ONDAM. Cette mise en réserve est bien entendu distincte des mesures d'économies décidées lors de la construction de l'ONDAM, elle vient en sus de ces mesures.

Ce dispositif est inspiré de celui mis en œuvre pour le budget de l'État, sur la base de l'article 51 de la LOLF, lequel pose le principe de la mise en réserve tandis que le projet de loi de finances précise le taux de mise en réserve des crédits (5 % sur les dépenses hors personnel et 0,5 % sur les dépenses de personnel).

L'application de cette régulation soulève néanmoins un problème d'ordre méthodologique, elle ne peut pas s'appliquer à une partie conséquente des sommes composant l'ONDAM. Le groupe de travail ne méconnaît d'ailleurs pas cette situation, il considère que l'assiette potentielle susceptible d'être soumise à régulation, environ 22 milliards d'euros (sur 167,1 milliards d'euros, soit environ 14 %), est fortement concentrée sur les secteurs hospitalier et médico-social.

Ces techniques de mise en réserve ou de gels des crédits n'étaient utilisées que parcimonieusement dans les LFSS des années précédentes. Seule la deuxième partie des LFSS (exécution de l'année en cours) était l'occasion de procéder à une régulation infra-annuelle des dépenses, généralement sur les dotations attribuées au FMESPP et au FIQCS (cf. par exemple LFSS pour 2011, qui propose initialement une régulation légèrement supérieure à 300 millions d'euros). Le Gouvernement a d'ores et déjà fait part de son intention de recourir plus systématiquement à la mise en réserve de crédits, qu'il a déjà expérimenté au cours de l'année, le Gouvernement a déjà expérimenté ces nouvelles modalités de recours à la mise en réserve des crédits. Alors que dans son avis du 28 mai 2010, le comité d'alerte avait fait état d'un risque de dépassement de l'ONDAM de 600 millions d'euros, le Gouvernement s'est engagé le même jour à

3 REGARDS DES ACTEURS

prendre un certain nombre de mesures correctrices d'un montant équivalent. Ces mesures concernent les médicaments, les indemnités journalières et un gel des délégations de crédits hospitaliers et médico-sociaux (dont la dotation versée à la CNSA au titre de l'ONDAM médico-social).

Enfin, le rapport Briet préconisait une nouvelle gouvernance pour suivre les évolutions de l'ONDAM. Outre le renforcement du rôle du comité d'alerte, il suggérait la création d'un comité de pilotage chargé du pilotage intégré de l'ensemble des secteurs de l'ONDAM ainsi que d'un groupe de suivi statistique qui aurait également pour rôle de proposer des mesures de renforcement de la qualité et de la fréquence des remontées d'informations, dans le but notamment de disposer de prévisions d'exécution plus tôt dans l'année. Ce groupe assiste le comité de pilotage de l'ONDAM, il réunit depuis le mois de juin 2010 les représentants des différentes administrations concernées par le pilotage de l'ONDAM.

La LFSS pour 2011 propose également d'augmenter la fréquence des avis obligatoires du comité d'alerte en prévoyant un premier avis dès la mi-avril. Le comité rendra ensuite un avis sur le respect de l'ONDAM avant le 1^{er} juin (procédure actuelle), puis un avis avant le 15 octobre en cas d'erreur manifeste dans la construction de l'ONDAM (cf. *supra*).

Le rapport Briet a ainsi recherché, selon les termes de sa conclusion, « les moyens d'assurer un respect plus strict de l'ONDAM ». La réforme proposée, et mise en œuvre par le Gouvernement, apporte donc une réponse essentiellement institutionnelle aux dépassements de l'ONDAM en préconisant d'accroître considérablement les outils de suivi de cet objectif.

A background image showing a group of people in a meeting or conference setting, with a blue gradient overlay. The image is slightly blurred and has a perspective effect, appearing to be on a screen or a wall.

Mondialisation : le retour du social ?

Agnès Plassart

Déléguée du GIP SPSI (Groupe d'Intérêt Public Santé et Protection Sociale Internationale)

Christian Rollet

Président du CIAS (Centre Intercommunal d'Action Sociale)

Du 10 au 14 juin 2010, le centre de congrès de Hong Kong a rassemblé 2 500 spécialistes du travail social et du développement social de plus de 120 pays. Cette impressionnante réunion a été le fruit du travail conjoint de trois ONG mondiales, dont les racines communes remontent à la conférence de Paris de... 1928 : l'Association internationale des écoles de travail social, le Conseil international d'action sociale et la Fédération internationale des travailleurs sociaux. Pour la première fois de leur histoire, ces trois organisations ont décidé, avec succès, de créer conjointement une conférence mondiale.

Les Français présents, une vingtaine, ont contribué aux débats de manière active en s'exprimant oralement et par écrit et en organisant des ateliers francophones. Ceci est le résultat d'une préparation efficace réalisée par deux institutions entre lesquelles un partenariat s'est établi : le GIP SPSI (Groupement d'Intérêt Public Santé Protection Sociale Internationale) et le CFADS (Comité Français pour l'Action et le Développement Social). Représentants de Caisses de Sécurité sociale, et notamment le président de la CNAF, de la CNSA, universitaires, militants associatifs et naturellement responsables du GIP et du CFADS ont pu témoigner de la Protection sociale et de l'action sociale française.

L'allocution d'ouverture a été prononcée par M. Sha Zukang, secrétaire général adjoint de l'ONU, responsable du service des affaires économiques et sociales ; il a appelé à la mobilisation autour des Objectifs du millénaire pour le développement (OMD) et souligné le rôle de la société civile en la matière.

Au-delà de l'occasion unique offerte aux participants d'échanger et de réfléchir en commun sur les grands sujets sociaux du moment, les organisateurs ont voulu, non sans ambition, proposer l'élaboration d'un « agenda » social mondial. Conscients de l'impossibilité de le construire en quelques jours, malgré un travail préparatoire en amont, ils ont au moins voulu lancer un processus et poser des jalons.



Que ressort-il de ce projet d'« agenda » social mondial ?

Quatre grands thèmes ont été dégagés pour illustrer ce qui paraît prioritaire pour faire face aux défis du monde d'aujourd'hui dans le secteur social :

- pour contrer une augmentation des inégalités entre régions du monde et à l'intérieur de chaque pays, que les crises alimentaire et financière entretiennent, il est nécessaire d'instaurer un socle de Protection sociale universel et d'intégrer réellement les politiques économiques et sociales ;
- du fait du développement de la violence et d'autres formes de domination, du terrorisme, des migrations forcées, de l'érosion des droits de l'Homme dans différentes parties du monde, on assiste à une dégradation de la dignité et de la valeur de la personne ; la communauté internationale doit redresser la situation et promouvoir le respect des diverses expressions des populations ;
- face au besoin urgent de protéger l'environnement physique, il faut s'appuyer sur les populations locales pour trouver des réponses durables des points de vue social, humain et écologique ;
- les services sociaux au sens large ont un rôle primordial pour maintenir des relations humaines partout où elles sont menacées par une évolution qui les disloque par l'exclusion ou l'isolement (structures familiales, vieillissement, situations de handicap...) : ils doivent apporter des réponses intégrées et créatives aux défis de la déshumanisation de la vie quotidienne.

Ce premier jet de l'« agenda » social mondial est destiné à être discuté et enrichi, notamment à travers un débat interne aux trois ONG à l'origine de la conférence. Une nouvelle version en sera donnée en mars 2011 à l'occasion de la journée mondiale du travail social. La conférence de Stockholm, du 9 au 12 juillet 2012, toujours sous l'égide des trois associations, sera l'occasion d'une actualisation.

Le présent article entend mettre le projecteur sur le premier des quatre thèmes retenus par la conférence de Hong Kong, à savoir le rôle de la Protection sociale et en particulier la promotion d'un socle universel, sorte de minimum social mondial garanti. Le CIAS a pour sa part décidé d'en faire un axe essentiel de sa stratégie.

La Protection sociale naît souvent des crises

Un rappel historique est nécessaire pour établir le lien entre le développement de la Protection sociale et les périodes de crise grave, guerres ou dépressions économiques. Ceci d'autant plus qu'en la matière on a parfois la mémoire courte.

3

REGARDS DES ACTEURS

Les premières institutions de Sécurité sociale créées par Bismarck en Allemagne à la fin du XIX^e siècle ne sont pas nées d'une crise, mais plutôt de l'anticipation lucide et réaliste d'une menace de crise sociale due au développement rapide de l'industrialisation et à la montée d'une classe ouvrière aux conditions de vie précaires.

En revanche, clairement, la grande dépression de la fin des années vingt a conduit à l'adoption en 1935 par le Congrès des États-Unis du « Social Security Act », base du « welfare » dans ce pays.

Il n'est pas douteux non plus que la seconde guerre mondiale a fait germer des projets ambitieux de Protection sociale qui se sont développés une fois la paix revenue. On sait le rôle du Conseil national de la résistance en France pour la promotion de la Sécurité sociale, sur la base d'un consensus national, alors que l'accouchement des assurances sociales dans les années 30 avait été douloureux. De même le rapport Beveridge, demandé par Churchill pendant la guerre, a été à l'origine du système de protection dit universel, autre grande référence en la matière.

Avant la fin de la guerre, en 1944, à Philadelphie, l'OIT est à l'origine d'une déclaration selon laquelle « une paix durable ne peut être établie que sur la base de la justice sociale ». Avant la création de l'ONU, s'affirme, selon le titre d'un ouvrage d'Alain Supiot : « L'esprit de Philadelphie »¹.

Le lien entre la Protection sociale et les crises s'est en partie distendu après la reconstruction et surtout avec la fin des « Trente glorieuses ».

Ce qu'il est convenu d'appeler le « consensus de Washington », doctrine énoncée en 1989 par Williamson mais conçue bien avant, a été à l'origine notamment des plans d'ajustement structurel préconisés par le FMI pour résoudre les nombreuses crises financières intervenues de par le monde dans les décennies 80 et 90. Ces plans reposaient sur une discipline macroéconomique stricte, l'austérité budgétaire, l'extension de l'économie de marché et l'ouverture internationale ; ils ont souvent provoqué des drames sociaux et le moins qu'on puisse dire est qu'ils ne correspondent pas à l'esprit de Philadelphie (Alain Supiot parle du « grand retournement », de la justice sociale au marché total). La Protection sociale dans cette approche est plutôt considérée comme un coût insupportable que comme une solution aux crises.

Pendant plusieurs décennies, les orientations libérales ont prévalu de manière dominante ; certes le « sommet social » de Copenhague en 1995 a constitué une tentative de réhabilitation par l'ONU des orientations

1. Alain Supiot, « L'esprit de Philadelphie, la justice sociale face au marché total », Seuil, janvier 2010.

3 REGARDS DES ACTEURS

préconisées par l'OIT. Mais les engagements pris, notamment en matière d'emploi, sont restés sans véritable suite, même si la commission du développement social de l'ONU en effectue l'évaluation avec le plus grand sérieux. L'adoption des OMD en 2000 a marqué un retour au réalisme, à travers la fixation d'un nombre réduit d'objectifs chiffrés assorti d'indicateurs de résultats, au demeurant ambitieux, en particulier concernant la lutte contre la pauvreté.

Pourtant la réalité est plus complexe, ne serait-ce que du fait des oppositions qui ont parfois mis en échec l'application des préconisations du FMI.

Un article récent de Naren Prasad et Megan Gerecke paru dans la revue « *global social policy* »² (*social security spending in times of crisis*) présente une analyse très documentée du sujet. Il est impossible de résumer la description donnée par les auteurs de plusieurs dizaines de cas, mais leur conclusion générale est bien que les crises économiques sont à l'origine d'un renforcement des systèmes de Protection sociale qui perdure après la crise, même si c'est parfois à un niveau moindre.

Dans le cas des crises asiatiques, les disciplines fiscales imposées par le FMI ont le plus souvent allongé et aggravé la crise, mais devant l'inefficacité des mesures proposées, les gouvernements ont souvent adopté des dispositifs contra-cycliques en remplacement des politiques d'austérité. La Corée du sud, qui est sortie de la crise avec succès, est le pays qui a poussé le plus loin la mise en œuvre de politiques sociales (Assurance maladie universelle, pensions de retraite, assurance chômage...). Le taux de couverture de l'assurance chômage est passé de 12 % en 1999 à 50 % en 2004.

La question posée est de savoir si, avec l'arrivée d'une nouvelle crise mondiale, alimentaire d'abord, puis financière et économique, un nouveau retournement n'est pas en train de se produire, dans les esprits tout au moins.

Depuis des années déjà, par exemple, la Banque mondiale considère que l'éducation et la santé constituent les éléments clés de la constitution du capital humain qu'il convient de préserver en cas de crise. La lutte contre la pauvreté est désormais un thème récurrent des travaux de la Banque mondiale ; parmi d'innombrables illustrations de cette préoccupation, on citera l'appui apporté par la banque aux recherches entreprises

2. « *Global social policy* », volume 10, number 2, August 2010, pp. 218 à 242.

par ATD Quart-Monde, association caritative française bien connue, qui a pris une large dimension internationale³.

Mais le FMI lui-même a révisé ses analyses et reconnu les effets pervers que contenaient les politiques d'ajustement structurel qu'il a préconisées.

S. Akbar Zaidi, dans le même numéro de « global social policy » déjà cité, analyse cinq rapports de la Banque mondiale de 2008 contenant selon lui une approche nouvelle des politiques sociales (*a new social policy*). Il y trouve l'idée, certes connue, que les politiques sociales peuvent contribuer au développement du capital humain. Il y trouve aussi un concept plus radical, et nouveau dans l'institution, que la pauvreté trouve en partie son origine dans des facteurs qui maintiennent les inégalités, et que certaines structures de pouvoir rendent inefficaces les politiques de lutte contre la pauvreté.

Dans son excellent ouvrage : « Notre maison brûle au sud »⁴, Serge Michailof, parle des « désillusions du tout social » à propos des OMD ; et il s'agit pourtant d'une forme atténuée des engagements du sommet de Copenhague... Il s'agit sans doute d'une opinion dominante. Mais n'est-elle pas en train d'évoluer sous l'effet des ravages de la crise ? Ainsi le FMI et l'OIT ont présenté un rapport conjoint à la conférence d'Oslo du 13 septembre 2010 dont la première partie rédigée par le FMI a un titre sans équivoque : « Les coûts humains de la récession ». Bref, le « social » n'est-il pas de retour sous l'effet de la crise financière mondiale, la plus grave depuis celle de 1929, qui est devenue une crise humaine et de développement.

La Protection sociale, facteur de développement économique

Apparue dans les pays développés, la crise a gagné rapidement et inexorablement l'ensemble des pays en développement. Les pays les plus pauvres sont particulièrement vulnérables car ils ne disposent pas des ressources nécessaires pour redresser la situation. Vingt millions de personnes supplémentaires basculent dans la pauvreté chaque fois que la croissance ralentit de 1 % dans les pays en développement. La crise

3. « Participatory approaches to attacking extreme poverty », World bank working paper n° 77, par Xavier Godinot, directeur de recherche à l'institut du mouvement ATD Quart-Monde et Quentin Wodon, spécialiste de la pauvreté à l'unité Afrique de la banque.

4. Serge Michailof et Alexis Bonnel, « Notre maison brûle au sud : que peut faire l'aide au développement ? », Fayard, 2010.

3 REGARDS DES ACTEURS

actuelle d'après les estimations de la Banque mondiale devrait conduire quelques 64 millions de personnes supplémentaires dans la pauvreté (vivant avec moins de 1,25 dollar par jour) en 2010⁵.

Les perspectives de réalisation des objectifs de développement pour le millénaire, déjà préoccupantes avant la crise, sont encore plus alarmantes aujourd'hui. La crise financière et économique actuelle vient s'ajouter à la flambée des prix des produits pétroliers et alimentaires de 2008. Les envois de fonds des travailleurs migrants ont aussi baissé de l'ordre de 7 % à 9 % en 2009 – un revirement qui contraste avec la progression à deux chiffres enregistrée ces dernières années. La reprise s'amorce, mais le relèvement sera cependant lent et pour les pays en développement les répercussions économiques et humaines risquent de se faire sentir encore quelques années au risque d'annuler plusieurs décennies de progrès. « Ainsi, on ne peut malheureusement pas s'attendre à une reprise miraculeuse après une crise aussi grave, car il faudra des années pour reconstruire les économies et redresser la situation de l'emploi. Les pauvres seront durement touchés », selon Justin Lin, économiste en chef et premier vice-président de la Banque mondiale en janvier 2010.

Face à ces défis, la communauté internationale a réaffirmé son engagement à lutter contre la pauvreté, à promouvoir un développement économique durable en assurant notamment son attachement à la réalisation des objectifs du millénaire pour le développement. La Protection sociale est désormais perçue comme une politique nécessaire pour sortir rapidement et durablement de la pauvreté, la crise ayant agi comme un révélateur d'un processus déjà à l'œuvre.

Il est reconnu que la Protection sociale est accessible à des pays en développement, notamment les pays émergents riches d'une classe moyenne en forte expansion, disposant de revenus et d'épargne et demandeuse de démocratie sociale. La croissance et le dynamisme économique doivent permettre en donnant un emploi décent suffisamment rémunéré d'obtenir une sécurité de revenus pour le salarié et sa famille. Mais il est également admis que la Protection sociale doit fournir une sécurité de revenus en cas de matérialisation de risques tels que la vieillesse, la maladie, l'invalidité, la maternité et le chômage en sus de soins adéquats pour tous.

La Protection sociale, si elle est bien gérée, permet de rendre équitable la croissance économique et partant de renforcer sa durabilité. Elle

5. Tous les chiffres sont tirés du Global Economic Prospects – GEP 2010 de la Banque mondiale.

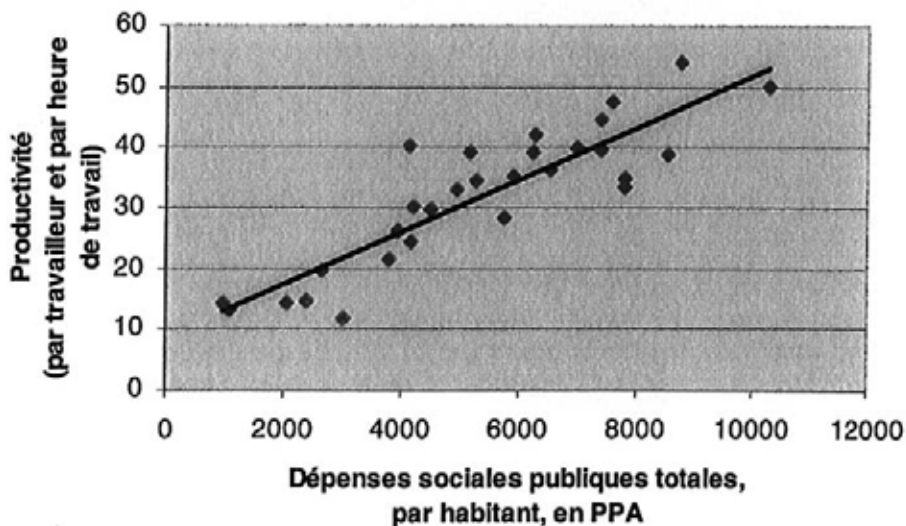
est considérée, fait plutôt nouveau, comme utile aux pays en développement qui peuvent se le permettre pour un coût supportable pour leurs finances publiques. Elle facilite les changements structurels et technologiques liés à la croissance qui exigent une main-d'œuvre adaptable

et mobile.

L'expérience des pays développés, de l'Europe et de la France témoignent de ces liens.

Ainsi comme le montre le tableau ci-dessous, il existe une forte corrélation positive dans les pays de l'OCDE entre les dépenses sociales par habitant et la productivité du travail (PIB par heure de travail)⁶.

Corrélation entre la productivité par heure de travail et les dépenses sociales par habitant, dans les pays de l'OCDE, en 2001



De manière générale, il convient de rappeler les arguments traditionnels évoqués sur la complémentarité entre performance économique et Sécurité sociale :

- la Protection sociale peut contribuer au dynamisme économique en permettant aux entreprises d'employer des travailleurs en « bonne santé ». Ainsi les économistes de l'OMS estiment qu'une augmentation de 10 % de l'espérance de vie induit une croissance du PNB de 0,3 à 0,4 % par an ;

6. Questions de Protection sociale, document de réflexion n° 16, août 2006 de l'OIT. Ce sujet fait toutefois l'objet de débats.

3 REGARDS DES ACTEURS

- les efforts faits en matière de prévention des accidents de travail et des maladies professionnelles constituent également un soutien à l'activité économique ;
- par ailleurs, certaines dépenses sociales constituent un investissement en capital humain qui améliore la croissance potentielle⁷ en élevant la quantité et la qualité de la main-d'œuvre ;
- les dépenses de Protection sociale exercent également un effet levier pour la création d'emploi dans le secteur privé⁸.

La période de crise actuelle rend la Protection sociale encore plus opérationnelle pour stimuler le développement économique et lutter contre la pauvreté *via* les « stabilisateurs automatiques ». Les stabilisateurs automatiques sont les mécanismes qui permettent aux finances publiques d'atténuer spontanément c'est-à-dire sans décision discrétionnaire de politique économique, l'impact des chocs économiques sur la croissance.

En période de récession économique, les prestations sociales se maintiennent (santé, retraite) ou augmentent de façon spontanée (indemnisation du chômage, prestations sous condition de ressources) tandis que les prélèvements qui les financent assis sur la masse salariale ou l'activité économique diminuent. Cela contribue, à réglementation inchangée, à soutenir le revenu des ménages avec un impact contra-cyclique d'autant plus important que les prestations sociales représentent une part importante du PIB et que l'assiette des prélèvements est sensible aux fluctuations de l'activité économique⁹.

Selon les estimations pour la France, un déficit de croissance de 1 point se traduit par une dégradation du solde public d'environ 0,5 point. L'effet en retour de ces stabilisateurs contribue à limiter le déficit de croissance à 0,2 point de PIB. Ainsi les stabilisateurs automatiques permettent d'atténuer environ 1/5 des chocs au bout d'un an¹⁰.

L'OCDE¹¹ estime, à partir d'une étude sur 16 pays, que, face à un choc économique, les dépenses sociales à elles seules ont un effet de lissage de 16 %. Au sein des différentes sous-catégories, les dépenses

7. Il s'agit de la croissance qui résulte de l'offre des facteurs de production, capital, travail et progrès technique. Elle est déterminée par les ressources en main-d'œuvre, le stock de capital et la productivité des facteurs.

8. En France, les secteurs qui se développent le plus aujourd'hui sont les secteurs de la santé, du travail social, de l'aide à domicile, secteurs largement aidés par la Sécurité sociale.

9. Pour mémoire, les dépenses de Protection sociale en France atteignaient 31,5 % du PIB en 2005 pour une moyenne européenne à 27,2 %. Si l'on inclut la taxation, la France atteint 28,1 % pour une moyenne à 26,1 %, source Eurostat, avril 2008 et décembre 2009.

10. Rapport sur l'évaluation de l'économie nationale et sur les orientations des finances publiques, juin 2009, encadré p. 25.

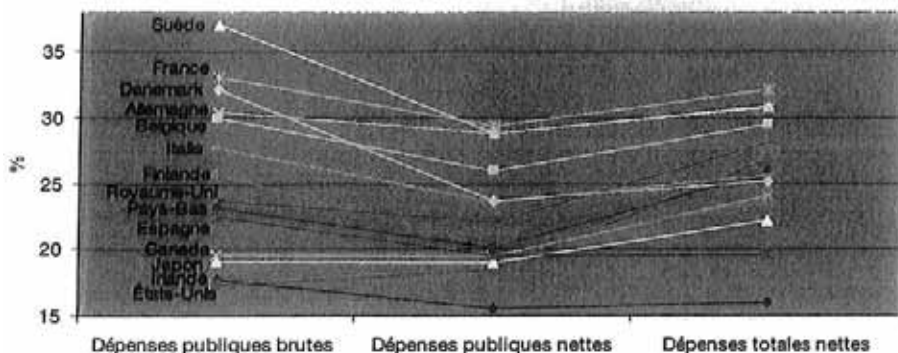
11. David Furceri, « OCDE, Stabilization effects of social spending », 27 février 2009.

3

REGARDS DES ACTEURS

sociales relatives aux pensions et au traitement du chômage sont celles qui contribuent le plus au lissage. Par ailleurs, les effets de stabilisation de dépenses sociales sont significativement plus grands dans les pays où la taille des dépenses sociales est la plus élevée.

Le financement de la Protection sociale est également une composante de la performance économique avec des coûts qui ne doivent pas nuire à la compétitivité économique. À cet égard il faut dépasser dans la comparaison des systèmes la seule prise en compte des dépenses de Protection sociale collectives. Le calcul doit comparer le coût de la Protection sociale maladie, vieillesse, accident du travail, qu'il soit internalisé ou externalisé dans l'entreprise. L'OCDE calcule ainsi pour chacun de ses membres une dépense nette de Protection sociale en pourcentage du PIB qui est obtenue en retranchant à la dépense publique brute les impôts et taxes prélevés sur les prestations et en ajoutant à cette dernière les dépenses privées obligatoires et les dépenses de régime établis par la négociation collective de branche et d'entreprise. Les disparités entre pays de l'OCDE se réduisent, comme le montre le tableau ci-dessous, extrait de la note de veille du conseil d'analyse stratégique de septembre 2008.



Au-delà de cet aspect conjoncturel, la Protection sociale a un double impact redistributif et de lutte contre la pauvreté particulièrement efficace.

Plusieurs études permettent d'illustrer le propos :

- un rapport de l'OCDE de 2005 souligne que « parmi les différents pays, ceux dans lesquels les taux de pauvreté relatifs sont les plus faibles sont ceux où les dépenses sociales (autres que les dépenses de santé) en faveur de la population en âge de travailler sont les plus élevées. Dans chaque pays, les systèmes fiscaux et les régimes de prestations ont pour effet combiné de faire sortir de la pauvreté relative en termes de revenu plus de la moitié – en moyenne – de la population exposée



aux risques. Cet effet s'est atténué toutefois récemment car l'augmentation de la valeur réelle des prestations n'a pas suivi celle du revenu disponible moyen ¹² » ;

- un second rapport publié à l'automne 2008 par l'OCDE sur l'évolution des inégalités et de la pauvreté montre qu'il existe une concordance entre inégalités globales de revenus et fréquence de la pauvreté. La pauvreté et l'inégalité s'aggravent depuis 5 ans dans les pays de l'OCDE et le travail seul ne suffit pas à éviter la pauvreté. Les Services publics comme l'éducation et la santé sont plus également répartis que les revenus. Le fait de majorer les revenus des bénéficiaires du coût de ces services réduit les inégalités. Cette étude montre bien le rôle majeur des dépenses collectives en santé, éducation et logement sur la réduction des inégalités.

L'initiative pour le socle universel de Protection sociale

Depuis plusieurs années déjà, certains experts des organisations internationales, notamment de l'OIT à Genève et du département économique et social de l'ONU à New York, travaillent à l'étude et la promotion d'un système universel de Protection sociale de base, partant du fait que 80 % de la population mondiale n'en bénéficie pas à un niveau acceptable. Ils ont élaboré le concept de socle universel de Protection sociale.

À la différence des différents « filets de sécurité » pour les plus pauvres, qui ne concernent pas toute la population (tout dépend de la finesse du maillage du filet...), le socle dont il est question constitue une base minimum solide accessible à tous. Une partie de ce socle existe déjà dans certains pays, qu'il convient alors d'élargir et de renforcer. Et des étages peuvent être, et sont parfois déjà, édifiés sur ce socle.

Deux composantes essentielles constituent le socle de Protection sociale :

- l'accès à des services essentiels de base disponibles de manière continue (eau potable, santé, éducation, soutien d'un travailleur social) ;
- l'organisation de transferts sociaux, en espèces ou en nature, aux populations les plus vulnérables (garantissant la sécurité alimentaire et un revenu minimum à ceux qui ne peuvent pas travailler : enfants, handicapés, chômeurs, personnes âgées).

12. M. Forster et M. Mira d'Ercole, « Document de travail sur les affaires sociales, l'emploi et les migrations », n° 22, Paris, 2005.

3

REGARDS DES ACTEURS

Ces prestations représentent évidemment un coût pour les finances publiques. Les experts du BIT ont élaboré des simulations¹³ qui aboutissent à un coût de l'ordre de 4 % à 10 % du PIB : ce niveau est jugé abordable, un recours au secteur privé ou à une aide extérieure s'avérant nécessaire dans le cas de pays pauvres.

Par exemple, un scénario pour le Sénégal aboutit à une dépense de l'ordre de 6 % du PIB. À ce prix, le socle comprend les éléments suivants :

- une pension de 30 % du PIB par tête, avec un minimum de 1 \$ par jour aux personnes âgées de plus de 65 ans et aux personnes lourdement handicapées ;
- une allocation de 15 % du PIB par tête par enfant, avec un maximum de 0,5 \$ par jour ;
- une allocation de 30 % du PIB par tête aux chômeurs pendant 100 jours, avec un maximum de 1 \$ par jour ;
- un accès aux soins essentiels en nature, ou par le biais d'une assurance sociale.

Ces travaux ont reçu un accueil positif assorti d'un scepticisme qu'on peut imaginer : peut-on mettre en œuvre un tel dispositif et vaincre tant les obstacles techniques que les résistances politiques et financières ?

Un évènement s'est produit en avril 2009 qui a enclenché une dynamique dont on ne peut encore mesurer la force, mais qui brise un peu la routine des déclarations purement formelles. En effet les chefs de service de toutes les agences de l'ONU, et l'ensemble des responsables d'une vingtaine d'organisations internationales concernées ont décidé de soutenir conjointement l'initiative pour le socle universel de Protection sociale et de coordonner leurs efforts à cet effet. Deux institutions, l'OIT et l'OMS, sont chargées d'assurer le leadership de l'initiative et 19 agences ont décidé d'y coopérer, parmi lesquelles la FAO, l'UNESCO, l'UNICEF et, fait significatif, le FMI et la Banque mondiale. Cette unanimité est rare et constitue évidemment un facteur de succès.

Depuis lors, on assiste à une prolifération de marques de soutien. Un groupe d'ONG s'est constitué pour relayer l'initiative auprès de la société civile : parmi elles, on peut citer l'AISS (Association internationale de Sécurité sociale) et le CIAS, qui s'est engagé à Hong Kong à promouvoir le socle universel de Protection sociale.

13. BIT, département de Sécurité sociale, 2008.

3 REGARDS DES ACTEURS

De nombreux gouvernements, dont le gouvernement français, ont décidé d'apporter également leur soutien à l'initiative. Les expériences nationales de mise en place d'éléments du socle sont mises en commun et étudiées. L'ONU et les agences constituent un réseau mondial de conseil destiné à aider les pays à analyser leur situation et lancer des projets.

Le centre international de formation de l'OIT à Turin est mis à contribution.

Pendant l'été 2010, l'initiative a mis en place un groupe consultatif mondial, présidé par Mme Bachelet, ancienne présidente de la République du Chili, et dont fait partie M. Hirsch, ancien haut-commissaire aux solidarités actives contre la pauvreté et à la jeunesse. Un portage politique existe donc désormais.

Sans doute faut-il faire le lien avec le sommet de l'ONU qui a examiné, cinq ans avant l'échéance, l'état d'avancement des réalisations des OMD. Comme le soulignait M. Sha dans son discours introductif à la conférence de Hong Kong, en matière de lutte contre la pauvreté la situation est difficile, du fait des effets des crises alimentaire et financière ; il indiquait qu'entre 1990 et 2005, le nombre de personnes vivant avec moins de 1 \$ par jour avait augmenté de 92 % dans l'Afrique subsaharienne, et que la situation a empiré depuis. Il insistait pour dire que l'amélioration globale des résultats de la lutte contre la pauvreté tenait en grande partie à la situation en Chine, mais qu'ailleurs on pouvait être inquiet.

Précisément, la Protection sociale apparaît comme une des réponses pertinentes aux risques d'aggravation de la pauvreté. L'atteinte des OMD en 2015 se trouve, sur ce point comme sur d'autres (en matière de santé), liée au succès de la mise en œuvre d'un socle universel de Protection sociale. On peut comprendre l'importance d'une mobilisation autour de cette initiative, qui tombe à point.

En ce sens, peut-être sommes-nous en train de vivre une forme de « retour du social ». En tout cas, il existe des signes d'évolution des esprits : c'est une condition nécessaire. Chacun sait bien sûr qu'elle n'est pas suffisante.

En effet, de fortes résistances se font jour, chez les assureurs privés mais aussi parmi les bénéficiaires potentiels eux-mêmes, lorsqu'il s'agit de créer un système social nouveau qui implique forcément un certain degré de contrainte. Comme le dit fort bien Esther Duflou¹⁴, à propos de

14. Esther Duflou, « La politique de l'autonomie, lutter contre la pauvreté II », Seuil et La politique des idées, janvier 2010, pp. 56 et suivantes.

3

REGARDS
DES ACTEURS

l'Assurance maladie : « L'assurance est perçue comme un impôt par ceux, largement majoritaires, qui ne tombent pas malades... La prime d'assurance est payée aujourd'hui, mais les bénéficiaires ne sont perçus que plus tard, dans un avenir incertain, voire jamais ». On peut étendre la remarque à tout système collectif (retraite, chômage...) basé sur une contribution générale. Et les systèmes non contributifs de prestations ciblées sur les plus pauvres se heurtent à d'autres obstacles (corruption, clientélisme, fraude...).

La Protection sociale, objet de coopération internationale

Le retour du social dans la mondialisation induit des besoins croissants de partenariat dans le champ de la santé et de la Protection sociale avec les pays émergents et les pays les moins avancés.

La Protection sociale française et ses experts ont beaucoup à apporter dans la réponse à cette demande qui concerne des sujets aussi divers que l'administration électronique de santé, la prise en compte de l'économie informelle, les prestations conditionnelles comme le revenu de solidarité active ou la mise en place d'un minimum vieillesse. Il ne s'agit pas de proposer des panacées, des modèles passepartout. L'expertise apportée doit être pragmatique, à l'écoute des demandes. C'est un investissement important de tous les acteurs français, de mobilisation des experts, parfois difficile dans un contexte budgétaire contraint. C'est le rôle du GIP SPSI créé en 2005 et renouvelé en 2010 de valoriser et promouvoir l'offre française dans le champ de la santé et de la Protection sociale. Le GIP SPSI est un acteur reconnu des Pouvoirs publics, des organismes étrangers de santé et Protection sociale, ainsi que des grandes organisations internationales. L'action du GIP SPSI à l'étranger se fait sous quatre formes principales : les actions de coopération bilatérales, les missions exploratoires, la participation à des programmes de coopération multilatérale et enfin la coordination de visites de délégations étrangères en France. De 2005 à 2010, le GIP SPSI est intervenu auprès de plus d'une trentaine de pays, il vient par ailleurs d'adhérer à l'initiative sur le socle de Protection sociale au titre des partenaires français. Ce nouveau contexte constitue une opportunité de taille pour tous les membres du réseau du GIP SPSI. Cette ouverture sur le monde en vaut la peine car au-delà des valeurs transmises, il s'agit aussi de participer à notre échelle à une mondialisation plus équilibrée avec un rapprochement des conditions de vie entre le nord et le sud.



Sophia, une plate-forme d'accompagnement des diabétiques à Albi : regards prospectifs et rétrospectifs sur une expérience singulière

Michel Davila

Caisse primaire d'Assurance maladie d'Albi

« Savoir au juste la quantité d'avenir qu'on peut introduire dans le présent, c'est là tout le secret d'un bon gouvernement. » Victor Hugo

Emblème à ce jour le plus avancé des nouveaux services en santé que l'Assurance maladie du régime général propose à ses affiliés atteints de pathologies chroniques, Sophia a représenté et continue de représenter une expérience inédite et mobilisatrice, pour un directeur de Caisse primaire, qui aura eu cette chance, au moins autant que le mérite, de se voir étroitement associé par sa Caisse nationale à la conception, l'installation et la mise en œuvre de l'une des deux plates-formes nationales.

L'assemblage des circonstances, grandes ou petites, celui du hasard et de la nécessité, au terme desquels Albi s'est vue désigner, début 2008, peu après Nice, site national d'expérimentation, m'aura, je l'exprime ici sans recherche d'effet rhétorique, donné à vivre cette aventure, avec cette conscience aux choses qu'en lointain écho nous enseigne le Sénèque des Lettres à Lucilius :

« Rien, Lucilius, ne nous appartient ; seul le temps est à nous. Ce bien fugitif et glissant, est l'unique possession que nous ait départi la nature ; et peut nous en chasser qui veut. »

Et dès lors, chemin faisant, c'est à un exercice de témoignage quelque peu personnel, métissé d'introspection que, tel le promeneur qui tente de réunir ses impressions de voyage, je convie ici mon lecteur.

Placé au croisement, de problématiques protéiformes, Sophia réunit un puissant concentré d'enjeux stratégiques, opérationnels, managériaux qui sont, à proprement parler, et dans la plus large acception du terme, extraordinaires, pour un dirigeant d'organisme de base.

3

REGARDS DES ACTEURS

Dit autrement, c'est dans sa dimension pionnière et en égale part, incertaine, que le projet sera apprécié dans les lignes qui suivent, en choisissant les angles de vue que peut offrir un regard à la fois rétrospectif et prospectif sur les différentes composantes du sujet : le développement territorial, les jeux d'acteurs, la gestion pluridimensionnelle de projet et le management des ressources humaines, à titre principal.

Au centre des regards, pour ne pas dire sous le feu nourri des jugements de valeurs, que ceux-ci soient internes ou externes à l'institution, Sophia a surpris souvent, a dérangé parfois, mais n'a jamais laissé indifférent ses interlocuteurs.

Jugements ou regards, ici complices, là perplexes, ailleurs encore teintés d'envie, et parfois, disons-le, de franche hostilité, Sophia s'est, en quelques mois, imposé comme un levier de positionnement stratégique pour la branche maladie sur le champ du « disease management » sans précédent.

Une plate-forme nationale Sophia à Albi : parti pris hérétique ou pari pascalien ?

Il n'allait indiscutablement pas de soi pour la CNAMTS de faire le choix (le pari ?) de positionner dans une ville moyenne de 50 000 habitants intra-muros, faiblement métropolisée, avec un potentiel de recrutement *a priori* peu dense, l'une des premières plates-formes nationales.

À l'inverse, nombre d'arguments aurait pu orienter le choix des décideurs nationaux vers une grande métropole régionale, laquelle garantissait *a priori* des ressources qualitatives et quantitatives (surfaces immobilières disponibles, opportunités locatives, bassin d'emploi, infrastructures) plus consistantes.

Dans les mois qui ont suivi le démarrage du projet sur les dix sites pilotes, la Caisse nationale avait diffusé un appel de candidature aux organismes des sites référents.

Non formulée mais probablement présente dans l'esprit des décideurs, la facilité et la rapidité d'accès à la capitale représentaient un argument dont il aura assez rapidement fallu contrecarrer les réticences qu'il pouvait suggérer au regard de la candidature albigeoise. Le dossier niçois, symétriquement, très tôt retenu au vu de ses atouts propres, prenait appui sur une métropole attractive et dynamique, un organisme capable en temps

3 REGARDS DES ACTEURS

et en lieux d'amortir les contrecoups, les soubresauts immanquables que pareils projets induisent.

Comment, dès lors, et dans les circonstances d'extrême rapidité – quelques jours posés –, dans le cahier des charges national, soutenir et faire prévaloir un dossier de candidature qui au mieux était condamné à susciter la perplexité, au pire pouvait entretenir des interrogations, voire ajouter des inquiétudes à un projet national, qui par ailleurs, n'en était pas exempt ?

Chacun comprendra que dans une situation où Sophia se construisait, pas à pas, en marchant, en voguant entre les écueils, rares – c'est un pléonasme – étaient ceux, dans la sphère décisionnelle de la CNAMTS, à recevoir la candidature albigeoise comme une perspective de travail sécurisante, dans les circonstances générales du moment.

Certes, quelques arguments pouvaient plaider en notre faveur : la présence au sein du comité scientifique national (et au conseil de la CNAM) du président de l'association française des diabétiques, tarnais d'origine, et de cœur, ne pouvait desservir notre cause.

Certes, l'existence d'une candidature toulousaine plus suscitée que spontanée, le soutien plus ou moins affiché des autres départements de Midi-Pyrénées faisant partie de l'expérimentation et le travail de lobbying auquel, en pareil cas, il est juste et raisonnable de se livrer, tous ces éléments pris séparément et ajoutés les uns aux autres pouvaient épauler les desseins tarnais.

Mais fondamentalement, j'en ai la nette conviction, c'est l'envie de faire, le dynamisme des équipes locales, l'intuition vigoureuse d'une chance à saisir, qui ont fait se nouer l'alchimie féconde des réussites partagées.

C'est l'agrégation des forces et le partage instinctif d'un « coup à jouer » avec les élus et les collaborateurs de la communauté d'agglomération d'Albi, qui a constitué un effet de levier considérable, sinon décisif.

Cette collaboration ne s'est jamais démentie, et aujourd'hui encore, à l'heure où j'écris ces lignes, elle se trouve remise en mouvement dans la phase d'extension géographique du projet qu'appelle le quasi-doublement, dans les six mois, des effectifs déployés à Albi.

Ainsi, aura-t-on vu, se dessiner métaphoriquement l'épure d'une quasi-hérésie albigeoise contre les évidences et les fondamentaux qui auraient tellement eu de raisons à servir la cause, par exemple, d'une métropole régionale toulousaine si coutumière des aventures pionnières et des titres internationaux, qu'ils soient aéronautiques et spatiaux ou sportifs rugbystiques.

Tout laisse à penser, avec le recul que ce « pari pascalien » – miser sur l'improbable projet albigeois – tint pour bonne part à la foi en leurs capacités propres qu'en avaient les promoteurs locaux.

Au départ, partager la vision de l'enjeu territorial avec le maire et les élus de la communauté d'agglomération albigeoise

Comment convaincre des élus locaux que l'on connaît assez peu, que selon la belle formule de Vladimir Jankélévitch, « il ne faut jamais rater son unique matinée de printemps » ?

À la figure probablement encore assez bureaucratique de la CPAM, teintée peut-être de froideur administrative, il s'agissait, en peu de mots et en moins encore de temps, de substituer celle d'un organisme public entreprenant. Il s'agissait de donner à voir aux élus et aux partenaires du territoire la fenêtre d'opportunité, sous des contraintes de délais extrêmes en une poignée de jours, de voir Albi, et son agglomération, érigées en un pôle d'une trentaine d'emplois d'un bon niveau de qualification et à forte dimension novatrice.

L'opportunité du développement territorial et de ses probables retombées, s'est *ipso facto* imposée comme l'évidence d'un challenge à réussir, d'une place à conquérir.

En une petite semaine, et en deux réunions de travail, les équipes du grand albigeois auront su soumettre à notre appréciation trois hypothèses immobilières, graduées dans leur niveau d'adéquation au projet, mais correspondant toutes aux besoins généraux définis par le cahier des charges.

D'où ce constat d'une idée qui n'est pas toujours partagée : il existe bel et bien des marges de manœuvre pour les équipes dirigeantes désireuses d'entreprendre, d'innover, sur leur territoire d'action, fût-ce, bien sûr, au prix d'un toujours possible échec dans la réalisation des choses.

Et ceci non pas dans une vision concurrente ou étroitement iconoclaste, mais bien plutôt complémentaire, additionnelle, à celle plus classique, d'un métier en profond et perpétuel changement. En clair, sans se détourner du portage et de la déclinaison des politiques publiques nationales, qu'il incombe aux directions de Caisse aussi de décliner et d'incarner localement.

Démonstration ayant été faite que des territoires vivants, accueillants, et réactifs, porteurs d'un projet territorial en santé, ayant leur dynamique propre, ont la possibilité de drainer des projets innovants et à forte valeur ajoutée.



Avec les acteurs et les partenaires locaux de santé : à la recherche d'une patiente légitimation du service

« La santé, c'est la survie dans un bien-être que l'on sait relatif et éphémère... Cette santé suppose la faculté d'assumer une responsabilité personnelle dans la douleur, l'infériorité, l'angoisse, et finalement, devant la mort », expose Ivan Illich dans son prophétique ouvrage *Némésis Médicale*.

Par là se trouve remis en perspective l'un des attendus historiques sur lequel repose la création du service de Sophia, tout particulièrement dans sa dimension d'accompagnement responsabilisant des patients.

Avec Sophia, l'Assurance maladie poursuit l'objectif d'améliorer la qualité de vie des patients diabétiques, de prévenir les complications liées à leur maladie, d'induire de leur part des changements de comportements et d'accroître leur capacité personnelle à gérer leur maladie, dans une visée globale de plus grande efficacité médicale et économique. Ceci en interagissant avec les professions de santé, au premier rang desquels, naturellement, les médecins généralistes.

On imagine les réactions des professions de santé devant le pari audacieux, novateur mais surtout, à la conquête de sa légitimité, que représentait l'expérimentation d'un « coaching téléphonique » selon l'enseignement des modèles éprouvés, avec plus ou moins de succès, mais jamais à pareille échelle de population, dans les pays anglo-saxons (États-Unis, Allemagne).

Rappelons ici que l'Inspection générale des affaires sociales (*Améliorer la prise en charge des maladies chroniques : les enseignements des expériences étrangères de « disease management »*, Pierre-Louis Bras, Gilles Duhamel, Étienne Grass, septembre 2006, pp. 88-89), avait soutenu la nécessité d'importer de tels modèles de prise en charge dans le système de santé français, sans trancher cependant en faveur de l'Assurance maladie, sur la question du choix et de la pertinence d'un ou de plusieurs opérateurs en charge de son pilotage.

On relèvera également, selon les mêmes auteurs, que n'était pas non plus écartée « la légitimité de la CNAMTS et des autres Caisses nationales » (...) à considérer que le « disease management » était le prolongement naturel des initiatives prises dans le cadre de la gestion du risque ou du service aux assurés (notamment le développement des plateformes téléphoniques d'info-soins). Par ailleurs une gestion par l'Assurance maladie serait peut-être de nature à faciliter l'adhésion à la démarche tant des assurés que des médecins qui seraient rassurés par le caractère « public » de l'organisme prestataire.

3

REGARDS DES ACTEURS

Rassurer les assurés et les médecins ?

Nous voici donc devant la question, souvent convoquée, et comme souvent, capitale, des craintes, des méprises, qui nourrissent les représentations des acteurs et ce faisant, freinent, ou pire encore, interdisent les opérations pluridisciplinaires et les collaborations inter-institutionnelles.

Comment, en clair, mettre, au-delà des discours et des louables intentions affichées, y compris par la loi HPST (Hôpital patients santé territoire), « le patient au centre » de ces coopérations ?

Dès l'ouverture du centre Sophia à Albi, le choix fut fait de s'appuyer résolument sur la force symbolique, pour le département comme pour la région Midi-Pyrénées, de cette réalité en la rendant visible aux acteurs dans tous les sens du terme.

Multiplier les occasions d'ouvrir la plate-forme à des visiteurs internes et externes, en et hors du champ du sanitaire et du social entendu strictement, ouvrir les portes et les fenêtres, faire témoigner les infirmiers de leur choix professionnel, les laisser exposer leurs motivations, leur donner la parole pour expliciter devant les conseillers en santé les méthodes de travail et les finalités poursuivies, apparaissait comme une condition nécessaire, quoique non suffisante, à l'entreprise de légitimation. Toute autre stratégie d'isolement aurait probablement entaché la bonne inscription du service dans son environnement économique et social.

Les formations à dispenser aux conseillers en santé ont également été considérées comme une opportunité pour associer nombre de représentants locaux et régionaux, parties prenantes à la chaîne de soins du diabétique : Association française des diabétiques, Réseau midi-pyrénéen diabète (Diamip), médecins-conseils, praticiens-enseignants du CHU, ont exposé leur point de vue, ont décrit leurs schémas d'intervention, énoncé leurs croyances, leurs attentes, ont valorisé leur expérience.

C'est en effet à travers le concept d'accompagnement, par une fine connaissance du rôle de chacun des acteurs dans le parcours individualisé de santé du patient, que doit se construire et trouver sa juste place l'intervention des conseillers en santé. Et ainsi, contribuer à faire des connexions là où dominant encore aujourd'hui les cloisonnements.

Autre illustration, une séance de la commission conventionnelle paritaire régionale des infirmières fut également organisée sur place et donna lieu à un échange de vues vivant et animé entre les représentants élus de la profession libérale, et leurs homologues ayant depuis quelques mois « franchi le Rubicon ».



Parallèlement, jamais l'occasion ne fut manquée de permettre aux conseillers en santé d'Albi de participer qui à des rencontres de travail avec des infirmières libérales, qui à des stands de présentation de Sophia proposés au grand public, qui encore à des journées d'information ou d'éducation santé, à l'instigation, par exemple, des représentants de la Mutualité française ou de l'association française des diabétiques.

L'intégration socioprofessionnelle et le maintien dans l'emploi des « conseillers en santé » : un enjeu sensible, un défi majeur, un processus lent, incertain et complexe

Qui sont les conseillers en santé de Sophia ?

Il s'agit d'infirmiers et infirmières expérimentés, disposant d'au moins cinq ans d'expérience clinique.

Ils ont été spécifiquement formés à l'accompagnement des patients diabétiques et contactent les patients en fonction de leur état de santé, s'assurent de la bonne compréhension des recommandations du médecin traitant, ou du diabétologue, et au cas par cas, leur apportent un soutien dans le temps.

La formation continue dont ils ont bénéficié a notamment pour objectifs de consolider et approfondir la qualité de l'accompagnement : techniques de communication : repérage des besoins de l'adhérent, conduite et structuration de l'entretien, notamment.

Ils reçoivent également des formations médicales en lien avec les thèmes des campagnes écrites ou téléphoniques : risque cardio-vasculaire, diététique, arrêt du tabac, diabète et voyage, pied du diabétique, par exemple. Ces formations sont assurées par les médecins et des professionnels de santé appartenant aux réseaux de santé et aux centres hospitaliers universitaires de Toulouse.

Les conseillers en santé sont, aujourd'hui, 39 sur le seul site d'Albi.

Installés sur le plateau à partir d'octobre 2008, ils proviennent majoritairement des établissements hospitaliers public ou privé de l'agglomération, des établissements médico-sociaux, plus rarement du secteur libéral.

La très forte proportion de femmes (95 %, 5 hommes, 34 femmes), et une moyenne d'âge de 42 ans, assortie d'une forte dispersion de ce critère, confère aux équipes un profil d'une très grande diversité.

3

REGARDS DES ACTEURS

Seuls cinq conseillers de santé résident en dehors du département du Tarn, mais dans sa très grande proximité (périphérie toulousaine, Aveyron). Ceci valide le point de vue que la CPAM du Tarn avait fait valoir pour soutenir sa candidature, d'une moins grande volatilité, d'un plus grand ancrage au terroir des emplois dans une ville moyenne que dans un territoire urbain plus dense.

Depuis son ouverture, le centre a connu 9 démissions, ce qui, sur une période relativement courte, confirme cependant, il faut le souligner un turnover singulièrement plus élevé que celui observé dans les organismes d'Assurance maladie, mais ce qui, dans un même temps authentifié, à une moindre échelle, les données observables, aux États-Unis sur ces segments de métiers.

Or dans le département du Tarn, la densité des infirmières est la huitième de France, et pour une certaine part, alimentée et entretenue par l'existence de trois instituts de formation spécialisés, ce qui est objectivement beaucoup pour un département de la taille du Tarn (380 000 habitants).

C'est dire, à la lumière de ces premières observations, que la question se posera assez vite à court terme du maintien dans l'emploi, de la tenue du poste, de l'enrichissement et de l'approfondissement des référentiels de compétences, de l'élargissement à l'accompagnement d'autres pathologies que le diabète.

L'intégration des conseillers en santé au sein des CPAM et plus généralement dans l'Assurance maladie, devra faire l'objet, dans la phase de généralisation d'une attention vigilante.

L'infirmier diplômé d'État ne dispose en effet, et c'est normal, que d'une connaissance assez faible de l'institution de Sécurité sociale, et ses perspectives de carrière sont aujourd'hui à construire.

Chacun peut en outre imaginer le bouleversement socioculturel considérable que la sédentarisation, le travail en équipe dans un univers fatalement contraint et confiné, en univers clos, qui est celui d'une plate-forme téléphonique, mais encore la perte de relation physique au patient, les manques et les interrogations parfois identitaires, souvent intériorisées que tout cela occasionne. Ce sont là autant de sujets qui ont émergé, avec plus ou moins d'acuité, d'âpreté quelquefois, dans l'année et demie qui a suivi le démarrage des premiers appels vers les diabétiques.

Le positionnement fonctionnel de « responsables d'équipes » (un pour dix conseillers) sélectionnés par appel de candidatures internes parmi

3

REGARDS
 DES ACTEURS

les conseillers en santé, issue de la première vague de recrutement, puis celui des formateurs internes, le travail de légitimation de leurs fonctions respectives sur le plateau sont des sujets qui ont fait émerger la complexité particulière dont se trouve investi l'entier de la ligne hiérarchique, de la Caisse locale à la Caisse nationale.

Identifier des débouchés professionnels dans l'institution, ne suffira à l'évidence pas, si l'on se réfère à la faible mobilité géographique des tarnais, et au caractère très local du recrutement, pour apporter une réponse aux nombreuses questions soulevées en matière de politique des ressources humaines.

De même, un certain essoufflement pourrait se faire jour parmi les recrutés si le socle de compétences sur lequel repose leur métier, encore en émergence et donc en construction, ne fait pas l'objet d'actualisations dynamiques, souples, inventives, mais sans doute, aussi, c'est ma conviction, élaborées en y associant des conseillers.

L'exercice approfondi d'explication, qui a dû être conduit devant certaines incompréhensions suscitées par l'indispensable et rapide mise en place d'écoutes – collectives, puis individuelles – des appels traités par les conseillers, doit être regardé comme le symptôme significatif, d'un besoin de plus large vision des conseillers sur non seulement leur devenir professionnel, mais les perspectives de leur mission. Jusques et y compris comme aussi une attente constructive, de pouvoir situer Sophia dans la problématique complexe et évolutive de la politique de gestion du risque de la branche.

Si l'on interroge les conseillers en santé sur leurs motivations à rejoindre le plateau, il est frappant de constater – et ce point pourrait, à tort sans doute, apparaître comme un paradoxe – que c'est l'intensité du contenu relationnel au patient que l'entretien téléphonique offre aux infirmiers qui est plébiscitée, et parfois même vécue et exposée comme revigorante.

« Je trouve que l'éducation au patient est une dimension du soin très agréable que l'on n'a pas suffisamment l'habitude d'exploiter dans des services par manque de temps », témoignait une conseillère en santé récemment recrutée en provenance de l'hôpital public.

Trois premières voies prioritaires pour la réflexion et l'action

Ce sont les leçons de cette quotidienneté-là, ce sont les enseignements de cet apprentissage collectif, qui peuvent et doivent, en complément des évaluations médico-économiques, contribuer à donner à Sophia

une assise supplémentaire au cours de la phase de généralisation qui se profile.

Vers un idéal de collaboration sur les parcours qualifiants des infirmiers avec les établissements de santé du bassin

L'origine géographique essentiellement locale, évoquée plus haut, des infirmières recrutées a fait apparaître le plateau albigeois de Sophia comme dangereusement concurrentiel aux yeux des gestionnaires des cliniques privées et de l'hôpital public de la ville et du secteur. Cette perception repose sur le fait que les deux vagues de recrutements successifs ont soudainement déséquilibré la composition des équipes de soins, particulièrement dans les disciplines (urgences, anesthésie, court séjour...), qui réclament un dosage fin et fragile des effectifs pour les DRH des établissements de santé.

Est-il illusoire d'envisager le contexte nouveau-né de l'arrivée de Sophia dans le paysage local selon une logique de complémentarité et non plus de compétition entre offreurs d'emploi du territoire ?

Si l'on veut bien prêter attention à ce qu'expriment déjà les conseillers en santé, la possibilité d'une alternance, voulue et pensée, donc valorisable autour de parcours professionnels entre entités à ce jour concurrentes, entre des périodes d'activité dans chacune des dites entités mérite à coup sûr d'être explorée et approfondie.

À l'initiative de la Caisse, des contacts avec les directeurs des cliniques et l'hôpital public d'Albi ont déjà été posés en ce sens et devraient aboutir prochainement à une première réunion d'échanges.

Promouvoir un modèle « d'organisation apprenante » au service des diabétiques

Ne pourrait-on, sans renoncer aux objectifs d'efficacité et au cadre conceptuel de l'accompagnement téléphonique, mais au contraire, en s'appuyant sur les recommandations des trois audits réalisés sur sites, promouvoir un modèle d'« organisation apprenante », qui devrait majorer le bien-être au travail des salariés du plateau, et contribuer à enrichir le contenu du service offert au patient ?

Encourager sans mésestimer l'ampleur de la tâche, stimuler, les équipes en posant le principe, selon un schéma participatif, maîtrisé et circonscrit, et en donnant des marges d'initiative de propositions formulées



à partir des relevés d'observation réalisés à partir des compte rendus d'entretien avec les patients adhérents constitue une voie prometteuse.

Encourager en outre la Caisse nationale à mettre en place des Foires aux questions (FAQ), pour un travail réactif et collaboratif serait un appoint favorable à l'attractivité des emplois comme à la dynamisation du service.

Bien plus qu'un nouvel avatar managérial, c'est, on l'aura compris un état d'esprit qu'il s'agirait ici de faire vivre et fructifier, partant du constat que sont indissociables le développement des personnes et la construction des systèmes d'information.

Miser sur la gestion de la connaissance

Corrélativement, étendre et enrichir le répertoire de l'offre locale en santé mise à disposition des salariés (par exemple, dates, lieu des réunions des groupes de paroles des patients experts organisés par les relais locaux, l'association française des diabétiques, calendrier de passage du rétinographe mobile ou l'offre d'intervention en éducation thérapeutique proposée par les réseaux dédiés aux patients diabétiques) mis à disposition en des conseillers en santé permettrait d'ajuster plus finement les conseils et les recommandations.

Ce serait là également un gage de plus grande synergie et de coopération intelligente entre les acteurs du système de santé du territoire.

En guise de conclusion provisoire...

Que retenir en substance, de ce voyage introspectif auquel je conviais mon lecteur et dont la perception personnelle, selon la formule consacrée, n'engage que son auteur ?

D'abord, une foi authentique sans relâche, dans le projet Sophia.

Ensuite, la conscience, d'avoir rencontré là l'opportunité de pouvoir engager l'organisme que je dirige dans les pas d'une stratégie visionnaire portée avec maîtrise au plan national.

Si l'on se livre à un classement sommaire des valeurs encore présentes dans une institution en crise financière, en proie à l'insidieuse désagrégation des fondements de la solidarité nationale, ce n'est pas le conformisme mais la créativité et l'audace qui peuvent aider à redonner du sens et de la fierté aux acteurs de terrain.

3

REGARDS DES ACTEURS

Il existe, nous le savons tous, des façons de penser le management des hommes qui, par l'étroitesse de leur vue ou la médiocrité de leurs desseins, peuvent produire autant de dégâts sur les collaborateurs que la façon qu'ont eu certains enseignants, de nous détourner de la matière qu'ils étaient supposés nous enseigner, à défaut de nous la faire aimer.

Avec le projet Sophia, et sans qu'il y ait lieu d'en dissimuler ici les éléments de difficultés, ni la part des déceptions qu'elle a pu occasionner, tous les acteurs du projet se trouvent mobilisés autour de finalités que l'on porte avec une fierté redevable, pour beaucoup, à l'ambition stratégique et à la vision d'avancer ses concepteurs.

On peut l'affirmer sans équivoque, Sophia peut, à l'aune des premières évaluations être regardé comme une « réalisation probante », certes, mais probablement plus encore comme un des virages conceptuels les plus profonds qu'ait pu prendre l'Assurance maladie dans sa longue histoire.

Ce ne sont pas là de mauvaises nouvelles dans le contexte de pression qu'affronte avec vigueur, sans équivalent notre système de santé.



Le RSA, 18 mois après... (le cas de l'Ille-et-Vilaine)

Éric Prola

Directeur de l'offre de service aux allocataires à la CAF d'Ille-et-Vilaine

Christophe Demilly

Directeur de la CAF d'Ille-et-Vilaine, Professeur associé à l'IEP de Rennes

Lutter contre la pauvreté et l'exclusion, inciter les personnes au chômage à reprendre une activité, simplifier et rendre plus lisible la prestation phare des minima sociaux, tels étaient les objectifs du Revenu de solidarité active.

Dix-huit mois après son lancement, le RSA n'a pas encore convaincu.

Le nombre de bénéficiaires est loin d'avoir atteint la prévision (I), l'accompagnement et le retour à l'emploi restent problématiques (II) et le RSA est tellement complexe que les bénéficiaires sont toujours dans l'incapacité de vérifier si le montant versé est bien celui qu'ils devaient percevoir (III) !

Au-delà des controverses et des querelles de chiffres, qu'en est-il réellement ?

I. Le nombre de bénéficiaires est loin d'avoir atteint la prévision

Trois millions cent mille bénéficiaires potentiels, c'est le nombre annoncé avant le lancement du RSA en juin 2009.

Ces 3,1 millions de bénéficiaires devaient se décomposer de la façon suivante :

- 1,1 million de personnes anciennement bénéficiaires du RMI ;
- 100 000 bénéficiaires de l'ancienne Allocation de parent isolé (API) ;
- 1 million de bénéficiaires d'allocations logement ;
- 900 000 nouveaux bénéficiaires qualifiés de « travailleurs pauvres » et non connus des Caisses d'allocations familiales.

3

REGARDS DES ACTEURS

Aujourd'hui, on dénombre « seulement » 1,8 million de bénéficiaires... :

- 1,4 million de bénéficiaires du RSA dit « socle » avec éventuellement une petite activité (les ex-bénéficiaires du RMI et de l'API). Pour cette catégorie, le compte y est ! Plutôt largement d'ailleurs étant donné la dégradation récente de la conjoncture économique ;
- 420 000 bénéficiaires du RSA au titre de la seule activité au lieu des 1,9 million attendus !!!

Alors, qu'est-ce qui a bien pu décourager la plupart des demandeurs potentiels et les dissuader de compléter un dossier ?

Nombres d'explications sont avancées :

- la méconnaissance par la population du RSA et de son périmètre d'intervention ;
- la peur d'un contrôle trop strict... certains allocataires préférant peut-être opter pour des petites activités non déclarées plutôt que de rentrer dans un système fortement contraint ;
- la complexité du dispositif qui en a certainement découragé beaucoup ;
- un frein psychologique enfin. L'idée de ne pas pouvoir vivre du seul fruit de son travail est difficilement acceptable ;
- la perte de certains avantages dits « connexes » à la prestation ;
- une efficacité relative des campagnes de communication.

Pourtant, on en a parlé du RSA !

Dès le mois d'avril 2009, une « Prime de solidarité active » (la PSA) était versée à plus de 1,5 million de foyers. Accompagnant le versement de cette prime, un courrier évoquait la mise en œuvre prochaine du dispositif RSA et invitait les bénéficiaires à se rapprocher de leur Caisse d'allocations familiales. La communication nationale a commencé en mai 2009 à grands renforts de messages à la radio et à la télévision. Un test d'éligibilité a également été mis à disposition des internautes sur tous les sites partenaires : CAF, MSA ainsi que sur le site du gouvernement. Une plate-forme téléphonique nationale a été ouverte.

En Ile-et-Vilaine, comme dans tous les départements, toutes les institutions concernées étaient mobilisées. Toutes attendaient un « raz de marée » de demandes.

Une logistique impressionnante a été mise en place : recrutement d'agents, mise en place d'un plateau téléphonique régional, multiplication des points d'accueil, journaux d'information aux allocataires précisant la marche à suivre.



Cette politique active d'information a d'ailleurs relativement bien fonctionné.

Les allocataires ont téléphoné. À l'échelon national, plusieurs millions de communications prises en charge en quelques mois.

Ils se sont connectés à Internet : deux mois après le lancement du RSA, deux millions d'internautes avaient réalisé complètement le test d'éligibilité au RSA ! Ils savaient donc s'ils pouvaient bénéficier ou non du droit à la prestation.

Ils se sont déplacés dans les points d'accueil mais pas dans les proportions attendues...

Fort heureusement d'ailleurs pour la CAF car la montée en charge, même progressive du RSA, la dégradation de la conjoncture économique et la hausse de la demande sociale ont généré des situations extrêmement tendues dans l'écoulement de la charge.

La question reste donc posée ; où sont passés les 1,5 million bénéficiaires potentiels qui auraient pu faire valoir leurs droits ?

Existent-ils vraiment ?

Comment expliquer que le million de bénéficiaires d'aides au logement, déjà « clients » des CAF et habitués aux rouages de cette institution, n'aient pas fait valoir ses droits ?

L'exemple souvent évoqué pour illustrer l'intérêt d'une demande de RSA est le suivant : un couple avec deux enfants, un seul des conjoints travaille et gagne le SMIC. Dans cette situation, le droit au RSA est d'environ 250 € par mois.

Mais dans la réalité, il n'est pas rare que le SMIC soit complété par des avantages divers (primes...), par quelques heures supplémentaires, par des ressources même très modestes perçues par le conjoint (allocations ASSEDIC...).

Comme le calcul intègre tous les revenus du foyer, le montant du RSA est proche de zéro !

Alors de fait, ne faut-il pas s'interroger sur la réelle existence de tous ces bénéficiaires potentiels ?

Si les bénéficiaires du RSA ne sont pas aussi nombreux que prévu, c'est peut-être tout simplement que le plafond de ressources pour y accéder est trop bas.

II. Le RSA et le retour à l'emploi

A. Un dispositif technique

Le RSA a été créé pour favoriser le retour à l'emploi et renforcer les parcours d'insertion.

Pour cela, la loi prévoit la désignation d'un interlocuteur unique chargé du suivi du destinataire de l'aide. Cet interlocuteur informe notamment le bénéficiaire des aides complémentaires possibles comme l'Aide pour le retour à l'emploi (APRE).

Cet accompagnement est même obligatoire pour ceux qui ont, dans leur foyer, des revenus d'activité inférieurs au montant forfaitaire et dont le revenu individuel ne dépasse pas 500 €.

Le dispositif est encadré par le contrat unique d'insertion. Il est constitué d'un contrat de travail doublé d'une convention entre le conseil général ou l'État, l'employeur et le bénéficiaire.

Ce contrat unique d'insertion permet aux employeurs d'accéder à des aides de l'État, aides qui ont pour objectif de promouvoir l'accès de personnes en recherche d'emploi et d'infléchir la sélectivité du marché.

Sur le papier tout va bien... ou presque... même si intuitivement on perçoit bien un certain niveau de complexité...

B. Sur le terrain le bilan est contrasté...

Les acteurs sont nombreux, conseils généraux, CAF, CCAS, Pôle Emploi, missions locales, maisons de l'emploi, acteurs socio-économiques de terrain... Même si tout le monde s'accorde à dire que le RSA a conduit les principaux acteurs à s'engager dans de nouvelles dynamiques partenariales, les marges de progrès restent importantes !

Les conseils généraux prennent en charge le traitement social des bénéficiaires du RSA et Pôle Emploi s'occupe de leur insertion professionnelle. Le cloisonnement entre ces deux accompagnements pourtant complémentaires, est source de difficultés. Pôle Emploi, confronté à la montée importante de la demande sociale, éprouve des difficultés à prendre en charge ce nouveau public.

La longueur des délais de traitement des dossiers a été soulignée : jusqu'à deux mois pour être orienté vers un travailleur social, quatre mois pour signer un projet personnalisé d'accès à l'emploi ! L'Union nationale des CCAS a même précisé qu'il n'est pas rare que des CCAS pallient



les dysfonctionnements du dispositif par des aides financières qui leur sont propres.

L'Ille-et-Vilaine a choisi de privilégier le calcul et le paiement du droit dès l'enregistrement administratif du dossier par la CAF. L'accompagnement social, par le conseil général ou Pôle Emploi, est organisé dans un second temps.

Cette organisation mise en œuvre en juin 2009 pour faire face à une arrivée massive de demandes n'est pas pour l'instant remise en cause.

Ce système assure des délais de paiement très rapides. Un allocataire qui présente sa demande complète à la CAF avant le 20 du mois est quasiment assuré d'avoir son règlement le 5 du mois suivant.

L'inconvénient majeur de ce choix d'organisation réside dans la difficulté à « capter » et mobiliser le bénéficiaire sur le volet insertion alors que ce dernier a le sentiment d'avoir satisfait à ses obligations administratives puisque la prestation lui est versée...

III. Simplifier le système

Simplifier les minima sociaux et les rendre plus lisibles, tel était le troisième objectif.

Pour cela le RSA remplace plusieurs aides aux règles complexes (allocation de parent isolé, RMI, intéressement proportionnel et forfaitaire à la reprise d'activité), et permet ainsi de recevoir une seule et même aide.

Cette globalisation permet une plus grande stabilité dans l'attribution et évite ainsi le passage d'une prestation à une autre.

Néanmoins, la complexité reste de mise.

Cette complexité est induite par la nature même de la prestation :

- le RSA est subsidiaire, ce qui implique un examen préalable de tous les droits potentiels auxquels pourrait souscrire le bénéficiaire ;
- le RSA est une prestation différentielle, donc d'un montant variable, qui dépend d'un revenu garanti que le RSA permet d'atteindre en complément de toutes les autres ressources disponibles.

À cette complexité intrinsèque s'ajoutent des règles qui permettent d'ajuster le montant versé à la réalité budgétaire du bénéficiaire.

Deux exemples :

1) Le calcul du RSA prend en compte les ressources des trois mois du trimestre passé qui vont déterminer le montant du RSA des trois mois

3

REGARDS DES ACTEURS

à venir ! De fait, il n'y a pas de problème si la situation du bénéficiaire ne change pas. Mais la stabilité des revenus est loin d'être la règle générale et serait même plutôt l'exception !

Les limites de ce système de calcul apparaissent lorsque le bénéficiaire passe d'une période où il bénéficiait d'un niveau de rémunération élevé à une période d'emploi minimum et que ce changement coïncide avec le recalcul des droits trimestriels.

Exemple :

Salaires de janvier à mars : 700 € par mois

Salaires d'avril à juin : 200 € par mois

Recalcul des droits en avril.

Dans cet exemple le droit au RSA d'avril à juin sera minime puisque calculé d'après la rémunération de 700 € (janvier à mars). Le bénéficiaire se trouvera en grande difficulté puisque cette baisse du RSA coïncidera avec une diminution importante de son salaire (avril à juin) et cela pour une période de trois mois !

Un mécanisme de « neutralisation des revenus » est donc appliqué chaque mois si le bénéficiaire termine une activité et passe en situation de chômage non indemnisé... l'intention est louable mais le résultat est opaque et d'une logique inaccessible au commun des bénéficiaires.

2) Les indemnités journalières sont prises en compte et assimilées comme un salaire dans la limite de trois mois d'arrêt. Passé ce délai, les règles changent et le montant du RSA diminue ! Ainsi même si le bénéficiaire ne change pas de situation, il se retrouve au bout de trois mois avec une baisse de son RSA qui ne lui sera expliquée que s'il en fait la demande !

On pourrait également ajouter que l'augmentation des ressources promise par le RSA reste incertaine pour certains bénéficiaires du RSA « activité ». En effet l'expérience montre que ces derniers sont souvent confrontés à une baisse concomitante de leurs aides au logement, à la suppression de la prime de Noël ou à la diminution de la prime pour l'emploi...

L'objectif de simplification est donc loin d'être atteint. Tout le monde en a parfaitement conscience. Le scientifique Alan J. Perlis affirmait que « la simplicité ne précède pas la complexité, elle la suit ». Tous les espoirs sont donc permis.

D'ailleurs, le ministre en charge des Solidarités actives, Philippe Daubresse, a engagé une réflexion qui interpelle tous les partenaires afin

de simplifier l'accès au dispositif, d'améliorer le pilotage et de faire du RSA un véritable outil d'insertion professionnelle.


Le RSA n'a pas résolu tous les problèmes ! Cette nouvelle prestation a hérité des qualités de son prédécesseur, le RMI, mais a conservé aussi nombre de ses défauts...

Si personne ne conteste aujourd'hui la plus-value sociétale du RSA, on s'interroge néanmoins sur la pertinence de ses modalités de mise en œuvre.

C'est un fait, le RSA n'a pas encore convaincu.

Avec 18 mois d'existence, le RSA a à peine couvert la période initialement prévue pour l'expérimentation... Voyons cette période comme une étape, un projet en construction. Laissons au RSA comme nous avons dû le faire en son temps avec le RMI, le temps de la maturation.



A background image showing a group of people in a meeting or office setting, with a blue gradient overlay. The image is partially obscured by the text and logo.

Le rapport du Conseil des prélèvements obligatoires sur les niches fiscales et sociales

Jean-François Chadelat

Inspecteur général des Affaires sociales, Membre du Conseil des prélèvements obligatoires

I. Le Conseil des prélèvements obligatoires

La loi 2005-358 du 20 avril 2005 avait pour titre et unique objet de créer un Conseil des prélèvements obligatoires, elle s'est traduite dans les articles L. 351-1 à L. 351-13 du Code des juridictions financières. Elle a donné lieu à un décret d'application du 16 mars 2006.

246

La création de ce Conseil ne constitue pas pour autant une totale novation.

En effet le CPO succède à l'ancien Conseil des impôts. Le changement de dénomination traduit un considérable élargissement du champ de ses compétences, puisque à la sphère fiscale lui est adjoint toute la sphère sociale, dont on sait qu'elle pèse beaucoup plus lourd en matière de prélèvements obligatoires.

Le CPO est présidé par le premier président de la Cour des comptes, et comprend en outre 16 membres, magistrats, fonctionnaires ou personnalités qualifiées choisis pour leurs compétences en matière de prélèvements obligatoires ou leur expérience professionnelle.

Le CPO a été officiellement installé le 6 avril 2006 par Philippe Séguin. Après le décès de ce dernier, le CPO est désormais présidé par le nouveau premier président de la Cour des comptes, M. Didier Migaud.

L'article L. 351-1 définit les missions du CPO : « Il apprécie l'évolution et l'impact économique, social et budgétaire de l'ensemble des prélèvements obligatoires, il formule des recommandations sur toute question relative aux prélèvements obligatoires. »

Les travaux du CPO peuvent se classer en deux grandes catégories. D'une part les choix internes aux CPO, d'autre part les commandes externes.



Depuis sa création, le CPO a produit 8 rapports généraux, chacun de ces 8 rapports généraux étant alimenté par 4 ou 5 rapports particuliers. Sur ces 8 rapports, 5 correspondent à une auto-saisine du CPO, 3 relèvent d'une saisine externe.

En effet l'article L. 351-3 précise que le Premier ministre, et les présidents des Commissions des finances et des affaires sociales, de l'Assemblée nationale et du Sénat peuvent charger le CPO de toutes études relevant du champ de ses compétences.

Le CPO a rendu public le 6 octobre 2010 un volumineux (383 pages – La Documentation française) et très complet rapport relevant de cette catégorie, sous le titre « Entreprises et niches fiscales et sociales. Des dispositifs dérogatoires nombreux ».

En effet le CPO a été saisi par une lettre du 10 décembre 2009, signée du président de la Commission des finances de l'Assemblée nationale, d'une demande d'étude sur ce thème.

Il y a dans cette lettre un côté qui pourrait prêter à sourire, dans la mesure où le président de la Commission des finances qui a signé cette lettre, n'est autre que M. Didier Migaud qui allait deux mois plus tard devenir premier président de la Cour des comptes et donc président du CPO. C'est donc M. Didier Migaud qui a eu en charge d'exécuter en 2010 la commande qu'il avait passé en décembre 2009.

II. Présentation générale du rapport du CPO sur les niches fiscales et sociales applicables aux entreprises

Il serait totalement illusoire de présenter dans une petite dizaine de pages de la revue Regards, l'ensemble d'un document aussi riche et aussi volumineux, tel qu'il a été publié par la Documentation française. Même la synthèse constitue une masse d'informations et d'analyses difficilement résumables.

La particularité de ce rapport tient à sa brûlante actualité. Il a été volontairement commandé et volontairement publié pour être concomitant avec le début de la discussion parlementaire sur le PLF et sur le PLFSS. On notera d'ailleurs que certaines mesures préconisées dans le rapport figurent d'ores et déjà dans l'un ou l'autre de ces deux projets de loi.

3

REGARDS DES ACTEURS

L'objectif principal assigné à ce rapport est l'identification de pistes permettant de réduire les pertes de recettes représentées par des dispositifs dérogatoires qui pénalisent les finances publiques, tant dans le domaine fiscal : perte pour le budget de l'État, que dans le domaine social : perte pour les régimes de Protection sociale. Sachant que certaines niches cumulent les pertes dans ces deux domaines.

La loi de finances et la loi de financement de la Sécurité sociale dressent dans leurs annexes une liste des dispositifs qu'elles qualifient de « dépenses fiscales » et de « niches sociales », le rapport du CPO porte un regard critique sur ces listes qui sont à ses yeux assez réductrices et plutôt fluctuantes. Le rapport va, fort heureusement, plus loin en étudiant aussi certaines modalités particulières d'imposition et certaines règles d'assiette induisant des pertes de recettes.

Le rapport traite des mesures dérogatoires fiscales juridiquement applicables aux entreprises au titre de l'Impôt sur les sociétés (IS), de l'Impôt sur le revenu (IR), de la Taxe sur la valeur ajoutée (TVA), de la Taxe intérieure sur les produits pétroliers (TIPP), et de certains impôts locaux.

Les niches sociales étudiées comprennent l'ensemble des mesures dérogatoires relatives aux cotisations sociales et contributions acquittées par les entreprises pour le financement des régimes de Protection sociale. Les contributions à taux réduit y sont étudiées au même titre que les exemptions d'assiette.

La première partie du rapport présente le périmètre des dispositifs dérogatoires fiscaux et sociaux, ainsi que l'évolution de leur nombre et de leur coût. On y constate, qu'en dépit de déclarations rassurantes, les niches ont une fâcheuse tendance à croître bien plus qu'à diminuer.

La deuxième partie est consacrée aux difficultés rencontrées pour maîtriser ces dispositifs dérogatoires. Il est en effet très facile de créer une nouvelle niche, il est beaucoup plus délicat de revenir ou même de restreindre ladite niche. Le rapport étudie comment ces niches sont décidées comme instrument de certaines politiques publiques, comment elles sont utilisées dans ce cadre, et aussi comment elles sont « optimisées ».

Enfin en troisième partie, le rapport analyse l'impact des niches sur les objectifs de politique publique, il essaie d'apprécier leur efficacité socio-économique, et tente d'identifier des pistes d'évolution visant à réduire leur coût.

Le rapport comprend 70 propositions, certaines sont de portée générale, d'autres constituent des pistes d'évolution concrètes.



Le rapport chiffre, autant que possible le coût de tous ces dispositifs dérogatoires, il précise bien que le chiffrage ne constitue pas nécessairement un gain du même montant si la suppression de la niche était décidée, car toute suppression aurait des effets induits et des tentatives d'éviction qui minoreraient ce rendement maximal.

III. Le cas des niches sociales

Dans le domaine de la Protection sociale les niches étudiées tout au long du rapport sont aussi nombreuses que variées. Le rapport du CPO s'est appuyé dans ce domaine sur un rapport particulier très complet et très fouillé confié à deux inspecteurs de l'Inspection générale des affaires sociales. À lui seul ce rapport particulier, lourd de plus de 300 pages mériterait une analyse séparée. Il a été repris et synthétisé dans le rapport final.

Ici aussi, il n'est pas possible de retranscrire tous les éléments étudiés, nous reporterons seulement les principaux enseignements de ce document.

Le rapport recense 91 dispositifs concernant les entreprises, dont le coût total est chiffré à 66 milliards d'euros, soit 15 % des recettes de la Sécurité sociale.

Le rapport note que nombre d'éléments sont exemptés de CSG, alors même que celle-ci avait pour ambition de faire contribuer l'ensemble des revenus au financement de la Protection sociale dans une logique de solidarité nationale.

Le rapport note que certaines niches sociales, par exemple la plupart des exonérations de cotisation, sont compensées par l'État, ce qui transfère sur ce dernier le poids de la niche.

Le rapport est très critique sur les exonérations ciblées, par exemple les Zones franches urbaines (ZFU), qui donnent lieu à des évasions fiscales et sociales par le biais d'implantation fictive. Il considère que les allègements bas salaires sont bien plus efficaces en matière d'emploi, et recommande de se recentrer sur ce dispositif plus général.

Le CPO est aussi très critique vis-à-vis du régime fiscal et social des heures supplémentaires issu de la loi TEPA dont le coût est chiffré à 4,3 milliards d'euros. Il recommande de le recentrer sur les revenus les plus modestes, voire de le supprimer.

3

REGARDS DES ACTEURS

Le rapport consacre un long développement à une multitude de dispositifs dérogatoires visant, en fait, à accroître le pouvoir d'achat des salariés par des éléments autres que le salaire et donc soumis à des charges moindres : intéressement, participation, indemnités de rupture du contrat de travail, épargne retraite, retraites chapeaux, etc. Il note que ces mécanismes sont, dans les faits, une méthode pour les entreprises de rémunérer les salariés autrement que par du salaire direct, et de lui préférer des dispositifs infiniment moins coûteux que les cotisations sociales.

En la matière le rapport consacre un long développement à la Protection sociale complémentaire. Cette dernière, en prévoyance lourde mais aussi et surtout dans le domaine de la complémentaire Santé, bénéficie d'une exemption d'assiette, dont le manque à gagner pour la Protection sociale est chiffré à 4,5 milliards d'euros. Si on y ajoute les avantages fiscaux qui s'y rattachent : exemption d'IR et d'IS, le coût global atteint 7,5 milliards d'euros.

Cette situation est d'autant plus choquante que les contrats collectifs de complémentaire Santé, sont très souvent des contrats haut de gamme, qui solvabilisent les dépassements d'honoraires.

De fait le mécanisme de la complémentaire Santé est particulièrement inégalitaire, au détriment des plus modestes. La complémentaire Santé est l'archétype de la Protection sociale à deux vitesses. Comment assurer un égal accès aux soins, entre le cadre d'une très grande entreprise, couvert par une assurance haut de gamme, dont la cotisation est prise en charge par l'employeur à 60 %, 75 %, voire même en totalité, ce en franchise totale d'IR, d'IS et de cotisations, avec le salarié payé au SMIC dans une Très petite entreprise (TPE) qui devra financer seul, sans franchise fiscale ni sociale, la cotisation d'une complémentaire Santé qui sera forcément pour lui de bas niveau et qui lui laissera ainsi à sa charge une part non négligeable de ses dépenses de santé.

Le rapport ne va pas jusqu'à proposer de réintégrer dans l'assiette fiscale et sociale, les cotisations à ces contrats collectifs de complémentaire Santé. On peut le regretter.

Le CPO suggère, à tout le moins, de resserrer les conditions d'éligibilité des contrats responsables.

Il convient désormais de faire un tri dans le domaine de la complémentaire Santé, entre celles qui ont une quasi-mission de Service public, en particulier pour la faction la plus démunie de la population et d'autre



part les contrats irresponsables qui ne méritent pas d'être aidés par la collectivité nationale par le biais des exemptions d'assiette.

IV. Conclusion générale du rapport

S'ils peuvent être des instruments utiles pour atteindre certains objectifs de politique publique, les dispositifs dérogatoires fiscaux et sociaux, plus connus sous le vocable niche, ont connu un développement rapide et peu maîtrisé, tant en nombre qu'en coût.

Les politiques publiques que recense le CPO dans le cadre des niches, sont au nombre de cinq :

- la politique de l'emploi ;
- la politique du développement des entreprises ;
- la politique de la recherche et de l'innovation ;
- la politique du pouvoir d'achat ;
- la politique de l'aménagement du territoire.

Les dispositifs dérogatoires constituent un ensemble hétérogène, répondant à des objectifs d'une grande diversité, qui ont souvent évolué au cours du temps, et s'avèrent parfois contradictoires entre eux. Le rapport porte un jugement assez critique sur l'efficacité de certaines niches, et estime que d'autres leviers de politiques publiques seraient mieux à même de répondre à ces objets, et ce pour des coûts sensiblement plus faibles.

Certains dispositifs contribuent clairement à l'objectif visé, les pistes d'amélioration seraient alors de rechercher le même résultat pour un coût moindre et de limiter les formes d'optimisation. En matière fiscale le Crédit impôt recherche (CIR) rentre dans cette catégorie. Dans le domaine social, ce sont les allègements généraux sur les bas salaires que le CPO a jugé positivement. Le CPO a souligné que ce sont les allègements généraux qui constituent un des vecteurs les plus efficaces de la politique de l'emploi, surtout pour la main-d'œuvre peu qualifiée. Le CPO a considéré que les autres formes d'exonération sont plus coûteuses et moins efficaces. Par contre il s'est prononcé pour l'annualisation du calcul des exonérations bas salaires, en notant qu'il s'agit là d'une forme d'optimisation contraire à l'esprit même du dispositif.

Certains dispositifs peuvent concourir à une politique publique mais s'avérer mal ciblés, avoir un coût disproportionné au regard des avantages attendus et comporter d'importants effets d'aubaine. Le rapport fait rentrer dans cette catégorie les dispositifs dérogatoires en faveur de l'épargne

3

REGARDS DES ACTEURS

salariale, et certaines baisses ciblées de TVA afin de favoriser l'emploi. Le passage de la TVA à 5,5 dans la restauration est nettement visé en tant que mesure ayant un coût très élevé pour une efficacité médiocre. Le rapport suggère que la France utilise, comme cela se fait dans d'autres pays européens, un taux intermédiaire de TVA à 10 % ou 12 %.

Enfin le rapport définit une troisième catégorie de dispositifs dérogatoires qui s'avèrent soit inefficaces au regard de l'objectif visé, soit qui rentrent même en contradiction avec d'autres politiques publiques, dans ce cas le rapport propose leur suppression. Sont visés ici les multiples dispositifs catégoriels, où l'on retrouve pèle mèle les artistes de la création plastique, les juges sportifs et les maître restaurateurs, l'exonération de TIPP en faveur des biocarburants, et surtout les mesures en faveur des retraites chapeaux.

Lors de sa présentation du rapport du CPO devant la Commission des finances de l'Assemblée nationale, le premier président de la Cour des comptes, M. Didier Migaud, a insisté sur le fait que ce balayage général et aussi exhaustif que possible de toutes les niches fiscales et sociales, n'était pas un menu visant à supprimer l'ensemble mais une « carte à consommer avec modération et discernement et sur plusieurs repas ».

La certification ISO 9001 dans le réseau des Centres d'examen de santé de l'Assurance maladie

Martine Morel

Martine Morel Conseil

Norbert Deville

Directeur général du CETAF

Emmanuel Amsallem

Responsable pôle qualité et offres de service, CETAF

Depuis la Convention d'objectifs et de gestion (COG) signée entre l'État et l'Assurance maladie pour la période 2006-2009 qui insistait notamment sur les mutualisations et l'efficacité, tous les Centres d'exams de santé (CES) sont certifiés ISO 9001 et 35 d'entre eux ont choisi une certification en multisites. Aujourd'hui, la COG¹ 2010-2013 demande l'harmonisation des périmètres et des démarches de certification permettant au terme de la COG d'envisager une certification du réseau pour tous les organismes de l'Assurance maladie.

Le CETAF (Centre technique d'appui et de formation des CES au niveau national), a animé et coordonné cette démarche de certification des CES sur l'ensemble du territoire.

Le CETAF

Le Centre technique d'appui et de formation des centres d'exams de santé (CETAF) assure la déclinaison opérationnelle des orientations stratégiques pour les Centres d'exams de santé figurant dans la Convention d'objectifs et de gestion (COG) signée entre l'État et la CNAMTS. Il :

- propose à la CNAMTS des plans d'action pour les CES ainsi que des outils pour le suivi des activités qui en découlent ;
- assure l'animation, la coordination et le soutien (technique, méthodologique et en formation) des Centres d'exams de santé, nécessaires à la mise en œuvre opérationnelle des orientations nationales.

1. COG 2010-2013, chapitre Optimiser l'organisation collective (http://www.securite-sociale.fr/chiffres/cog/cnamts/cog_cnamts2010-13.pdf).

Le CETAF est une association privée à but non lucratif. Sa mission d'appui au pilotage des CES fait l'objet d'une convention avec la CNAMTS.

Les Centres d'examens de santé

Les Centres d'examens de santé (CES) ont été créés en 1945. Ils proposent des Examens périodiques de santé (EPS) aux assurés sociaux selon une périodicité adaptée à leur situation, particulièrement auprès des populations qui en ont le plus besoin (personnes éloignées du système de santé ou fragilisées). Les CES apportent aussi un soutien au médecin traitant en matière de prévention et de prise en charge des pathologies chroniques au travers d'offres de service portant sur des actions en éducation en santé et d'expérimentations de programmes d'éducation thérapeutique.

Les CES sont répartis sur l'ensemble du territoire national et regroupés en 8 réseaux interrégionaux couvrant l'ensemble du territoire national. En 2008, le réseau des CES comptait 111 structures (centres et antennes), soit au total 85 CES. Chacun des réseaux de CES est placé sous la double coordination d'un directeur de Caisse primaire d'Assurance maladie (CPAM) et d'un médecin responsable de CES. Les CES sont gérés selon deux grands types de structure :

- les CES en gestion directe qui sont des services de leur CPAM. 60 % des CES sont en gestion directe ;
- les CES conventionnés qui sont gérés par des structures privées ou publiques ayant passé une convention avec une ou plusieurs CPAM.

Les CES ont, en général, des effectifs inférieurs à 50 salariés, mais leur effectif est très variable, il y a de très petits CES de moins de 5 ETP.

L'Examen périodique de santé (EPS) est un dispositif ouvert aux assurés sociaux du régime général. L'EPS est adapté à l'âge, au sexe, aux risques ainsi qu'au suivi médical habituel des assurés.

Il consiste en une exploration de l'état de santé de la personne. L'équipe médicale réalise des analyses biologiques, des tests et mesures permettant de détecter d'éventuelles pathologies ou facteurs de risque ainsi que des examens dentaires, visuels et auditifs. Un entretien personnalisé est ensuite réalisé avec le médecin du CES qui commente les résultats et réalise un examen clinique complet.

Dans le cadre de cette approche globale de la personne, sont abordés le mode de vie, les antécédents personnels et familiaux, la participation aux programmes de dépistage, le suivi des vaccinations...

À la suite de l'EPS, le CES passe le « relais » au médecin traitant dans le cadre du parcours de soins coordonnés.

Historique de la démarche qualité des CES



À la fin des années 1980 une introduction des concepts actuels de la qualité avait été effectuée avec l'analyse du processus EPS et des données collectées pour la réalisation pionnière d'un système de dossiers patients informatisés. Une démarche d'amélioration continue centrée sur l'harmonisation des pratiques médicales a ensuite été engagée en 1993 avec l'élaboration d'un guide de recommandations suivi des procédures techniques pour l'EPS en 1995. Parallèlement, les laboratoires d'analyses médicales des CES ont poursuivi leur développement qualité avec le référentiel GBEA² en 1994.

En 2005, un recueil des attentes des professionnels des CES en matière de qualité a été conduit d'une façon qualitative³. Cette enquête révélait que le personnel des CES se sentait peu reconnu et isolé malgré leurs efforts pour développer la qualité de leur prestation. Pour répondre à ces besoins, 3 groupes de travail se sont volontairement constitués pour travailler sur :

1. L'identification de repères de progression avec des indicateurs : groupe évaluer pour évoluer.
2. L'identification et la formation par compagnonnage avec évaluation des compétences acquises spécifiques au travail dans un CES : groupe compétences.
3. L'identification des rôles et des missions : groupe rôles et missions.

Le questionnaire de satisfaction des consultants et les guides d'intégration des médecins, infirmières et secrétaires dans les CES utilisés actuellement dans la démarche ISO 9001 sont issus de leurs travaux.

Les CES n'étant pas des établissements de santé, ils ne sont pas soumis à l'exigence d'accréditation de l'ANAES version 1 ni aux certifications HAS ultérieures. Dès 2004, plusieurs CES ont commencé à être certifiés à leur propre initiative. En capitalisant sur l'expérience de ces premières certifications ISO 9001 des CES de Pau et de Saint-Brieuc⁴, le CETAF a réfléchi aux différentes formes de démarche qualité aussi

2. Guide de bonne exécution des analyses.

3. Roche N., Maisonneuve H., *Quels sont les besoins et attentes des Centres d'examens de santé en matière de qualité ?*, Démarches qualité et évaluation, Saint-Étienne, CETAF, 2005. Présentation orale par C. Bruneau à International Society of Quality in Health Care Vancouver 2005, « A needs assessment of the health examination centers in France showed that quality methods and tools should be urgently implemented ». Authors: Maisonneuve H., Roche N., Morel M.

4. Courau E., Le Gac L., Iragne B., Brigand A., Meyer J.-F. Maisonneuve H., *Le management par la qualité grâce à la certification ISO 9001 version 2000 de deux Centres d'examens de santé*, Risques et qualité, 2005, 2 (3) :163-71.

3

REGARDS DES ACTEURS

accessibles aux CES, comme le contrôle des matériels, la gestion des risques, la certification HAS, un manuel de bonnes pratiques et l'évaluation des pratiques professionnelles⁵, mais aussi une certification de service ou un manuel d'auto-évaluation avec les modules indépendants suivants : l'amélioration continue avec uniquement le traitement méthodique et systématique des dysfonctionnements, la certification ISO 9001, l'efficacité avec l'étude des ressources consommées sur la valeur produite, la qualité des partenariats, l'innovation.

La COG 2006-2009 imposera un choix ISO pour tous les CES.

En 2010, tous les CES sont certifiés ISO 9001 (version 2008) soit individuellement, soit dans le périmètre de certification de leur CPAM, soit en multisites avec plusieurs CES dans un même réseau.

L'élaboration d'un nouveau référentiel basé sur l'« evidence based medicine » est en cours avec la Haute autorité de santé (HAS).

L'animation et la coordination du projet de certification ISO 9001 en multisites des CES

256

Pour ce projet, l'équipe du CETAF a été composée de 3,25 ETP⁶ dont 75 % a été affecté à la démarche qualité de l'ensemble des CES, intégrant la qualité « métier » (référentiel commun des examens de santé) et la qualité « organisationnelle » (ISO 9001).

Les lignes directrices du projet

L'équipe QOS du CETAF a construit un projet d'accompagnement avec les principes suivants :

- valoriser et rendre lisible (en interne et externe) le savoir-faire des CES ;
- centrer l'efficacité des CES sur la production de gains de santé (actions et prises en charge de prévention ayant fait la preuve de leur efficacité) ;
- une démarche qualité métier et organisationnelle optimisée.

Comme le personnel des CES se sentait isolé, le CETAF a proposé un scénario en multisites où l'identité de CES pouvait être respectée ainsi qu'un schéma de fonctionnement où chaque CES pouvait rentrer ou sortir du multisite à tout moment.

5. Deville N., Maisonneuve H., *Les démarches qualité dans les Centres d'examen de santé*, revue Regards, n° 27, Les parlementaires et la Sécurité sociale, 2005.

6. Équivalent Temps Plein.



Les différents scénarii possibles ont été discutés avec les différentes instances représentatives des CES.

Les instances de pilotage et de suivi

Les instances de pilotage du projet sont de natures consultatives et fonctionnelles.

Les instances consultatives ont été le Réseau 7 qui a choisi de travailler plus particulièrement sur la qualité. C'est le partenaire du CETAF dans la conception de la démarche. Mais aussi toute manifestation regroupant l'ensemble des CES, par exemple : les rencontres thématiques de décembre 2006. Les instances fonctionnelles sont représentatives des réseaux des CES et ont élaboré les orientations stratégiques comme : le sens donné à cette démarche ISO 9001 pour les CES, l'EPS comme champ minimal de la certification ISO 9001. Ces instances fonctionnelles sont : le comité de pilotage élargi composé des représentants des CES et de leur CPAM et l'IRCESAM⁷ composé des représentants des médecins responsables des CES et des directeurs de leur CPAM et des représentants du département information et prévention (direction des assurés) de la CNAMTS.

Les étapes du projet

Qualification de la demande de la COG

La première étape a été de clarifier avec le Comité de pilotage élargi, le sens que les CES et CPAM souhaitaient donner à cette certification. La représentation de ce sens partagé en comité de pilotage élargi a été élaborée avec la méthode du diagramme des affinités par discussion. Le sens de cette certification était de contribuer à ce que les CES soit mieux reconnus comme un acteur du système de santé en prévention, mais aussi d'être un levier de motivation du personnel.

Ensuite, il fallait clarifier le contenu du projet de « système qualité certifiable ». Le CETAF a exploré et expliqué tous les scénarii possibles de certification ISO 9001 pour les CES en croisant les éventails de champs (un processus, plusieurs processus, tous les processus) et les périmètres possibles (CES certifié dans le périmètre de certification de sa CPAM, seul, en multisites avec d'autre CES, tous les CES ensemble). Toutes les CPAM et CES ont été consultés par sondage pour indiquer leur scénario

7. IRCESAM : Instance de réflexion des CES du réseau de l'Assurance maladie.

3

REGARDS DES ACTEURS

préférée. La certification du processus EPS en multisites a été choisie par des groupes de CES dans chacun des réseaux.

Mobilisation des acteurs concernés par la démarche certification des CES

Après le Comité de pilotage élargi et l'IRCESAM, le CETAF a communiqué sur le contenu du projet aux rencontres thématiques où tous les médecins responsables et directeur de CPAM étaient invités, mais aussi dans le journal Réseau. Le CETAF a construit un CCTP pour lancer l'appel d'offres pour choisir un prestataire pour l'accompagnement en multisites. À partir des documents des CES déjà certifiés (Pau, Saint-Brieuc, Bordeaux, ...), le CETAF a développé un kit de sensibilisation pour présenter ce qu'était la norme ISO 9001 avec un questionnaire d'autoévaluation, mais aussi la description d'un profil de ce qu'était un responsable qualité qui a été le premier rôle à être nommé. Une première journée de travail a eu lieu avec ce prestataire et le Réseau 7 avant une journée pour tous les coordonnateurs de réseau afin d'expliquer et échanger sur le multisite. Enfin, la CNAMTS a envoyé (juin 2007) une lettre réseau⁸ demandant à chaque directeur de CPAM et médecin responsable de signer leur engagement dans la forme de certification qu'ils avaient choisi.

La construction de la démarche en multisites

La construction de l'accompagnement

Principes

L'idée initiale du multisite a été de se baser sur le fonctionnement préexistant de huit réseaux de CES. Mais, les CES étant dans des CPAM différentes, ou bien étant en gestion conventionnée, une charte a été élaborée pour chaque multisite pour préciser les rôles de direction et de responsable qualité ainsi que les règles de fonctionnement du multisite.

L'intention principale a été aussi de favoriser l'appropriation de la démarche qualité au plus près du terrain et d'encourager la mutualisation entre CES. Pour cela, chaque CES a d'abord travaillé individuellement avant une mise en commun à l'intérieur du multisite, de telle sorte que la démarche qualité soit vraiment issue des opérationnels et discutée entre eux.

8. LR/DDGOS/55/2007.



La formation et construction du système de management par la qualité

L'accompagnement de la société conseil s'est opéré à travers un état des lieux initial dans chaque CES, suivi de neuf jours de formation-action pour le multisite incluant un audit à blanc de chaque CES et de la tête du multisite et une revue de direction.

Une cartographie des processus issue d'une compilation nationale des cartographies des CES déjà certifiés a été proposée à chaque multisite. Chaque CES, aussi petit soit-il, a analysé ses propres activités à l'aide d'une fiche d'analyse d'activités. Les CES en multisites se sont ensuite réunis pour identifier ce qu'ils avaient en commun afin de créer une fiche d'analyse d'activité du multisite. Après, le multisite a réalisé une analyse de risque sur chacune de ses fiches d'analyse d'activités, d'où a découlé ce que le multisite se donnait comme « exigences » métier inscrites dans le manuel qualité du multisite.

Pour respecter l'identité et les spécificités de chaque CES dans le multisite, trois niveaux de documents ont été définis : des documents obligatoires communs multisites, des documents obligatoires à personnaliser qui comportaient des parties communes avec des « trous » à l'intérieur desquels chaque CES pouvait inscrire ses particularités, et enfin des documents locaux spécifiques à chaque CES.

Parallèlement, le CETAF a vérifié la cohérence des documents liés aux processus de pilotage proposés par la société conseil accompagnatrice.

Le CETAF a accompagné individuellement chaque direction de multisites à la prise en main de son rôle. Le CETAF a construit au niveau national le réseau des animateurs qualités multisites et proposé des formations pour les rôles spécifiques comme les pilotes de processus, des auditeurs internes, et les correspondants métrologies.

Comme ce n'est pas le cœur de métier des CES, le CETAF a complètement pris en charge au niveau national la construction de la métrologie des CES, mais aussi la compilation des textes juridiques liés à l'EPS.

Les outils informatiques et le système documentaire

Comme c'est un multisite qui présente la certification avec un seul manuel qualité, il est nécessaire que l'animateur qualité du multisite puisse accéder à la totalité des documents, des données du multisite et aussi en gérer le calendrier qualité. Il faut un outil informatique qui soit capable de prendre en compte les différentes articulations du multisite : le niveau des CES, et le niveau du multisite en ayant la possibilité de gérer les droits

3

REGARDS DES ACTEURS

d'accès, mais aussi le niveau national pour le suivi et l'animation. La mise en place de l'outil proposé par la société accompagnatrice a malheureusement été tardive, a été confrontée à de multiples difficultés dont les sécurités d'accès aux réseaux informatiques des CPAM. Le CETAF a mis en place un intranet avec des espaces dédiés aux animateurs qualité.

La mise en place du Système de management par la qualité (SMQ) dans chaque multisite a nécessité de très nombreuses réunions qui devenaient très coûteuses en temps et en transport, et la pratique d'un outil de réunion à distance s'est mise en place avec deux canaux simultanés : le téléphone et Internet avec Web conférence pour visualiser ensemble un même document.

Déploiement du multisite en fonctionnement

Pendant la construction du système de management par la qualité, il y a eu des mutualisations de bonnes pratiques à l'intérieur des multisites, mais aussi au niveau national par l'intermédiaire des réunions entre animateurs qualités multisites organisées par le CETAF. La mutualisation est aussi réalisée sur des fonctions comme les auditeurs internes, les pilotes de processus, les correspondants métrologie, le référent hygiène, etc.

Chaque CES a sa propre démarche qualité avec sa revue de direction, articulée avec celle du multisite auquel il appartient. Le pilotage de processus est au niveau du multisite. Les CES pratiquent des audits internes croisés. Et certains multisites réalisent au niveau national des audits de tête de multisites croisés accompagnés d'un auditeur extérieur.

Le CETAF a présenté la construction du multisite à tous les auditeurs AFAQ/AFNOR des multisites.

Bilan

Aujourd'hui les multisites ont beaucoup gagné dans leur autonomie de pilotage de leur système de management par la qualité.

Les premières estimations de coûts à partir des données remontées par les Centres d'examen de santé indiquent que l'accompagnement et la certification sont moins chers en multisites. Mais c'est surtout au niveau de la mutualisation que les bénéficiaires sont le plus évoqués par les animateurs qualités contribuant notamment à la multiplication des échanges sur les pratiques professionnelles. Cependant, les animateurs qualité multisites ont à construire des consensus collectifs par-delà des structures juridiquement indépendantes, ce qui demande beaucoup de temps et de ténacité.

3 REGARDS DES ACTEURS

C'est pourquoi l'animateur qualité multisites a plus de facilité pour accomplir sa mission s'il est dans la CPAM du coordonnateur administratif (en général le directeur de la CPAM) présenté dans la charte du multisite. Il en est de même pour la fonction direction du multisite qui est assumée par les coordonnateurs administratif et médical du réseau. Le multisite a un organigramme et son fonctionnement est collégial. Toutefois, l'animateur qualité multisites est quelquefois confronté aux tendances de comportement individualiste d'un ou plusieurs CES au détriment de l'intelligence collective.

Certains multisites ont déjà modifié leur cartographie, principalement sur les processus de pilotage et de supports dont les interfaces avec les CPAM sont très diverses, ce qui a conduit chaque CES à se positionner plus clairement.

Le CETAF continue à proposer des ateliers d'accompagnement pour la vie du système de management par la qualité des multisites en se basant notamment sur la synthèse globale anonyme des audits des multisites réalisés par l'AFAQ/AFNOR.

Néanmoins, signalons que ce projet a rencontré beaucoup de difficultés d'abord par l'originalité de l'architecture des multisites avec la place centrale et sans hiérarchie du CETAF vis-à-vis des CES. Il a fallu beaucoup de communication et de pédagogie. Mais cette pédagogie a été très insuffisante particulièrement aux premiers jours de formation-action pendant lesquelles deux multisites se sont dissous, notamment en raison d'une insuffisante prise en compte de cette dimension par la société accompagnant la démarche.

Une autre difficulté a été d'être capable de construire des outils informatiques adaptés suffisamment vite et aussi, d'accomplir les premières vérifications métrologiques des appareils quelques jours avant l'audit de certification dans certains CES ou multisites.

Au final, et à partir de la signature de leur engagement suite à la lettre réseau, tous les multisites ont obtenu leur certification en 2,5 ans, respectant en cela l'engagement pris par la CNAMTS vis-à-vis de l'État dans la COG 2006-2009.

Conclusions

Nous avons vu que la démarche, initialisée par le CETAF, a ouvert la voie à un mouvement de certification des CES transcendant les organisations juridiques et permettant de réels échanges et transformations de leurs systèmes de management par la qualité.

3

REGARDS DES ACTEURS

Il faut saluer et remercier toutes les personnes qui se sont investies pour réussir ensemble ce défi, le personnel des CES, et particulièrement les directions (au sens de la norme ISO 9001) des multisites avec les coordinateurs administratifs et médicaux : Marie-Renée Babel, directrice de la CPAM de Paris ; Christian Fatoux, directeur de la CPAM de Nîmes ; Jean-Yves Fatras, médecin responsable du CES de Toulouse ; Jean-Pierre Giordanella, médecin directeur de la prévention CPAM de Paris ; Patrick Gomez, médecin responsable du CES de Toulon ; Laurent Magnien, directeur adjoint de la CPAM de Metz ; Paul Orliac, directeur de la CPAM de Limoges ; Xavier Pagnon, médecin responsable du CES de Mulhouse ; Jérôme Pascaud, directeur délégué de la CPAM de Bordeaux ; Alain Piton, directeur de la CPAM de Rennes ; Michel Pouchard, médecin responsable du CES de Rennes ; Christian Puechlong, médecin responsable du CES de Poitiers.

Mais aussi les animateurs qualité des multisites : Arnaud Bottereau, IPC Paris ; Josiane Castanier, CPAM Nîmes ; Alain Greulich, CES Colmar ; Chantal Guinamant, CPAM Rennes ; Bertrand Jego, IPC Paris ; Karine Quinot, CES Metz ; Marie-Franciette Dominique, CPAM Paris ; Nathalie Roche, CES Bordeaux ; Sébastien Salomon, CPAM Saint-Nazaire ; Jean-Pierre Tsaoussidis, CES Poitiers ; Jacky Vernaz, CES Avignon.

Cependant, si cela était à refaire, il faudrait mieux s'assurer que les outils d'accompagnement proposés soient immédiatement opérationnels. Il faudrait aussi, au niveau ressources humaines, estimer la charge que représente l'activité d'animateur qualité multisites et le niveau que cela requiert.

Néanmoins, cette démarche multisites est très convaincante tant au niveau humain pour les opportunités de réflexion partagée qu'elle apporte, mais aussi en termes d'efficience collective. Il y a maintenant une assise organisationnelle sur laquelle d'autres démarches peuvent se greffer.

La certification en réseau des organismes de l'Assurance maladie, prévue dans la COG 2010-2013, doit pouvoir tirer bénéfice de cette démarche de certification multisites dans le réseau des CES.

*Pour en savoir plus sur l'actualité de la Protection sociale,
consultez le site : www.annuaire.secu.com*

Ouvrages sélectionnés par le Centre de documentation de l'EN3S

Comprendre les politiques d'action sociale / Valérie Löchen. – Paris : Dunod, 2010. – 458 p. – ISBN : 978-2-10-054557-5.

De l'État providence à l'État accompagnant / Serge Guérin. – Paris : Michalon Éditions, 2010. – 281 p. – ISBN : 978-2-84186-523-9.

Dis, c'était quoi la Sécu ? : lettre à la génération 2025 / Didier Tabuteau. – La Tour-d'Aigue (Vaucluse) : Édition de l'Aube, 2010. – 87 p. – ISBN : 978-2-8159-0046-1.

Diversité, un atout pour le service public / Institut de la gestion publique et du développement économique. – Paris : IGPDE, 2010. – 99 p.

Éliminer la pauvreté / Julien Damon ; Préf. Martin Hirsch. – Paris : PUF, 2010 (Quadrige Essais Débats). – ISBN : 978-2-13-058387-5.

Éthique et responsabilité sociale : 78 experts témoignent, Mélanges en l'honneur de Michel Joras (Broché) / Françoise de Bry, Jacques Igalens, Jean-Marie Peretti. – Cormelles-le-Royal : EMS Management & Société, 2010. – 357 p. – ISBN : 978-2-84769-115-3.

L'ABC du droit de l'Union européenne / Klaus-Dieter Borchardt. – Luxembourg : Office des publications de l'Union européenne, 2010. – 139 p. – ISBN : 978-92-78-40527-4.

L'abondance frugale : pour une nouvelle solidarité / Jean-Baptiste de Foucauld. – Paris : Éditions O. Jacob, 2010. – 276 p. – ISBN : 978-2-7381-2447-0.

L'avenir des retraites / Marc Horwitz. – Paris : Armand Colin, 2010. – 159 p. – ISBN : 978-2-200-24844-4.

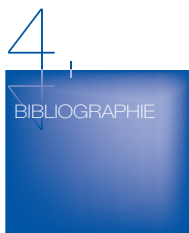
L'égalité c'est la santé / Richard Wilkinson. – Paris : Demopolis, 2010. – 251 p. – ISBN : 978-2-35457-033-0.

La fiscalité locale / Conseil des prélèvements obligatoires. – Paris : La Documentation française, 2010. – 691 p. – ISBN : 978-2-11-008170-4.

La réforme des systèmes de santé / Bruno Palier. – Paris : Presses universitaires de France, 2010. – 1 vol. – 127 p. – ISBN : 978-2-13-058090-4.

La santé : un enjeu de société / Dir. Catherine Halpern. – Auxerre : Sciences humaines éditions, 2010. – 345 p. – ISBN : 978-2-912601-93-3.

La santé, par quels moyens et à quels prix ? / Dir. Pierre-Yves Geoffard, Roger Guesnerie, Julian Le Grand. – Paris : Presses universitaires de France, impr. 2010. – 1 vol. – 135 p. – ISBN : 978-2-13-057650-1.



Le petit livre des retraites : à l'usage de ceux qui veulent les défendre / Pierre-Yves Chanu, Jean-Christophe Le Duigou, Éric Aubin (préfacer). – Paris : Édition de l'Atelier, 2010. – 156 p. – ISBN : 978-2-7082-4125-1.

Les politiques sociales : droit du travail, politiques de l'emploi et de la cohésion sociale / Laurent Cytermann, Thomas Wanecq, Marie-Thérèse Join-Lambert (préface). – Paris : PUF, 2010. – 371 p. – ISBN : 978-2-13-057781-2.

Les politiques sociales et leurs institutions / Frank Bachelet. – Paris : L'Harmattan, 2010. – ISBN : 978-2-296-11593-4.

Nous ne sommes pas coupables d'être malades ! / Alix Béranger, Davis Belliard. – Paris : Les petits matins, 2010. – 213 p. – ISBN : 978-2-915879-72-8.

Nouvelles solidarités, nouvelle société / Alexandra Yannicopoulos. – Paris : Bayard, 2010. – 366 p. – ISBN : 978-2-227-48166-4.

Où va la démocratie sociale ? : diagnostic et propositions / Henri Rouilleault. – Paris : Éditions de l'Atelier, 2010. – ISBN : 978-2-7082-4100-8.

Retraites l'heure de vérité / ATTAC (France), Fondation Copernic. – Paris : Syllepse, 2010. – 172 p. – ISBN : 978-2-84950-274-7.

Retraites, le dictionnaire de la réforme / Jacques Bichot. – Paris : L'Harmattan, 2010. – 232 p. – ISBN : 978-2-296-11714-3.

Travail : la révolution nécessaire / Dominique Méda. – La Tour-d'Aigues : Éditions de l'Aube, impr. 2010. – 1 vol. – 92 p. – ISBN : 978-2-8159-0036-2.

Rapports

Bilan de 10 ans d'observation de la pauvreté et de l'exclusion sociale à l'heure de la crise : rapport 2009-2010 / Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale. – Paris : Documentation française, 2010. – 168 p. – ISBN : 978-2-11-008100-1.

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/104000099/0000.pdf>

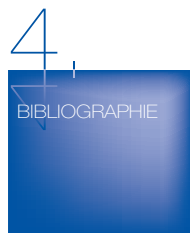
Créativité et innovation dans les territoires / Michel Godet, Philippe Durance, Marc Mousli, Conseil d'analyse économique. – Paris : La Documentation française, 2010. – 465 p. – ISBN : 978-2-11-008203-9.

http://www.cae.gouv.fr/IMG/pdf/CAE091_creativite_territoires.pdf

Les systèmes de retraite face à la crise en France et à l'étranger : colloque, 3 décembre 2009 / Conseil d'orientation des retraites. – Paris : La Documentation française, 2010. – 126 p. – ISBN : 978-2-11-008025-7.

<http://www.cor-retraites.fr/article317.html>

Les travaux de l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale 2009-2010 / Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale. – Paris : Documentation française, 2010. – 586 p. – ISBN : 978-2-11-008099-8.



Rapport annuel 2009 : l'hébergement et l'accès au logement – la modernisation des organismes de Sécurité sociale / Inspection générale des affaires sociales.

– Paris : La Documentation française, 2010. – 197 p. – ISBN : 978-2-11-008091-2.

http://www.apmnews.com/documents/rapport_annuel_lgas_2009_080710.pdf

Rapport sur l'évolution de l'économie nationale et sur les orientations des finances publiques 2010. Tome 1 : Rapport préparatoire au débat d'orientation des finances publiques. Tome 2 : Missions programmes objectifs indicateurs / François Baroin. – Paris : ministère du Budget, 2010. – 63 p., 114 p.

<http://www.performance-publique.gouv.fr/fileadmin/medias/documents/ressources/PLF2011/DOFPTtome1juin2010.pdf>

http://www.budget.gouv.fr/themes/finances_publicques/dofip2010_2.pdf

Retraites 2010 – régler l'urgence, refonder l'avenir. : rapport d'information fait au nom de la Mission d'évaluation et de contrôle de la Sécurité sociale (MECSS) de la Commission des affaires sociales sur le rendez-vous 2010 pour les retraites, 2 tomes / Christiane Demontés, Dominique Leclerc, France. Sénat. Commission des affaires sociales. – Paris : Sénat, 2010. – 215 p. – ISBN : 978-2-11-127785-4.

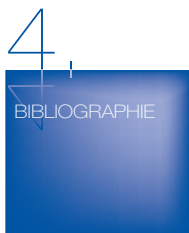
<http://www.senat.fr/rap/r09-461-2/r09-461-21.pdf>

<http://www.senat.fr/rap/r09-461-1/r09-461-11.pdf>

Notes de lecture rédigées par les membres du comité de rédaction :

Rapport sur la situation et les perspectives des finances publiques de juin 2010, établi en application de l'article 58-3 de la loi organique du 1^{er} août 2001 relative aux lois de finances.

Dans son rapport sur la situation et les perspectives des finances publiques de juin 2010 (pp. 36 à 42), la Cour des comptes a relevé que les comptes des administrations sociales se sont fortement dégradés et que la dette sociale a atteint des niveaux incompatibles avec les principes de régimes par répartition. Elle considère que le déficit du régime général a augmenté de 10 Md d'euros sous l'effet de la récession sur ses recettes, mais aussi parce qu'il n'y a eu aucune inflexion des dépenses, notamment de celles de l'Assurance maladie. Par ailleurs, dans le chapitre consacré aux pistes pour rééquilibrer les comptes publics (pp. 121 à 130), la Cour des comptes estime que les comptes du régime général de Sécurité sociale devraient être ramenés à l'équilibre en 2013, en réalisant un effort de presque 30 Md d'euros, en priorité sur les dépenses. Elle préconise d'engager des mesures structurelles, dont les effets ne seront perceptibles qu'à long terme, complétées par des mesures à impact immédiat. En outre, selon la Cour des comptes, le retour à l'équilibre des comptes sociaux nécessite un apport de



nouvelles recettes à rechercher en priorité dans un réexamen systématique des différentes niches sociales que sont les exonérations de cotisations et les réductions d'assiette. Enfin, la Cour estime que la dette accumulée par l'ACOSS devra rapidement être transférée à la CADES en combinant une hausse du taux de la contribution qui lui est affectée et un allongement de sa durée de vie, à condition de fixer pour règle que la dette soit remboursée dans un délai de 10 à 15 ans au maximum.

Alain CHAILLAND

Les politiques sociales : droit du travail, politiques de l'emploi et de la cohésion sociale, Laurent Cytermann, Thomas Wanecq, Marie-Thérèse Join-Lambert (préface), Paris : PUF, 2010.

Ce livre est avant tout un manuel. Il a été conçu pour des élèves de Sciences Politiques ou des étudiants qui se destinent aux concours administratifs. Néanmoins, il se révèle être très utile pour toute personne s'intéressant aux questions sociales.

Ce livre est sélectif et traite des questions importantes dans trois domaines différents :

- le droit du travail,
- les politiques de l'emploi,
- les politiques de cohésion sociale.

Quatorze chapitres nous emmènent dans des sujets au cœur de l'actualité : les minima sociaux, la politique du logement, la réforme de la représentativité syndicale, la rénovation urbaine... autant de sujets qui comportent des dimensions sociales de premier plan.

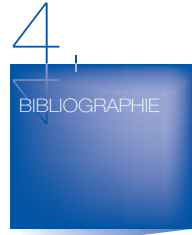
Les questions sont traitées avec clarté, précision et une grande objectivité. De très utiles fiches techniques viennent compléter notre soif de connaissances...

Le premier auteur, Laurent Cytermann est Administrateur civil en détachement au Conseil d'État. Il a enseigné les questions sociales à l'université Paris I-Panthéon Sorbonne. En tant que Chef de bureau à la Direction générale de l'action sociale (DGAS), il a participé à la mise en place du RSA.

Le deuxième auteur, Thomas Wanecq, est Inspecteur des affaires sociales (IGAS) et a également enseigné les questions sociales à Paris I-Panthéon Sorbonne ainsi qu'à l'IEP de Paris.

Comme l'écrit Marie-Thérèse Join-Lambert dans la préface, « écrire aujourd'hui un manuel de politiques sociales constitue un exercice à haut risque ». Les deux auteurs surmontent l'obstacle avec brio et nous livrent là un livre clair, bien écrit et précieux.

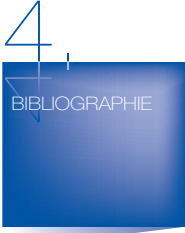
Christophe DEMILLY



Droit de la Protection sociale, Franck Petit, Gualino, Coll. « Master Pro », 2009.

L'actualité bibliographique devrait plutôt m'inciter à évoquer dans ces colonnes la publication récente, sous la plume du même auteur, et chez cet éditeur, d'un autre livre fort intéressant consacré à un domaine encore insuffisamment exploré, celui du droit de la politique de l'emploi. Cependant, il serait encore plus regrettable de passer sous silence la sortie antérieure de l'ouvrage de M. Franck Petit sur le droit de la Protection sociale. Spécialiste des questions sociales, ce professeur de droit de l'Université d'Avignon nous fait part d'emblée de l'ambition qui caractérise son entreprise : « le choix a été fait de ne pas séparer l'étude des dispositifs de Sécurité sociale de celle des règles issues d'autres sources – aide sociale, régimes conventionnels –, même si l'ensemble de ses dispositifs n'a pu être étudié dans leur intégralité ». À un moment où l'École nationale supérieure de la Sécurité sociale aspire à devenir une École nationale supérieure de la Protection sociale, cette approche ne peut évidemment que nous satisfaire, d'autant plus qu'elle n'est pas dénuée de fondement : les frontières traditionnelles entre la Sécurité sociale et l'aide sociale, ou bien encore, entre la Sécurité sociale et la Protection sociale complémentaire se sont de plus en plus brouillées au cours de la période récente, comme en témoignent entre autres la Couverture maladie universelle ou la prise en charge de la dépendance des personnes âgées. Toutefois, l'expression de droit de la Protection sociale peut aussi laisser perplexe dans la mesure où elle englobe sous un même vocable des droits ayant des logiques et des caractéristiques différentes, comme le fait précisément ressortir la confrontation entre le droit de l'aide sociale et le droit de la Protection sociale complémentaire. En tout état de cause, l'ouvrage de M. le Professeur Petit est constitué comme annoncé, de développements principalement axés sur le droit de la Sécurité sociale, ne laissant en dehors de la partie introductive qu'une place peut-être trop résiduelle aux autres formes de Protection sociale. Pour autant, la clarté et la pédagogie dont fait montre son auteur dans l'exposé des sujets traités et la qualité de sa présentation matérielle en font un excellent manuel d'initiation pour les étudiants et aussi, pour les nouveaux collaborateurs des organismes de Sécurité sociale qui veulent mieux comprendre leur environnement professionnel. Il faut enfin se réjouir des mentions à de nombreuses références d'ouvrages spécialisés, plus encore d'articles de revues ou même de thèses de doctorat, qui ne peuvent qu'inciter le lecteur curieux à aller toujours plus loin dans sa quête de connaissances.

Gilles HUTEAU



**Note de lecture proposée
 par Antonin Perrocheau,
 coresponsable du Master 2,
 Gestion des organismes de Protection
 et d'assurances sociales (GOPAS),
 IEMN-IAE de l'université de Nantes**

Droit de la Sécurité sociale, 5^e édition, Jean-Pierre Chauchard, Éditions LGDJ, octobre 2010.

Le « Chauchard » nouveau est arrivé !

En ces périodes de grandes mouvances sociales, voici un ouvrage qui permet en 690 pages d'effectuer un tour complet du droit français de la Sécurité sociale et des Protections sociales non incluses dans cette dernière mais très proches ; le chômage, les compléments retraites, la prévoyance, la mutualité, l'aide sociale et même un chapitre sur les éléments de droit communautaire. La (longue) introduction de cette nouvelle édition est incontournable car elle permet de comprendre comment ce concept de « Sécurité sociale » est progressivement apparu tant sur le plan historique que juridique. L'auteur fournit notamment en peu de mots des explications intéressantes, par exemple : sur la genèse des assurances sociales en 1930 (p. 40) : « une première loi, votée le 5 avril 1928, fit l'objet de critiques virulentes des milieux tant professionnels que syndicaux » ou sur la difficulté à fournir une définition juridique de la protection sociale (p. 99). Le développement sur les risques professionnels est à signaler car cet aspect est assez rarement détaillé. De même la section sur la prévoyance (pp. 593-594) met en évidence les incertitudes concernant la définition de cette notion ; la loi parlant le plus souvent de « garanties collectives complémentaires des salariés ».

Compte tenu des délais de mise sous presse, l'auteur n'a pas pu prendre en compte certaines évolutions récentes comme l'évolution du nom des CRAM devenues CARSAT (Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail) ou le décret du 6 septembre 2010 relatif aux modalités de nomination et de cessation d'activité des directeurs et agents comptables des branches famille, retraite et recouvrement. Néanmoins, même si la loi n'était pas encore parue, Jean-Pierre Chauchard fait état de la réforme des retraites (pp. 422-423) votée par le Parlement en septembre 2010.

Par conséquent cet ouvrage, qui a été écrit avec la rigueur qui sied au juriste mais en évitant tout juridisme ce qui le rend très agréable à lire et par conséquent tout à fait accessible à un large public, va certainement vite devenir un outil de travail incontournable pour les étudiants de sciences sociales et tous les professionnels qui s'intéressent à ces aspects.

Informations | sociales

Créée en 1946, la revue **Informations sociales** est éditée par la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF). Outil de réflexion et d'information pour les praticiens du social, **Informations sociales** est également un lieu de synthèse et de débat pour les chercheurs et les décideurs.

La revue est construite sur des **dossiers thématiques** qui associent les spécialistes et les acteurs d'une question sociale. Cette revue, **avec six numéros dans l'année**, accompagne acteurs, chercheurs et décideurs dans leurs analyses, leurs expertises et leurs actions.

Pour découvrir la revue, nous vous proposons de choisir un exemplaire à titre gracieux parmi nos dernières livraisons :



- ▶ Politiques sociales et familiales en Grande-Bretagne - n° 159
- ▶ L'enfant au cœur des politiques sociales ? - n° 160
- ▶ Éduquer et prévenir : ce que fait l'école - n° 161
- ▶ Décentralisation dans le champ social : où en est-on ? - n° 162
- ▶ L'Allemagne à l'épreuve des réformes - n° 163

Pour recevoir votre exemplaire, il suffit d'en faire la demande par mail à ysabelle.michelet@cnafr.fr

Vous pouvez consulter en format HTML ou PDF, les articles de la revue depuis le premier numéro de l'année 2005 sur www.cairn.info

Abonnement - commande papier

01.45.65.53.34
numéro simple : 6,5 €
6 numéros (1 an) : 33 €
12 numéros (2 ans) : 58 €

CNAF

Informations sociales
Y. Michelet
32 avenue de la Sibelle
75685 Paris cedex 14

COMPOGRAVURE
IMPRESSION, BROCHAGE



42540 ST-JUST-LA-PENDUE
JANVIER 2011
DÉPÔT LÉGAL 2011
N° 201012.0319

IMPRIMÉ EN FRANCE

Recruter par concours et former les futurs dirigeants de la Sécurité sociale ... telle est la vocation de l'EN3S.

Depuis 1960, l'Ecole Nationale Supérieure de Sécurité Sociale assure quatre missions au sein du Service public de Sécurité sociale :

- La détection des potentiels des dirigeants au regard de quatre axes principaux (la garantie des valeurs de Service public et leur traduction, le pilotage de la performance d'un organisme, la contribution à la performance collective d'un réseau d'organismes, la capacité à inscrire l'action de terrain dans des dynamiques pérennes et innovantes) ;
- Le développement des compétences de ses dirigeants à travers des cycles de formation diplômants et une offre de formation de courte durée ;
- Le transfert d'expertise des gestionnaires français du domaine social à l'international (coopérations, formations...) ;
- Le développement de programmes de recherches destinés à améliorer la compréhension des politiques sociales et de leur environnement et à favoriser leur adaptation.

**L'avenir de la Protection sociale n'est pas écrit.
Il se dessine avec vous !**

www.en3s.fr

27, rue des Docteurs Charcot
42031 Saint-Etienne Cedex 2

Tél. : +33 (0)4 77 81 15 15

Fax : +33 (0)4 77 81 15 00

Courriel : en3s@en3s.fr