

d o s s i e r

L'informatique au service
de la Sécurité sociale



numéro 40 • juillet 2011

s o m m a i r e

1 LES ÉVOLUTIONS DE LA PROTECTION SOCIALE **L'informatique au service de la Sécurité sociale**

Coordonnateurs

Gilles Arzel,
 Directeur évaluateur
 à la CNAMTS

Christophe Demilly,
 Directeur de la CAF
 de la Gironde

Thème 1 : Informatique et offre de service

- **La révolution industrielle du traitement de l'information à la Caisse nationale d'Assurance maladie**
 par le Dr Bernard Salengro, Président de la commission des systèmes d'information de la CNAMTS, Conseiller de la CNAMTS 10
- **La relation de service aux allocataires et les technologies de l'information. Une évolution conjuguée de longue date**
 par Alain Folliet, Directeur des systèmes d'information de la CNAF 20
- **Peut-on rénover complètement un système d'informations ?**
 par Jean-Baptiste Courouble, Directeur du Programme national de Rénovation, François Hiebel, Directeur de la Maîtrise d'Ouvrage de l'ACOSS 25

- **L'innovation technologique au service d'une Protection sociale plus « Smart »**
 par Julien Damon, Professeur associé à Sciences Po (Master d'urbanisme),
 Hammou Messatfa, Directeur technique IBM Europe – Solutions Secteur public,
 Daniel Chabut, Consultant en Stratégie & Organisation – Santé et Affaires sociales 35

- **L'offre globale de service à la CAF du Morbihan**
 par Annie Simon Lemercier, Directrice de la CAF du Morbihan, Franck Baudouin, Chef de projet 58

Thème 2 : Informatique et efficience

- **Les systèmes d'information de la Sécurité sociale : stratégie, efficience, investissement**
 par Annie Henrion et Laurent Lenière,
 Direction de la Sécurité sociale, sous-direction de la gestion et des systèmes d'information 72

Thème 3 : Informatique et contrôles

- **Un système d'information au service de la lutte contre la fraude ?**
 par Vincent Ravoux, Directeur général de l'URSSAF de Paris – région parisienne et Yves Rebouillat, Directeur de l'organisation 88

- **La problématique de la lutte contre la fraude et des croisements de fichiers**
 Article collectif – Ministère du Budget, des Comptes publics et de la Fonction publique 100

- **L'informatique au service du contrôle (l'exemple de l'évolution du contrôle dans les CAF)**
 par Patrick Guéry, Agent comptable de la CAF des Yvelines 108

- **Le RNCPS : « Répertoire National Commun de la Protection Sociale »**
 par Claude Friconneau, Direction de la Sécurité sociale, SD-4 Bureau des systèmes d'information 117

2. LE MANAGEMENT DE LA PROTECTION SOCIALE : TENDANCES ET ÉVOLUTIONS

- **Qu'est-ce qu'un risque social ?**
par François Ewald, Directeur de l'ENASS,
Extrait des « Rencontres du jeudi » organisées
par la Direction de la formation continue de l'EN3S
sur « Le risque social a-t-il un prix ? »
(Paris – 25 novembre 2010) 129
- **Les grands équilibres du système public de la Sécurité sociale**
par Dominique Libault, Directeur de la Sécurité sociale,
Extrait des « Rencontres du jeudi » organisées
par la Direction de la formation continue de l'EN3S
sur « Le risque social a-t-il un prix ? »
(Paris – 25 novembre 2010) 137
- **Le RSI, un régime jeune confronté à de nombreux défis**
par Matthieu Perrot, Directeur de la Caisse
Poitou-Charentes,
Alain Clicq, Directeur de la Caisse RSI Île-de-France Ouest,
Guy Delaugeas, Directeur de la Caisse RSI Aquitaine,
Françoise Dumas, Directrice de la Caisse RSI Alpes,
Francis Lavaud, Directeur de la Caisse RSI Pays-de-Loire,
Frédérique Miny, Directrice de la Caisse région Rhône 145

3. REGARDS DES ACTEURS

- **Le développement du système de santé marocain**
par Giovanni Cascone, Membre du Centre de Recherche
sur la Coopération au Développement (CIRPS)
de l'Université de Rome « *La Sapienza* » 161

- **Le grand chantier de la réforme du système de santé chinois**
 par Sarah Aubert-Videcoq, Directrice de la Caisse primaire d'Assurance maladie de l'Ardèche,
 Raynal Le May, Directeur de la Caisse d'allocations familiales de l'Essonne 171
- **Approche croisée sur l'intégration sociale en Europe. Quelles coopérations entre acteurs du champ social ?**
 par Sihem Anne Essayah, Membre d'un groupe de recherche sur l'économie sociale et solidaire 186
- **L'Hospitalisation À Domicile (HAD)**
 par Rym Ben Bachouch, Docteur en génie informatique à l'INSA de Lyon (Bourses doctorales EN3S – année 2010), sous la direction de Alain Guinet, Professeur en génie industriel à l'INSA de Lyon, Laboratoire Décision et Information pour les Systèmes de Production (DISP) 201
- **Colloque EHESP/EN3S : « Les établissements de santé et l'Assurance maladie : l'optimisation des pratiques »**
 par Aline Fouque, Thomas Jousse, Caroline Vermont, Élèves directeur d'hôpital 213

4 BIBLIOGRAPHIE

- Ouvrages sélectionnés par le Centre de documentation de l'EN3S 221
- Notes de lecture 224



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 de la Gironde
- ☞ **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

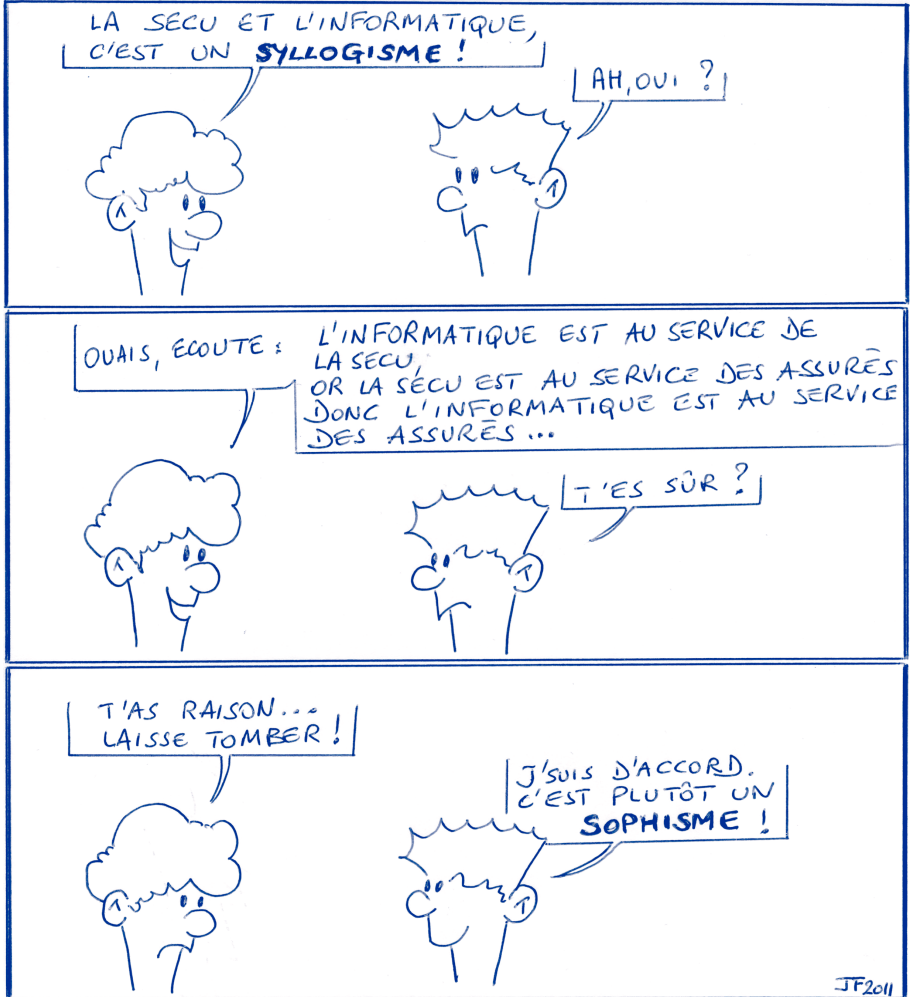
Tél. 04.77.81.15.15 – Fax 04.77.81.15.00



1

LES ÉVOLUTIONS DE LA PROTECTION SOCIALE

**L'informatique au service
de la Sécurité sociale**



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



Thème 1 : Informatique et offre de service



La révolution industrielle du traitement de l'information à la Caisse nationale d'Assurance maladie

Dr Bernard Salengro

Président de la commission des systèmes d'information de la CNAMTS
Conseiller de la CNAMTS

I. L'image traditionnelle

10

La Sécurité sociale présente l'image dans notre inconscient d'un organisme plutôt bienfaisant de remboursement des dépenses de santé sur une base de cotisation solidaire avec un fonctionnement la rapprochant des monstres administratifs type gosplan soviétique.

De fait, dans les années 60 et 70, lorsque l'on visitait les centres, on avait l'image de queues des affiliés attendant leur tour dans les centres d'accueil avec de l'autre côté du comptoir une armée de dames toutes équipées de bacs pleins de dossiers et de fiches pour pouvoir répondre aux demandes de remboursements sous l'œil vigilant des contremaîtresses.

Cette réalité a existé mais appartient au passé pour une institution qui fonctionne toujours avec les mêmes objectifs et les mêmes valeurs mais dont les outils sont passés de la pierre taillée au flux dématérialisé en un temps assez rapide et ce sans interruption de service !

II. L'introduction de l'informatique

L'introduction de l'informatique dans les rouages de la CNAM s'est effectuée en plusieurs étapes : les premières invisibles pour le public a consisté à remplacer petit à petit le traitement manuel des dossiers par un traitement automatique par la machine, véritable traitement de masse. Après le passage par les cartes perforées comme partout ailleurs c'est au travers d'un serveur mainframe que cela s'est réalisé. La CNAM a



d'ailleurs été une des premières entreprises à s'engager dans l'informatique de cette taille. Cette technologie s'est vue dépassée avec le temps par la montée en puissance d'équipements plus modulaires permettant une gestion plus souple et plus performante des applications informatiques.

L'engagement a été pris en 2003, dans le cadre du programme « Rénovations » de disposer d'un socle technologique distribué et ouvert, plus à même de répondre aux exigences de notre environnement institutionnel et à l'évolution des attentes des assurés.

C'est avec le directeur Alain Folliet que cette révolution a eu lieu et a donné une nouvelle impulsion au système lui permettant de passer du stade de la chenille à celui du papillon.

Ce passage s'est réalisé avec une adaptation permanente du système aux différentes modifications réglementaires introduites par les politiques au fur et à mesure des différentes modifications réglementaires telle que parcours coordonné du patient, médecin référent, euro supplémentaire, etc.

Différentes modifications entraînant le changement des outils de références comme le référentiel des patients d'abord appuyé sur les familles qui a du être modifié pour devenir un référentiel individu afin de s'adapter aux modifications de la société et des règlements.

III. La carte vitale

La première apparition visible pour le patient du changement a été l'introduction de la carte vitale afin de permettre le paiement plus facile, plus rapide des professionnels et une automatisation des opérations correspondantes pour l'Assurance maladie. Cette révolution, déjà réalisée dans beaucoup de secteurs de l'économie comme le commerce ou les banques est encore en cours de progression même si sa montée en charge est maintenant satisfaisante avec un taux de professionnels de santé et de patients qui l'utilisent de plus en plus important. Cela se traduit par un flux considérable de feuilles de soins électroniques qu'il faut gérer, mais qui représente un allègement de la charge production qui peut ainsi se réorienter vers plus de services aux assurés.

C'est d'abord la dématérialisation des échanges mais aussi leur assouplissement par le biais du site ameli.fr pour les assurés qui peuvent consulter leur compte, prendre l'information sur leurs remboursements,



leurs indemnités journalières, peuvent utiliser des formulaires dédiés pour poser des questions à la CNAM.

IV. Les téléservices

C'est la possibilité de consulter une équipe d'infirmiers expérimentés au sujet du diabète et de son suivi sur le site sophia-infoservice.fr et sur une ligne téléphonique dédiée.

Tout cela suppose maintenant ainsi que des études approfondies au sujet de l'interopérabilité de ces services afin que la concaténation des informations soit rendue possible et opérante avec la prise en compte des assurances et mutuelles complémentaires.

C'est ce que l'on appelle les téléservices : l'historique des remboursements, le protocole de soin électronique, l'avis des arrêts de travail, Sesam-Vitale ou encore les déclarations dématérialisées pour les indemnités journalières ou les accidents du travail par l'employeur.

Ce traitement de plus en plus dématérialisé des feuilles de soins des professionnels de santé, des déclarations d'accidents du travail des entreprises avec en même temps une révolution dans leur tarification, des fusions rapprochements de Caisses ainsi que le bouleversement introduit par la tarification des hôpitaux à l'activité (la fameuse T2A) et la réorganisation des services introduite par la loi sur les Agences régionales de Santé ont bouleversé le fonctionnement rustique sur lequel s'appuyait l'Assurance maladie.

V. Les centres de traitement

Le traitement de masse décentralisé de chaque CPAM s'appuyant chacune sur un centre de traitement dédié en a été bouleversé. Cela s'est traduit par une certaine spécialisation des centres de traitement, avec par exemple le centre de Valenciennes recevant toutes les feuilles de soins électroniques avant d'être ventilées vers ces centres de traitements dédiés, ou le centre de Dijon se spécialisant sur des missions d'ingénierie informatique, ou le centre de Grenoble se consacrant sur la tarification en partenariat avec la MSA, tandis que le centre de Villeneuve-d'Ascq s'est occupé plus spécialement de l'éditique et du bon déroulement de la production tout en veillant aux relations avec les fournisseurs, notamment pour la mise sous plis et les imprimantes, tandis que le centre de Valence se spécialisait

sur la gestion de la paie et les tâches habituelles liées à la gestion des sites déconcentrés, etc.

La véritable révolution à venir est celle d'une démarche plus orientée vers l'assuré, ses besoins d'information et son suivi des opérations. Pour faire intelligent on peut dire que l'avenir est dans le « cloud », façon pompeuse de dire que le système passe en virtuel.



Dans les années 1970, la machine à traiter les dossiers de remboursement des frais de santé était bien huilée, les carrières du personnel étaient prévisibles et le service aux assurés garanti.

Certes des espaces de régulation fonctionnaient et fonctionnent toujours, comme les instances syndicales pour le personnel et les carrières tandis que diverses commissions (commission de recours amiable en particulier) traitaient et traitent toujours les problèmes de dossiers nécessitant un arbitrage. Cette construction était facilitée par une distribution des pouvoirs (les CPAM autonomes étaient gérées par des administrateurs au plus près des besoins et des capacités des opérateurs et attentifs à la satisfaction des assurés dont ils dépendaient pour les prochaines élections) ainsi que par des droits assez facilement repérables, ce n'était pas très compliqué.

Le traitement informatisé concernait les traces administratives des dossiers pour remplacer le papier. L'accueil restait et reste fondamental pour l'assuré, le reste relevait du « back office » c'est-à-dire de l'arrière-boutique comme disaient nos grand-mères qui savaient parler français. C'est d'ailleurs en privilégiant l'amélioration de l'accueil que l'on reclassait les opérateurs, que les progrès de l'informatique avaient sorti de leur rôle. Le public n'avait aucune notion de la petite révolution en cours, celle-ci s'intégrant dans l'immense changement progressif de la société avec l'arrivée des ordinateurs. La conscience de cette révolution se fit avec la carte vitale dont l'introduction a concrétisé cette révolution.

Cette carte était pourtant de service limité, puisqu'elle ne permet que l'identification électronique du patient afin de faciliter le paiement électronique du professionnel de santé en ligne. Cela a concrétisé le changement profond du traitement.

À partir de là on vit fleurir beaucoup de projets comme une carte électronique qui aurait continué de permettre le paiement mais qui aurait également servi de carte d'identité électronique, l'inquiétude générée fit reculer le projet dans les tiroirs d'où il n'est pas dit qu'elle ne ressortira pas d'une manière ou d'une autre, c'est ce que l'on voit poindre avec le projet du Répertoire National Commun de Protection sociale ou RNCP qui



vient d'être étendu aux différents régimes de retraite ainsi qu'aux centres communaux d'action sociale et aux relais européens. Un outil dont la puissance inquiète sur la possibilité phénoménale de traçage des individus, même si la lutte contre la fraude pourrait en être bénéficiaire.

VI. Le dossier médical personnel

Un autre projet qui a fait également couler beaucoup d'encre et sert de support à une réforme de plus de l'Assurance maladie portée par Philippe Douste-Blazy, fut le rêve inachevé de dossier personnel du patient.

Ce dossier qui n'est pas abandonné et voit le jour de façon expérimentale, est l'espoir d'un support de mémoire médicale de l'histoire du patient. Le présumé pour le créer étant qu'avec la connaissance des antécédents, le diagnostic et par voie de conséquence, le traitement seraient plus pointus et plus efficaces. Les effets indirects étant surtout pour ses détracteurs, la crainte là aussi de la perte du droit à l'oubli de la crise de l'adolescence ou de la maladie vénérienne, dont on souhaiterait ne plus se souvenir.

Le public mesure mal ces risques comme il mesure mal le risque de l'erreur médicale répétée *ad vitam aeternam* parce qu'elle a été une fois inscrite dans le dossier médical, combien d'épileptiques sont traités à tort toute leur vie parce qu'ils ont eu une crise dans leur jeunesse.

C'est bien sûr sans compter l'espoir des assureurs et des mutuelles d'asseoir la mesure du risque de leurs affiliés-clients à partir de la connaissance, même anonymisée, des informations médicales ce que l'Assurance maladie méprise superbement.

La plus importante révolution est à venir avec la modification de la structure de traitement de la CNAM et des structures éclatées en région et avec une approche plus orientée vers le patient afin qu'avec Internet il accède directement aux informations de son dossier et reçoive directement les informations de l'Assurance maladie lui permettant d'échanger avec les services de l'Assurance maladie.

C'est aussi pour les entreprises un fonctionnement en ligne par le biais d'un portail *ad hoc* permettant un gain de temps et de papier pour les différentes déclarations que l'entreprise doit faire à la Sécurité sociale, que ce soit les arrêts de travail maladie ou les déclarations d'accidents de

travail voire les déclarations de risque de maladie professionnelle que l'entreprise doit faire et qui seront facilités par cette liaison électronique.

C'est également pour les professionnels de santé une possibilité d'envoyer leurs déclarations plus rapidement et plus facilement pour être plus rapidement réglés de leurs honoraires et prestations.

Tout cela nécessite une capacité d'échange très performante pour permettre le transport de l'information au sein de l'Assurance maladie, c'est ce que permet le réseau Ramage 3 dont le trafic s'appuie sur deux épinges dorsales. Elles sont confiées à deux opérateurs différents, SFR et France Télécom, et deux fournisseurs d'accès Internet différents, SFR et Completel. Cohabitation d'opérateurs administrée par le centre national de gestion du réseau avec la surveillance permanente du bon fonctionnement. Cette nouvelle puissance de débit permettant de faire face aux évolutions prévisibles notamment l'extension des téléservices.



VII. L'évolution suivante 2011

Cet état du système appelle une évolution plus puissante que permet l'évolution des technologies et la direction de la CNAM par l'État depuis la réforme de 2004.

Cette évolution, qui vient d'être approuvée par les services de l'État, va achever la transformation de cette institution en un système plus performant, plus porteur de services en même temps que plus intrusif ce qu'expriment les conseillers salariés de l'Assurance maladie. Elle s'accompagnera d'une réorganisation complète des centres de traitement afin d'en favoriser leur spécialisation plus complète.

Cette évolution peut être résumée comme suit en plusieurs objectifs touchant tous les aspects et interlocuteurs de l'Assurance maladie.

Une évolution est maintenant nécessaire pour « jumper », comme disent les bridgeurs, ou de « upgrader », comme disent les informaticiens, c'est-à-dire de monter en puissance et de transformer le système.

A. Pour les assurés

Elle répond à une demande croissante d'accessibilité du service par les assurés, notamment au sujet de l'offre de service de qualité et la gestion du risque.

1 LES ÉVOLUTIONS DE LA PROTECTION SOCIALE

Le portail assuré permettra en effet de couvrir un large spectre de services (information des assurés sur la qualité et le coût des soins, information en santé, promotion du bon usage du soin en accompagnant les programmes de maîtrise médicalisée) et contribuera à simplifier, sécuriser et fluidifier la relation assurés/Assurance maladie, déchargeant ainsi les agents des saisies et sollicitations les plus simples et courantes.

Avec pour cible :

- la mise en œuvre d'un bouquet de services à l'assuré afin de faciliter ses démarches et lui permettre le suivi de ses paiements ;
- un accès à des services 24 h/24 et 7 j/7 ;
- la possibilité, pour l'Assurance maladie, de proposer à l'assuré des informations lui permettant de mieux gérer sa santé, en particulier grâce à des offres ciblées (maternité, prévention, ...) ;
- la mise en œuvre d'une vision centralisée à 360° de l'assuré et de ses demandes auprès de l'Assurance maladie sur tous les canaux (télé-services, e-mails, téléphone, bornes, courriers, etc.), avec un suivi des contacts entrants et sortants relatifs à ces demandes rendu nécessaire par le développement croissant des téléservices.

Des systèmes d'analyse de la relation « Clients » multicanal afin de piloter l'efficacité du système, de dégager des segmentations clients et de développer des actions personnalisées, en particulier sur de nouveaux canaux à moindre coût (e-mailing ou courrier électronique, SMS, ...).

Le développement du portail sera complété par l'enrichissement des outils de gestion de la relation client de l'Assurance maladie, dans une dimension multicanal, couvrant :

- la mise en œuvre d'une fiche client proposant aux agents et praticiens-conseils une vision centralisée des informations du client, avec profil et possibilité de segmentation, dans le respect de la déontologie et de la réglementation visant à la protection des droits individuels ;
- la gestion de la traçabilité et la régulation des contacts entrants et sortants sur tous les canaux, par motifs uniformisés : compte sur ameli.fr, bornes, serveur vocal interactif, téléphone, courrier, accueil physique, e-mail, SMS et tous autres canaux utilisés ;
- la création d'outils analytiques, dits de « business intelligence », permettant à la fois l'optimisation des ciblage pour des campagnes sortantes, ainsi que l'aide à l'analyse de la situation du contact pour une résolution plus efficace ;

- une réflexion sur la mise en place progressive de traitements internes de plus en plus automatisés avec des gestions électroniques de flux de documents (« workflow », comme disent ceux qui ont besoin d'être rassurés sur leur compétence) si besoin.



La gestion assistée de la maladie ou l'industrialisation des soins et du suivi :

Dans la continuité du programme Sophia d'accompagnement personnalisé de patients atteints de pathologies chroniques tel le diabète, deux grands chantiers sont prévus sur la période de la COG 2010-2013.

En complément, le périmètre des pathologies couvertes par le dispositif évoluera de façon à couvrir de nouvelles pathologies (cardiaques et respiratoires *a priori*) qui viendront s'ajouter au diabète, seule affection longue durée couverte actuellement par le dispositif Sophia.

Le second porte sur l'industrialisation de la solution, avec le remplacement sur la période de la solution informatique expérimentale au profit d'une solution industrielle pérenne et en adéquation avec les enjeux de la généralisation du programme et de l'extension à d'autres pathologies.

L'industrialisation couvrira l'acquisition et le paramétrage d'une solution de « disease management » (ou gestion de la maladie, un terme qui fascine ceux qui ne l'ont jamais pratiqué que de manière technocratique, le niveau supérieur étant l'« Evidence based medicine » où l'on ne soigne que ce qui est mesurable et non plus ce qui fait souffrir) et son interfaçage avec le système d'information de la CNAMTS. L'intégration des flux de données, les traitements et l'interrogation des bases informationnelles seront automatisés et ce dans le respect de la confidentialité des données médicales.

B. Pour les professionnels de santé

Ils permettront de disposer de **services à valeur ajoutée** lors de la prise en charge de l'assuré, la gestion des soins, la prescription et la facturation. Ils doivent également répondre au souhait de **simplification des procédures** exprimé par les Professionnels de Santé, notamment grâce à leur **intégration progressive au sein des logiciels métiers**.

Le développement des téléservices répond aussi à une volonté de garantir aux assurés une prise en charge adaptée par la fourniture aux



professionnels de santé des informations d'historique et l'accès aux référentiels de bonnes pratiques, notamment en provenance de la Haute Autorité de Santé.

En cible, un **portail unique** permettra aux professionnels de santé d'accéder à un bouquet de services enrichis et disponible 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 afin d'assurer :

- la prise en charge de l'assuré : consultation des droits en ligne, entente préalable, protocole de soin, etc. ;
- la gestion des soins : historique des remboursements, etc. ;
- la dématérialisation de la prescription : prescription électronique, aide à la prescription pour les prescripteurs, dématérialisation pour les prescrits et les organismes ;
- la facturation et les contrôles : facturation en ligne appuyée sur les bases de données de l'Assurance maladie ;
- les relations « contractuelles » entre les professionnels de santé et l'Assurance maladie (paiements, indicateurs du CAPI, patientèle...).

En complément, l'Assurance maladie travaillera avec les éditeurs de logiciels des professionnels de santé afin de leur permettre d'intégrer dans leurs offres le nouveau bouquet de services et d'en simplifier l'usage par les professionnels de santé.

Elle porte d'autre part sur une rénovation profonde des systèmes d'information métiers dits de « back-office », afin de proposer des outils informatiques délivrant **un accès en temps réel** aux référentiels et bases de données détenus par l'Assurance maladie mais également capable de porter le traitement en temps réel de services tels que la prescription électronique et la tarification avec le contrôle de référentiels avancés (panier de soins).

C. Pour les établissements de soins

La dynamique de transformation du modèle de financement et donc de facturation des Établissements de Soins (ES) vers un principe de tarification à l'acte et à l'activité (T2A) a été amorcée dans le cadre de la loi de financement de la Sécurité sociale 2004.

Les cliniques privées télétransmettent au fil de l'eau des factures détaillées en norme B2 à l'Assurance maladie depuis 2005.

En ce qui concerne les établissements publics de soins, leur **passage à la facturation directe** est en cours de préparation et fait l'objet, sur la période du schéma directeur, d'un programme spécifique. Ce dernier



vise à les accompagner dans le passage du dispositif de T2A transitoire (impliquant l'intermédiation de l'ATIH et la consolidation mensuelle des données sur l'activité) à celui de la T2A directe. Les établissements publics de soins adresseront alors leurs factures directement à l'Assurance maladie sans l'intermédiation de l'ATIH. Par ailleurs, les factures seront télétransmises de façon détaillée et au fil de l'eau.

D. Les agents de contrôle et les praticiens-conseils

Le changement de comportement du « client » (assuré social, professionnel de santé...), notamment au travers du développement des services en ligne ainsi que la redéfinition et la modernisation des processus de travail, vont faire évoluer les modalités de travail des agents et des praticiens-conseils.

Des gains directs seront apportés à la productivité des agents en organisme par la fluidification de leur navigation entre les différents applicatifs métiers en recourant à des technologies de virtualisation, c'est-à-dire l'ouverture des applications sans besoin de re-saisie des informations contextuelles déjà disponibles, ainsi que la prise en compte des besoins d'outils collaboratifs et d'accès nomades.

À terme, des processus métiers nationaux seront implémentés dans un **véritable portail « agent »**. En cible, ce portail sera le point d'accès unique des agents et des praticiens-conseil aux services offerts par le SI pour supporter leurs activités.

Cette évolution sera dirigée par Yves Buey, sous la direction de Frédéric Van Roekeghem, Directeur général, avec le conseil de la commission informatique.

A collage of several black and white photographs showing diverse groups of business professionals in various settings, such as meetings and presentations.

La relation de service aux allocataires et les technologies de l'information Une évolution conjuguée de longue date

Alain Folliet

Directeur des systèmes d'information de la CNAF

Si l'on analyse l'évolution du contexte de l'activité des allocations familiales sur une période de 25 ans (au milieu des années 80 à aujourd'hui), l'observateur est frappé par l'importance de la transformation tant sociale que technique de la mission : extension du domaine des prestations, innovation et complexité réglementaire permanentes, ciblage de populations servies sur des critères de plus en plus individuels, instabilité des situations.

20

Comprendre le système dans sa finalité et son application est devenu un challenge permanent.

Mais le plus important c'est le changement de positionnement et de comportement tant du point de vue de l'utilisateur que de l'Institution. Il a été nécessaire de faire évoluer le métier pour passer d'une logique de production (traiter des dossiers) à une logique de service (s'attacher à la qualité de la relation).

Comme dans tous les domaines d'activité, l'informatique a pénétré la vie institutionnelle par étapes successives en fonction des progrès technologiques et de l'évolution des organisations. De l'automatisation « taylorienne », en aveugle, des tâches à l'introduction du client « acteur » dans le processus, il est intéressant d'observer les faits marquants de l'impact de l'informatique de la branche Famille au service de cette transformation.

Mais quel que soit le niveau d'intégration et de sophistication de l'outil informatique dans la vie de l'entreprise il y a une recherche et une exigence constante : la maîtrise de l'accès à l'information et contrôle de sa qualité. Quel que soit le domaine d'activité ou de responsabilité l'information est la ressource capitale de l'entreprise et la base de la construction d'un système d'information.

Jusqu'au début des années 90, pour renseigner un allocataire, il était nécessaire de recourir à des éléments de son dossier par des moyens



« physiques », sous réserve que la pièce nécessaire ne soit pas en circulation ou égarée. La « micromation » (microfilm et microfiche), a constitué une première forme de révolution dans la gestion de l'informatique. D'une certaine manière la notion de base de données partageable est apparue dans l'organisation des Caisses d'allocations familiales, mais au prix de contraintes logistiques considérables.

Aujourd'hui et depuis quelques années déjà, tout agent ou tout internaute peut accéder aux éléments connus d'un dossier sans avoir besoin de se déplacer. C'est la marque d'une évolution considérable pour la qualité de service : la disponibilité de l'information.

Entre les deux situations vingt-cinq années d'une épopée qui ne fut pas que technologique autour de l'informatique mais aussi une métamorphose de comportement et de savoir.

Incontestablement l'arrivée de la technologie d'Internet dans le panorama des années 90 a été le grand virage pour le développement d'une offre de service véritablement orientée vers l'utilisateur.

Longtemps, le concept de NTIC (Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication) a alimenté la chronique, avec ce que la nouveauté peut avoir d'anxiogène quand il s'agit de changement ; qui aura le plus de mal à s'adapter : le client ou le promoteur ?

On aura remarqué que la disposition du N de Nouvelle n'est que récente ce qui est significatif d'un changement de maturité dans l'appropriation de la chose.

Sur ce terrain de la technologie, la branche Famille a toujours fait preuve de réactivité et d'initiative. En effet, la déferlante Internet ne doit pas faire oublier le positionnement de la France dans le domaine de la télématique puisque dès 1992, le service 36.15 Caf disponible sur Minitel a permis d'entrer dans l'ère du service à distance avec des usages significatifs puisque près de 3 millions de connexions étaient enregistrées chaque année par ce canal jusqu'en 2002. Il faut noter que l'usage du Minitel ne s'est éteint qu'en 2005. Cette longévité, peut être anachronique, s'explique entre autre par le comportement de certains partenaires de l'Action sociale, peu équipés en moyens informatiques, mais très attachés au service Caf pro notamment.

Ayant pressenti le caractère éphémère du Minitel, la branche Famille a ouvert son premier service personnalisé sur Internet préfigurant le Caf.fr d'aujourd'hui dès 1999 montrant ainsi sa vision sur la tendance des années à venir.



La dématérialisation de la déclaration de ressource en ligne sur Internet a été proposée en 2003, la même année que l'ouverture de la déclaration fiscale promue par l'administration des impôts. En terme d'image cette opération était fondamentale et il faut noter que l'opportunité de coopération entre les deux institutions n'a pas été exploitée faute probablement de temps et de moyens.

Cinq ans plus tard cette redondance de fourniture d'une même information à deux opérateurs publics n'est plus nécessaire puisque le transfert d'information devient automatique (dans 80 % des cas). Cette évolution porteuse de simplification, de rapidité et de qualité est emblématique de l'évolution vers un service global pour nos concitoyens.

Depuis son avènement au sein de l'offre de service de la branche Famille le Caf.fr a été en développement constant voir spectaculaire. La seconde année de son ouverture en 2000, 3 millions de pages ont été consultées, en 2010 le chiffre de 900 millions a été atteint.

Le nombre d'allocataires distinct augmente régulièrement chaque année de 30 à 40 % pour atteindre les 2,8 millions chaque mois en 2010.

La population d'Internautes réguliers sur l'année 2010 est évaluée à 7,6 millions soit plus de 70 % de la population servie. Il est donc évident qu'au fil des années le canal Internet est devenu un des principaux modes de contact qui appelle le développement de nouveaux services.

La demande d'allocation logement pour les étudiants en 2005 et l'ouverture de mon enfant.fr en 2009 sont des étapes représentatives du développement sur le moyen terme et préfigurant : les formalités en ligne (changement de situation, et demande de prestations) ainsi que l'aide à la gestion des situations et des événements de vie (recherche d'un mode de garde personnalisé).

Bien entendu, tout le monde a oublié ce que représentait pour la gestion et la qualité de service le temps héroïque des ateliers de saisie, vestige de la logique taylorienne de l'organisation du travail. Heureusement l'arrivée de la Lecture Automatique des Documents (LAD), qui fut la première intrusion de la Gestion Électronique des Documents (GED) dans les CAF, a permis une première étape dans l'amélioration dans l'efficacité de processus de traitement de l'information.

Indépendamment de cette évolution pour les traitements de masse, l'architecture des systèmes informatiques des années 90 (Mona.Lisa) imposait un délai de plusieurs jours pour passer de la saisie de données, certes décentralisée au poste de techniciens, à l'élaboration du droit et à la validation du paiement.



CRISTAL et l'avènement du temps réel ont permis en quelque sorte de contracter le temps et de réduire de façon significative les délais de traitement tout en améliorant sa qualité, plaçant le technicien en meilleure position pour contrôler la pertinence de la liquidation au regard de la demande à satisfaire.

L'arrivée au temps réel fût véritablement une évolution majeure opérée entre les années 1997 et 2000, qui a nécessité une conduite du changement considérable pour accompagner les agents des Caisses dans ce qui a constitué une transformation radicale de leur métier.

Dans le même temps, l'apport conjugué de la généralisation de la dématérialisation des documents grâce à la GED et à l'instauration d'un système de suivi des pièces (SDP) a permis de faire progresser la qualité de service grâce au partage intégral d'une information à jour sur la situation réelle d'un dossier.

L'information devient réellement disponible en tout point, en tout lieu. Les relations entre les services de la CAF sont transformées, la relation avec l'allocataire à l'accueil est confortée et sécurisée.

Le concept de corbeille électronique a non seulement transformé l'environnement ergonomique du travail des techniciens mais également permis une distribution de la charge plus dynamique au bénéfice simultané de la gestion et de la qualité de service à l'utilisateur.

La capacité d'intégrer tout cet univers technologique dans une perception « étendue » à tous les acteurs du processus de traitement de la situation d'un allocataire ou plus exactement d'une personne (et de sa famille), marque également l'évolution du Service public.

La Prestation d'Accueil du Jeune Enfant (la PAJE) illustre parfaitement cette tendance. Un allocataire qui est employeur, un salarié, un organisme prestataire (CAF) et un organisme de recouvrement (URSSAF) sont acteurs associés pour dérouler un processus complexe de façon simple (paradoxe) et efficace pour chacun.

Tout y est, l'Internet pour l'interface client, la relation entre le front office et le back office, la coordination entre les institutions. Ici la notion de service globale trouve son sens et ne serait possible sans l'usage des technologies de l'information. Au cours de ces vingt dernières années le système d'information de la branche Famille a progressé pour atteindre un public qui le positionne positivement pour poursuivre dans la voie d'une prise en charge plus proche du besoin et des aspirations des allocataires.



Des insuffisances demeurent et des attentes importantes ne sont pas encore satisfaites, mais les plans d'actions à venir ont vocations à les prendre en compte.

Les programmes NIMS et Caf.fr sont bâtis dans cet esprit : l'Internet va permettre aux allocataires d'être en relation permanente avec la CAF pour entreprendre la majorité de leurs échanges et l'appareil de production sera en ligne pour assurer le service de façon rapide et sécurisé.

La dimension de la relation avec les partenaires (organismes de Protection sociale, conseils généraux, bailleurs...) devient de plus en plus fondamentale et l'aptitude des systèmes d'informations respectifs à coopérer est un enjeu parfaitement pris en compte.

Pas de relation de service de qualité avec l'allocataire sans construction partagée avec les acteurs externes impliqués et concernés.

Cette brève histoire du temps de la technologie dans la branche Famille n'a pas été abordée dans une vision chronologique car les choses ne peuvent se construire séquentiellement. Tout doit être appréhendé avec anticipation si l'on veut éviter les aventures ou la pression des calendriers. C'est le défi de la gouvernance des systèmes d'information qui doit demeurer tournée vers la production au quotidien mais également préserver la capacité d'investir dans l'innovation en se donnant le temps d'acquérir la maturité des usages.

Il faut noter en synthèse que depuis les années 1995 la branche Famille a fait des choix technologiques déterminants pour faire de son système d'information un facteur de performances : le traitement en temps réel représenté par CRISTAL, la gestion électronique des documents et le suivi des dossiers, l'Internet et la « CAF à domicile », la capacité d'interagir avec les partenaires sont les quatre faits majeurs qu'il convient de retenir et que les programmes en cours (NIMS et Caf.fr) ont pour mission de faire fructifier. Mais comme cela a été indiqué le défi des systèmes d'informations n'est pas exclusivement technique, il est principalement humain et sociologique.

La branche Famille présente un contexte favorable pour développer une gouvernance qui privilégie l'investissement dans les TIC de façon consensuelle au sein du réseau, et aussi, mais surtout s'appuie sur une population de collaborateurs qui s'approprient en général les nouveaux outils avec « appétit ». À maintes reprises ce sont les agents techniciens conseils qui ont par leur adhésion, permis de passer les caps difficiles.



Peut-on rénover complètement un système d'informations ?

Jean-Baptiste Courouble

Directeur du Programme national de Rénovation

François Hiebel

Directeur de la Maîtrise d'Ouvrage de l'ACOSS

La branche du recouvrement s'est engagée dans la refonte de son Système d'Informations. Cette orientation constitue l'un des 4 projets majeurs de la Convention d'Objectifs et de Gestion 2010-2013 de l'ACOSS. Le programme a été lancé en avril 2010, à l'issue d'une phase de cadrage de 5 mois précisant la cible et la trajectoire. La durée du programme est prévue sur deux COG.

Les termes de rénovation et de refonte seront utilisés par les auteurs, à la seule fin d'alterner les deux termes. Il est aujourd'hui cependant clair que ce programme constitue une refonte complète et non une simple rénovation partielle.

L'initialisation de cette ambition dans la COG puis dans le Schéma Directeur des Systèmes d'Informations s'est appuyée bien évidemment sur des phases de diagnostic, d'évaluation des charges et de faisabilité, qui ne seront pas détaillées. L'objectif des rédacteurs est plutôt de décrire les conditions du succès du programme dont ils assurent une part importante de responsabilité, mais dont ils mesurent également quotidiennement les enjeux, contraintes et difficultés.

La question-titre ne vise pas uniquement à accrocher l'attention du lecteur. Elle se pose fondamentalement, car l'existence d'un parc applicatif est au cœur du patrimoine d'une organisation de Service public, et la capacité de rénovation du système conditionne la garantie de l'exercice efficient des missions.

Elle renvoie elle-même à une série d'autres questions qui seront examinées successivement :

- La refonte est elle nécessaire ?
- Quels sont les buts poursuivis par cette rénovation ?
- Peut-elle s'appuyer sur une bascule unique ?



- Doit-elle être exclusivement technique ?
- Doit-elle être menée avec les équipes en place ?
- Peut-elle être conduite de manière isolée par la branche du recouvrement du régime général ?
- Est-elle neutre et sans conséquences pour les utilisateurs internes et externes ?

La refonte est-elle nécessaire ?

La réponse à cette question appelle un diagnostic et une approche historique, que des lecteurs avertis pourront compléter.

Le diagnostic s'appuie d'abord sur l'analyse de l'évolution historique du système d'informations et du métier des URSSAF.

L'emprise de l'autonomie juridique des Caisses et des URSSAF, mises en place à partir des années 1960, a conduit dans une première phase, autour des années 60-70, à la constitution de ce qu'on ne peut qu'appeler un paysage, reposant sur des systèmes autonomes de tenue des comptes cotisants, exploités en règle générale par des Centres Régionaux de Traitement de l'Information, communs aux CAF et URSSAF puis spécifiques à chaque réseau. Dans un second temps, phasée sur la fin des années 1970 et le début 1980, la généralisation quasi nationale d'un Modèle Unifié de Traitement, qui a pris plus tard le nom de baptême de SNV1, a été acquise, à quelques exceptions régionales significatives près (régions parisienne, Midi-Pyrénées, une partie de l'Est de la France).

Ce système national incomplet s'appuyait toutefois toujours sur des bases autonomes correspondant aux fichiers géographiques des circonscriptions d'URSSAF. Ce principe recevait en même temps une exception importante avec la mise en place du dispositif du Versement en Lieu Unique, pour les entreprises importantes.

Le lancement du SNV2 dans le début des années 1980 sur des bases techniques correspondant à l'ère du COBOL et des systèmes dits « mainframe », s'est appuyé sur une vraie démarche d'analyse et déjà de modélisation des processus métiers, mise en commun par l'ACOSS, mais sans remettre en cause, pour des raisons également techniques et de capacité de traitement, le modèle des bases géographiques. Il s'en est suivi d'une part l'absence de constitution d'une base nationale, contrebalancée par la mise en place ultérieure d'entrepôts décisionnels, et d'autre part, le maintien, favorisé par le système, de nombreuses capacités de paramétrage des règles, seuils et enchaînements de procédures. Cette



caractéristique ne contribuait pas naturellement, c'est le moins que l'on puisse dire, à l'équité nationale de traitement des redevables de cotisations. En parallèle, le SNV2 a acquis son caractère national puisque les derniers systèmes locaux ont été arrêtés au début des années 90.

En parallèle, plusieurs facteurs sont venus modifier cet écosystème et ses équilibres.

La branche du recouvrement sous l'impulsion de quelques-uns des directeurs d'URSSAF a, très tôt pris le virage de la dématérialisation des flux, avec la généralisation au milieu des années 1990 des systèmes de Lecture Automatisée de Documents, couplés à une solution devenue nationale de Gestion Électronique de Documents, puis à un outil de gestion de flux (workflow).

Cette dématérialisation s'est rapidement tournée vers l'émission des déclarations et paiements avec les premières solutions développées par la branche au tout début des années 90 encore, sur base d'initiatives locales fédérées cette fois par l'ACOSS, autour des techniques minitel (COTITEL) puis Internet, à partir de 1995 et d'Urssaf.fr. Ces initiatives ont vite rencontré l'intérêt des Pouvoirs publics soucieux de simplification des formalités communes aux employeurs et redevables de cotisations et s'est traduite par la constitution du GIP-MDS en 2000. Aujourd'hui, 590 000 entreprises, employeurs de personnel salariés font appel sur chaque échéance trimestrielle, soit directement, soit par l'intermédiaire de leurs tiers déclarants aux services de déclarations et de paiement dématérialisés, ce qui traduit pour toutes les catégories d'employeurs concernés un taux de dématérialisation de 53 % début 2011. Le seuil d'un déclarant sur deux est donc dépassé et l'objectif de 61,5 % fin 2013 est poursuivi.

À la fin des années 1990 et plus particulièrement 1998, un nouvel élément, porté par la comptabilité de renforcement de la cohérence est venu s'imposer avec l'introduction d'une répartition à la source (RACINE), entre les attributaires, nécessitant de renforcer les passerelles entre la tenue des comptes cotisants et la comptabilité générale.

Impossible de passer sous silence la constitution, à partir de 1994, d'un système et d'une offre nationale segmentée propre aux employeurs de personnels de maison autour du CESU, qui s'est vite orientée vers les solutions de déclaration dématérialisée, avec le succès que l'on sait. Les principes de cette offre segmentée ont ensuite été réappropriés pour la PAJE. Ils ont par contre été transformés avec un succès moindre pour une autre offre de services segmentée, portant également la préparation de la paie du salarié, pour les « petits » employeurs et associations : TESE



et CEA dont les solutions ne sont pas allées jusqu'à prévoir une base nationale, puisqu'ils reposent sur un partage entre la partie établissement de la paie gérée par 4 centres nationaux, et la tenue du compte employeur assurée par les URSSAF géographiques.

La caractéristique commune de ces offres segmentées et des autres services dématérialisés est bien sûr de s'appuyer sur des solutions informatiques nationales qui supposent des éléments d'architecture unique s'appuyant notamment sur une identification unique des déclarants, qui suppose la constitution de référentiels.

Au milieu des années 2000, un élément *a priori* extérieur est venu rajouter une motivation nouvelle à la constitution d'un système piloté étroitement au niveau national : la certification des comptes. En effet, la tenue des comptes employeurs et la répartition des cotisations implique la garantie d'homogénéité accrue des règles et paramètres.

Enfin, un nouvel élément renforçant l'exigence de travail en partenariat national a été introduit avec la mise en place, en 2008, de l'interlocuteur social unique, sur lequel nous reviendrons dans ces développements. Cet impératif d'échange de flux entre des réseaux nationaux est également ressorti à travers le transfert du recouvrement des contributions chômage réalisé début 2011. Si cette dernière étape apparaît aujourd'hui réussie, par contre, la mise en œuvre de la délégation du recouvrement des Caisses RSI au sein du SNV2 a rencontré d'importantes difficultés de rapprochement des fichiers, puis de gestion de la synchronisation de plusieurs systèmes.

Ces difficultés ont constitué l'un des éléments de diagnostic motivant la décision de lancer la refonte du système d'informations de la branche du recouvrement.

Quels sont les buts poursuivis par cette rénovation ?

Outre la possibilité de bénéficier du meilleur des nouvelles technologies, la refonte du système d'information vise à assouplir la mise en œuvre d'évolutions constantes de la réglementation. Elle doit aussi favoriser la réactivité quant à la promotion de nouvelles offres de services. Elle doit conduire à accompagner l'organisation en décomplexifiant l'adaptation du SI aux grands choix d'organisation pour le réseau (régionalisation, maillage avec le réseau RSI...). Ceci ne sera rendu possible qu'en décorélant le découpage du SI de l'organisation. Ainsi, si le modèle est aujourd'hui

profondément ancré sur un cloisonnement géographique, l'adoption d'une vision nationale devra permettre une segmentation dynamique et évolutive offrant une géométrie variable susceptible de s'adapter en permanence à une logique d'offres de services plus qu'à un découpage physique organisationnel imposant des réorganisations techniques à chaque modification. Autre objectif : une amélioration de la maintenabilité est attendue. De même, la conception du nouveau SI devra accompagner l'optimisation des processus métier et offrir aux agents, partenaires et cotisants, un confort d'utilisation jusqu'à là souvent relégué au second plan.



Enfin, l'inéluctable urbanisation du SI sera le gage d'une plus grande modularité, d'une réutilisabilité accrue, d'une meilleure qualité des données et règles de gestion et d'une plus grande facilité d'interfaçage avec les systèmes partenaires. L'ensemble de ces objectifs converge évidemment vers une amélioration de la qualité de service aux utilisateurs.

La refonte du système d'informations peut-elle s'appuyer sur une bascule unique ?

La réponse apportée a été facilement tranchée, et les développements qui suivront seront plus courts. Une refonte complète ne peut être menée en un seul déploiement, et doit reposer sur une montée en charge progressive reposant sur des paliers.

Une autre solution aurait en effet consisté à préparer de manière complète un nouveau système dont les délais de développement auraient nécessité de l'ordre de 4 années avant de pouvoir être déployé progressivement, ce qui aurait créé des effets dits « tunnels » et aurait privé les utilisateurs internes comme externes de toute visibilité.

La démarche par paliers permet de constituer et livrer des paliers annuels sur les différentes fonctions et catégories de cotisants.

Des premières livraisons ont été effectuées en avance de phase fin 2010 pour le pilotage régional de la fonction contrôle. Plusieurs livraisons fonctionnelles sont prévues courant 2011 et début 2012, proposant de nouveaux services dématérialisés aux cotisants ainsi qu'à leurs représentants et plus particulièrement les experts comptables : possibilité de modifier des données (revenus), délivrance des attestations de vigilance, automatisation des délais de paiement, relances automatisées par mél...



En parallèle, les préoccupations d'amélioration du poste de travail dans le sens d'une intégration plus forte des outils à travers un portail de l'utilisateur interne, sont également prises en charge dès 2011.

Le premier palier fonctionnel important début 2012 verra la mise en place d'un référentiel national des entreprises et individus, et d'une gestion unique des différents paramètres du système.

Un an plus tard, début 2013, des livraisons fonctionnelles et techniques des fonctions contrôle et contentieux seront portées.

Le palier 3, en 2014, dont il sera fait état plus loin, constituera une étape majeure avec la mise en place de la gestion de l'ensemble du processus pour les catégories des indépendants, ainsi que des praticiens et auxiliaires médicaux. Les employeurs de personnel salarié seront concernés au palier 5 en 2016.

La refonte doit-elle être exclusivement et/ou principalement technique ?

Les réponses à cette question sont plus nuancées, et concluent à un équilibre.

Certes, la rénovation poursuit des objectifs techniques : amélioration des méthodes de développement et d'exploitation dans le but d'une plus grande efficacité, souplesse, réactivité. Ces objectifs s'appuient sur une évolution majeure et technologique des méthodes et langages de conception, qui vise d'ailleurs à s'affranchir le plus possible des outils et services propriétaires, en s'appuyant sur des composants dits du « monde libre », accessibles sans droits d'usage et en généralisant l'approche orientée service, point clé de l'urbanisation du système d'information.

Mais une refonte ne peut être exclusivement technique. La réussite du programme résultera de l'équilibre qui sera obtenu entre la part du technique et celle du fonctionnel, visible par l'utilisateur direct ou indirect.

Par essence, les réponses doivent donc être aussi fonctionnelles. Quatre d'entre elles doivent être soulignées.

La première repose sur l'un des principes retenus qui consiste à mettre en place un système urbanisé dans lequel chacun des quartiers et blocs applicatifs délivre des services aux autres. Ce changement d'approche exige une revue des processus métiers.



La seconde provient du constat que le processus de recouvrement est aujourd'hui partagé avec d'autres institutions auxquelles le système d'informations de la branche du recouvrement doit délivrer des services, qui par essence sont fonctionnels plus que techniques.

La troisième réponse est apportée par l'une des ambitions également fonctionnelle intégrée dans le programme de développer une comptabilité auxiliaire par attributaire puisque la branche du recouvrement et son système d'informations assurent la répartition entre 620 institutions allant sans être exhaustif des 4 branches du régime général, au FSV, à la CADES, au RSI, à l'Assurance chômage, aux autorités de transport, institutions de prévoyance...

La quatrième repose sur la certitude que l'accès direct de l'utilisateur au service en ligne est l'une des clés de l'amélioration du service.

Peut-elle être menée avec les équipes en place ?

Plusieurs éléments de réponse à cette question.

D'abord comme on l'a vu plus haut, si l'investissement du SNV2 a été rentabilisé par une durée d'utilisation d'une exceptionnelle longévité, qui témoigne d'ailleurs de la qualité de sa conception initiale, il est d'autant plus clair que la branche est aujourd'hui en situation voire en obligation de réinvestir de manière importante. Cet investissement se traduit nécessairement par un renforcement des équipes déjà en place.

Ensuite, le risque de voir ce renforcement absorbé par les tâches de maintien en conditions opérationnelles, était suffisamment fort pour qu'il soit décidé d'individualiser les équipes au moins de développement, avec un management identifié. Cette individualisation offre également l'occasion d'insuffler un nouveau cadre de méthodes et d'outils.

De même, le changement de technologies passe par le recrutement de développeurs et de managers formés aux techniques de développement ouvertes, sans nécessiter la connaissance de la culture « COBOL ». Ainsi un apport externe de compétences permettra d'asseoir le futur SI sur des bases technologiques à l'état de l'art, tout en permettant aux équipes en place de s'y familiariser et de se l'approprier.

Pour autant, le risque de voir se constituer un clivage entre les « anciens » et les « modernes » a été parfaitement identifié. Si les équipes nouvelles engagées dans le programme se concentrent sur la rénovation,



il est prévu d'une part que les équipes chargées du Maintien en Conditions Opérationnelles (MCO) contribuent aux phases de transition et de reprise des données, d'autre part qu'après chaque palier, elles prennent en main le MCO des applications refondues, pour lequel elles devront bénéficier d'un transfert de compétences. On le voit, si l'accompagnement au changement devra être profondément maîtrisé vis-à-vis des utilisateurs du système, de fortes transformations viendront aussi impacter l'organisation, la culture et les compétences des informaticiens de la branche du recouvrement.

Peut-elle être conduite de manière isolée par la branche du recouvrement du régime général ?

Cela n'étonnera pas le lecteur, les réponses sur ce point sont bien sûr complètement négatives, ce qui constitue d'ailleurs l'un des points majeurs de cette refonte. En fait, la rénovation doit s'appuyer sur des éléments de partage et de construction commune. Deux d'entre eux doivent être particulièrement soulignés.

La mise en place de l'Interlocuteur Social Unique depuis 2008, s'appuie sur une délégation et un partage des processus. L'immatriculation est réalisée par les Caisses RSI ; le calcul, l'appel, l'encaissement, la répartition comptable des cotisations par les Centres de Paiement RSI, c'est-à-dire le réseau des URSSAF, qui traitent les premières contestations éventuelles ; le recouvrement amiable puis forcé est conduit par les Caisses RSI et leurs Services Interrégionaux Contentieux. À l'exception du contentieux pour lequel le RSI reporte les actions et mouvements sur le SNV2, l'ensemble des processus s'appuie sur des transferts de flux entre plusieurs applications, ce qui fait apparaître des exigences de synchronisation permanentes, qui restent difficiles à satisfaire.

Après un travail commun mené fin 2010, des deux réseaux et Caisses nationales de quatre mois, la décision de construction d'un Système Commun Dédié Partagé (SCDP), au sein du programme de rénovation, portant l'ensemble des processus de recouvrement, a été approuvée par la Direction de la Sécurité sociale début avril 2011. SCDP s'appuiera sur un référentiel partagé alimentant la gestion du recouvrement mais aussi la gestion de l'affiliation des assurés et de leurs ayants droit (GAYA).



Le travail de spécification des besoins fonctionnels est conduit par des équipes communes issues des deux réseaux. Les plannings et programmes qui mobiliseront 450 années-hommes sur les 4 années 2011-2014, prévoient une livraison au milieu de l'année 2014, après des phases de préproduction dans les organismes des deux réseaux.

Deuxième élément, comme on l'a vu plus haut, le premier palier majeur de la rénovation se concrétisera par la constitution d'un référentiel national qui contiendra les éléments d'identification des entreprises et individus redevables. Ce référentiel a vocation à constituer le noyau du référentiel des déclarants auprès des organismes de Protection sociale. C'est en ce sens que des travaux sont conduits avec la CNAVTS, la CNAMTS et le GIP-MDS. Ce référentiel a vocation certainement à constituer également un composant pour les travaux à venir des partenaires de la Déclaration Sociale Nominative.

Est-elle neutre et sans conséquences pour les utilisateurs internes et externes ?

L'objectif inverse est recherché.

Les conséquences attendues sont bien sûr une amélioration du service aux entreprises et déclarants, qui passent notamment comme décrit ci-dessus par un développement de la dématérialisation. La Convention d'Objectifs et de Gestion de la branche du recouvrement porte le « 100 % dématérialisation », dont le sens est d'offrir la possibilité de réaliser la totalité des actes et relations courantes, à l'exception des exigences d'authentification et matérialisation maintenues par la législation. La refonte embarque l'ensemble de ces projets de dématérialisation interne comme externe.

Cette dématérialisation, ainsi que l'évolution du système d'informations induiront des effets sur les utilisateurs du réseau des URSSAF, mais comme on l'a vu également du réseau RSI. Le programme contient des volets d'accompagnement du changement conduits en amont de la livraison des paliers, dès la fin des phases de conception fonctionnelle. Les aspects de documentation « en ligne » du système sont également prévus.

Autre effet attendu : le résultat attendu du découpage par processus doit se traduire par des capacités d'adaptation et de maintenance renforcées.

Enfin, et surtout la préoccupation de l'accès au poste de travail est centrale. C'est pourquoi, parmi les premiers développements livrés

1

LES ÉVOLUTIONS
DE LA PROTECTION
SOCIALE

et déployés progressivement en 2011, figure la mise en place d'un portail du gestionnaire de comptes, correspondant au nom de projet « HARMONIE » et facilitant pour l'utilisateur en URSSAF, la navigation entre les applications. Ces préoccupations d'ergonomie et de documentation resteront constantes.

En conclusion, une caractéristique évoquée trop rapidement doit être soulignée : il s'agit de l'ampleur et la durée du programme ; le cadre et le management du projet doivent être suffisamment structurés pour porter les objectifs de la refonte. En effet, l'horizon pour la fin complète du programme est fixé à moyen, voire long terme : puisque le terme est en 2017. Cette garantie est confortée par l'engagement de la direction non seulement de l'ACOSS, mais aussi de la CNRSI, de leurs conseils d'administration, ainsi que le soutien attentif de la Direction de la Sécurité sociale.



L'innovation technologique au service d'une Protection sociale plus « Smart »

Julien Damon

Professeur associé à Sciences Po (Master d'urbanisme)

Hammou Messatfa

Directeur technique IBM Europe – Solutions Secteur public

Daniel Chabut

Consultant en Stratégie & Organisation – Santé et Affaires sociales

La plupart des organismes sociaux sont confrontés à un accroissement de la demande de services et de prestations, avec des attentes fortes en termes de qualité et d'équité de traitements. Les bénéficiaires attendent des organismes publics qu'ils délivrent des services d'une qualité au moins égale à celle du secteur privé. Les régimes de Sécurité sociale sont intrinsèquement complexes. Les prestations sociales manquent de cohérence et de coordination : nouvelles lois, restrictions budgétaires, décisions ou non-décisions prises sous la pression populaire, programmes qui n'atteignent pas leurs objectifs, etc. La fraude et les erreurs peuvent entraîner des chaînes de coûts induits et des manques à gagner de plus en plus importants pour l'État et les collectivités. Elles génèrent, de fait, la frustration des administrés et une perte de confiance des citoyens dans leurs institutions. Tous ces défis peuvent être abordés et traités à partir de l'approche « Smart Social Protection » que développe IBM à l'échelle internationale. On décrira ici le contenu de cette approche (1), avant de l'illustrer par les deux cas de l'analyse de l'information (2) et du développement rendu possible des guichets uniques (3).

I. Le cadre « Smart Social Protection »

Bien que tous les organismes de Protection sociale ne soient pas confrontés à l'ensemble des difficultés exprimées en introduction, chacun d'eux en subit, d'une manière ou d'une autre, plus ou moins les conséquences. Pour leur permettre de surmonter ces défis et optimiser leur

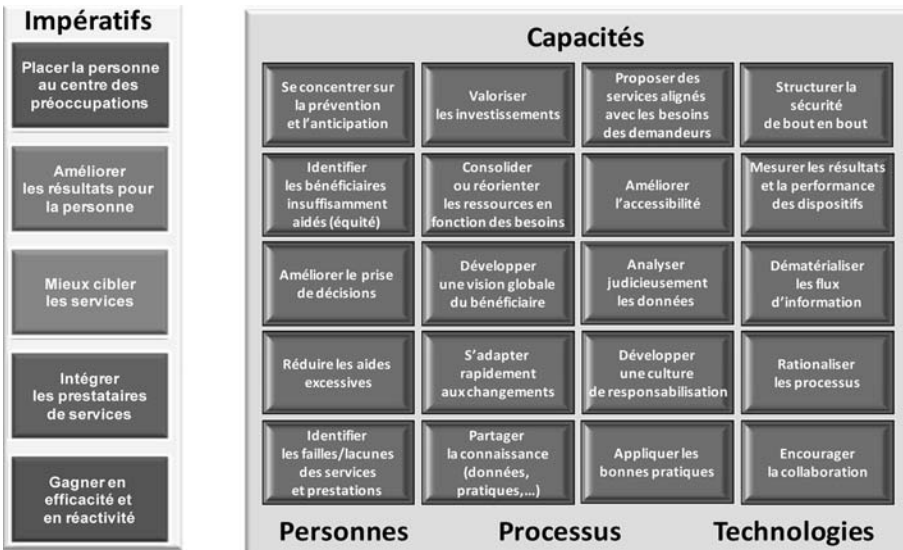


modèle de prestation, plusieurs organismes de différents pays ont collaboré et travaillé avec IBM à la définition d'un cadre global de diagnostic stratégique et de hiérarchisation des domaines d'action prioritaires et des moyens et solutions à apporter : le « Social Services and Social Security Strategic Capability Framework ».

Ces travaux et ces expériences nous enseignent que les organismes de Protection sociale se sont fixés cinq impératifs stratégiques principaux à atteindre, à savoir :

1. Placer la personne (physique et morale) au centre de leurs préoccupations.
2. Améliorer les réponses et résultats pour la personne bénéficiaire.
3. Mieux cibler les services proposés (adéquation aux besoins réels).
4. Intégrer les acteurs de la prestation de services (concepteurs, donneurs d'ordre, fournisseurs, prestataires, tiers, contrôleurs, etc.).
5. Gagner en efficacité globale.

Au regard de l'ampleur de la tâche, chaque organisme établit un ordre de priorité dans la mise en œuvre opérationnelle de ces impératifs stratégiques afin de pouvoir gérer au mieux les changements importants à opérer en interne à tous les niveaux de l'organisation, que ce soit le personnel, les processus, les compétences ou les technologies.



Si l'adoption de ces impératifs est soutenue par une réelle volonté, les organismes de Protection sociale peuvent transformer la nature de leurs relations avec les citoyens et entreprises bénéficiaires, améliorer leur image et servir efficacement et équitablement.

La réalisation de ces impératifs stratégiques majeurs passe par le développement et la mise en œuvre de capacités non moins stratégiques et qui constituent les fonctions essentielles qu'un organisme doit pouvoir réaliser afin de mettre en œuvre ses stratégies, remplir sa mission et améliorer sa prestation de services. Pour mettre en œuvre ne serait-ce qu'un seul des cinq impératifs stratégiques décrits dans la matrice précédente, l'organisation doit mettre à contribution une part importante de son temps, de ses ressources et de son budget. Toutefois, comme ces impératifs stratégiques se renforcent mutuellement, la mise en œuvre de l'un d'eux facilite la mise en œuvre des autres. Par exemple, intégrer les fournisseurs externes de services dans son système de prestation améliore également les résultats pour les bénéficiaires en améliorant les capacités de services. Si ces impératifs stratégiques se renforcent mutuellement, c'est bien parce qu'ils sont soutenus, ensemble, par un système de capacités stratégiques.

L'analyse qui suit établit des liens entre les différents impératifs stratégiques et leurs capacités fondamentales. Il est important de noter que la réalisation de ces capacités repose non seulement sur la mise en œuvre de solutions techniques, mais également sur l'amélioration des capacités des équipes, la conception de nouveaux processus et l'adoption ou la modification de nouveaux modèles métier selon les besoins.



A. Placer le client au centre des préoccupations

Placer le client au centre d'une organisation redéfinit toutes ses priorités. Il s'agit donc de fournir des services en fonction des besoins des clients, et non en fonction des lois ou des programmes. S'il semble assez simple de mettre en place un libre-service en ligne 24 h/24, recentrer réellement les activités sur le client requiert de modifier la culture, les processus et les systèmes de l'organisation. Dans certains organismes, ces changements pourront prendre une ampleur considérable, mais la démarche s'avérera profitable en termes de résultats et de satisfaction client.

Pour recentrer ses activités sur le client, l'organisme devra également acquérir une vision globale du bénéficiaire, afin de pouvoir développer une gestion holistique de sa situation et réunir toutes les informations nécessaires dans une vue d'ensemble. Les informations à prendre en compte portent notamment sur la situation familiale du bénéficiaire, son parcours professionnel, son profil social, sur les prestataires qui suivent le client, ainsi que sur les prestations et services dont il bénéficie.

Pour recentrer l'organisation autour du bénéficiaire, il s'agit également de proposer un point d'entrée unique afin que les bénéficiaires puissent accéder aux programmes de l'organisme, quelle que soit la raison qui l'amène à prendre contact avec l'organisme ou les moyens qu'il utilise. Grâce au point d'entrée unique, le bénéficiaire pourra accéder à tous les services disponibles alors qu'il ne sollicitait qu'un seul service ou un renseignement. En effet, ce premier contact lancera tout un processus d'évaluation générale visant à identifier toutes les aides possibles. Le recentrage sur le client suppose une meilleure prise en compte de l'accessibilité et de la détection des clients insuffisamment aidés.

Il s'agit donc de rendre les prestations, les services et les informations plus faciles d'accès à ceux qui en ont besoin, quelle que soit leur situation. D'un point de vue technique, il convient de valoriser la technologie pour rendre l'information accessible à tous, y compris aux personnes handicapées. D'un point de vue culturel, l'organisation doit proposer des services adaptés à la situation spécifique du client.

B. Améliorer les résultats pour le citoyen

L'amélioration des résultats auprès des bénéficiaires suppose que les organismes soient à même de mesurer ces résultats. Pour ce faire, ils doivent d'abord définir les résultats auxquels ils aspirent, et qui reflètent



l'impact que leurs actions devraient avoir sur la communauté. Afin d'améliorer les résultats auprès du bénéficiaire, l'organisme doit mettre en place des processus et systèmes de gestion qui lui permettront de récolter les données requises pour comparer sa performance par rapport aux objectifs qu'il s'est fixé. L'organisme pourra ainsi apporter les modifications nécessaires aux programmes et en améliorer les performances au besoin.

Les organismes sociaux doivent pouvoir instaurer les meilleures pratiques. Pour ce faire, il convient de définir celles qui reflètent les dernières innovations et les tendances observées chez des organismes comparables, quel que soit leur emplacement géographique ou leur domaine d'activité, puis d'appliquer ces meilleures pratiques à l'organisation. L'application suppose une formation du personnel, la mise en place d'audits et d'outils de contrôle de gestion, ainsi que, lorsque c'est pertinent, l'intégration de ces pratiques dans des solutions techniques. Il est également possible d'améliorer les résultats en responsabilisant les employés, les prestataires de services et les bénéficiaires. Cela suppose d'établir des contrats de performance avec les bénéficiaires et les prestataires de services, et de lier ces contrats avec les objectifs fixés par l'organisme social. Enfin, les organismes doivent utiliser efficacement les données pour établir une stratégie, définir des programmes et participer à la création d'offres de services adaptées. Au final, ces données contribueront au programme d'amélioration permanente de l'organisation.

C. Mieux cibler les services

Mieux cibler les services, signifie utiliser au mieux des ressources limitées, tout en cherchant à optimiser leur valeur pour le bénéficiaire et le contribuable. Les organismes doivent donc réduire les dépenses improductives notamment envers les bénéficiaires aidés de manière inappropriée, suite à des erreurs, des fraudes ou des abus, ou pour lesquels les aides sont peu susceptibles d'améliorer leur situation. Bien sûr, en parallèle, les organismes doivent s'efforcer d'identifier et de contacter les bénéficiaires insuffisamment aidés ou les prospects qui pourraient recevoir une aide substantielle de la part de l'organisme. Il peut s'agir par exemple de proposer à une mère adolescente recevant des prestations en espèce de souscrire à des services supplémentaires qui l'aideront à élever son enfant, ou encore, d'encourager un chômeur qui demande une indemnisation à participer à des programmes de formation.



Pour mieux cibler les services, l'organisation doit également se concentrer sur la prévention et intervenir au plus tôt. Elle doit donc mettre son expérience à profit pour identifier les personnes exposées à une crise et travailler à éviter la crise ou intervenir dès que possible afin de limiter les conséquences néfastes pour la personne et, au final, réduire le coût pour l'organisme et la société. L'organisme doit également évaluer constamment l'écart entre les services offerts à la communauté et les besoins des bénéficiaires, pour identifier les lacunes et les chevauchements du système et établir un plan pour y remédier.

Pour remplir tous ces objectifs, l'organisme doit pouvoir utiliser ses données et celles des bénéficiaires plus efficacement. Il pourra ainsi accéder à une connaissance plus approfondie et objective des bénéficiaires et de leur environnement.

D. Intégrer les prestataires de services

Intégrer les prestataires externes dans le système de prestation de services ne se limite pas à établir des contrats de services. Il s'agit de mieux incorporer ces prestataires dans les processus métier de l'organisation et abattre le mur qui sépare l'organisme du prestataire externe afin d'améliorer l'efficacité et les performances du système de prestation. La réelle intégration d'un prestataire dans l'organisation suppose que celle-ci partage les données des bénéficiaires et ses dossiers avec ce prestataire afin de lui offrir une visibilité précise et complète de la situation du bénéficiaire, dans l'objectif d'un service plus efficace. Cette considération est particulièrement vraie dans le domaine de l'emploi où les prestataires privés sont de plus en plus nombreux à être sollicités par la sphère publique et intégrés dans la démultiplication des processus de retour à l'emploi.

Les deux parties doivent mettre en œuvre une collaboration en temps réel, de sorte que l'organisme et le prestataire externe puissent parvenir à un plan de services commun et coordonné. Les organismes doivent identifier les lacunes du système de prestation de services afin d'encourager les prestataires à les combler. En parallèle, les prestataires doivent se porter garants des résultats obtenus, notamment en évaluant ces résultats par rapport aux financements.

E. Gagner en efficacité

Pour augmenter l'efficacité, il ne suffit pas de continuer à fonctionner de la même manière avec un peu plus d'efficacité ; il s'agit de transformer



les modes opératoires de manière à optimiser la valeur des programmes et des financements administratifs. Un organisme souhaitant améliorer son efficacité doit se concentrer sur la prévention et l'intervention rapide, qui sont généralement plus efficaces économiquement, plutôt que de répondre à des situations de crise. Pour ce faire, l'organisme doit également réduire les prestations excessives et lutter contre les fraudes et les abus, mais également identifier les clients qui bénéficient de services n'offrant pas de résultats satisfaisants.

Les organismes doivent également prendre de meilleures décisions en fournissant à leurs employés les outils nécessaires pour appliquer les meilleures pratiques dans les situations difficiles. Ils doivent rationaliser leurs processus métier, et automatiser les tâches récurrentes, tout en cherchant à affecter leurs employés aux postes où ils apportent le plus de valeur. Ils ont besoin de systèmes homogènes et de structures organisationnelles flexibles pour pouvoir mieux utiliser leurs équipes et les affecter vers d'autres programmes, quand les circonstances l'exigent. Ils doivent valoriser leurs investissements informatiques de manière à tirer le meilleur parti des capacités des nouveaux systèmes. Ils doivent utiliser les données plus efficacement pour bénéficier d'une visibilité en temps réel de l'efficacité de leurs opérations, et pouvoir mener plus rapidement les ajustements nécessaires.

II. Vers une Protection sociale « Smart » par analyse de l'information

Aujourd'hui plus que jamais, pour prendre de meilleures décisions les organisations doivent exploiter des masses d'information de plus en plus importantes. Avec la prolifération des équipements personnels, des capteurs et des mécanismes d'accès, la nature des données est en train de changer. Les volumes de données et les débits des réseaux devraient être multipliés par dix en trois ans. L'explosion du volume des informations s'accompagne d'une grande disparité des caractéristiques des données disponibles, sans véritable pertinence pour prendre des décisions en temps réel. La Protection sociale exige des organismes et des entreprises qu'ils optimisent leurs décisions, s'appuient sur des informations pertinentes et développent des capacités prévisionnelles performantes – et qu'ils le fassent plus vite qu'auparavant et plus efficacement. L'ère de la connaissance et du savoir succède à l'ère de l'information qui elle-même avait succédé à l'ère industrielle. Toute la difficulté sera de ne pas être dépassé par la quantité et la diversité des informations et de la connaissance. Les distinctions entre les disciplines n'ont plus lieu d'être.



A. Beaucoup d'informations peu exploitées

Que ce soit dans les origines ou dans les manifestations, nous sommes confrontés à un enchevêtrement de causes et de conséquences, et l'arbre des solutions possibles croît de manière exponentielle. Actuellement, nous ne disposons pas d'un cadre suffisamment explicite décrivant de façon homogène les objectifs de la politique sociale. Certes, les pays de l'OCDE consacrent depuis longtemps d'importantes ressources à l'élaboration d'enquêtes nationales et internationales, à la collecte de données et à leur analyse, mais la complexité des enjeux qui sont liés à l'élaboration de politiques publiques et sociales est devenue telle, qu'elle nécessite un changement de paradigme (une rupture, un saut quantique !) dans les méthodes, les techniques et les technologies de collecte, d'analyse et de modélisation. Les techniques modernes de calcul rendent possible la modélisation de différents scénarios d'élaboration de politiques sociales ou de santé.

B. Construire une connaissance utile et dynamique

Dans un environnement économique et social de plus en plus changeant et aux interconnexions croissantes, les organismes publics et privés impliqués dans la Protection sociale vont devoir, s'ils veulent maximiser l'efficacité des politiques sociales et mieux prévenir les risques, assimiler et traiter des volumes croissants d'informations. Les approches traditionnelles d'intelligence économique – qui se fondent sur la capture, l'organisation et le questionnement d'images instantanés d'ensembles fixes de données – ne peuvent plus soutenir le rythme accéléré des demandes et des changements. Pour tirer un avantage de toutes ces informations, les organismes de Protection sociale ont besoin de comprendre les données qu'ils détiennent et reçoivent, et construire rapidement une connaissance utile à leur besoin de décision.

Une telle approche exige de disposer de structures et d'infrastructures capables de traiter de vastes volumes de données, en temps réel, dans des formats et protocoles très variées, et qui offrent des outils d'analyse et de modélisation simples et puissants. Les logiciels de traitement de flux dynamiques d'informations représentent une percée technologique adaptée aux demandes de la Protection sociale. En permettant une analyse rapide et intelligente de flux de données « vivantes » issues d'un nombre pratiquement illimité de sources, ces technologies délivrent une vision perspicace, en temps réel, à partir d'un mélange chaotique de



données structurées et non structurées. Mais si tout le monde sait comment stocker de l'information, la véritable question est de savoir comment la retrouver. En effet, déjà au sein d'un même organisme, et qui plus est, entre les organismes même, on constate de grandes disparités, à la fois dans les référentiels, la sémantique, les contextes, les modes de gouvernance et l'accessibilité aux informations.

Aujourd'hui, les données numériques représentent plus de trois millions de fois le volume d'informations contenues dans l'ensemble des livres jamais écrits. En 2010, ce volume a doublé toutes les 11 heures. Ces informations sont générées par des milliards de personnes, d'appareils, de capteurs et d'équipements intelligents de toutes sortes. Pour suivre le rythme actuel, les systèmes doivent, en temps réel, capter, transformer et analyser tous les types de données... plus de 60 000 fois par seconde ! Derrière le traitement dynamique des flux (*stream computing*) se cache la notion d'analyse perpétuelle. On transforme le processus classique – alimentation, stockage, analyse – par un flux permanent où les données sont analysées en provenance de plusieurs sources, en temps réel, comparées aux modèles mathématiques définis au préalable, avec en fin du processus, des indicateurs de décision proposés au décideur de façon à ce qu'il puisse prendre les mesures appropriées.

Dans un tel contexte, la capacité à « capturer » les données, à transformer ces données en informations, à partager ces informations et à exploiter en temps réel ces informations pour prendre des décisions éclairées est clé.

Le traitement dynamique des flux est un nouveau paradigme. Dans les traitements dits « traditionnels », les requêtes effectuées le sont généralement sur des données relativement statiques, telles par exemple, « obtenir la liste de tous les bénéficiaires résidant dans un rayon de moins de 50 km autour de Bordeaux ». Cette requête se traduira par un seul ensemble de résultats. Si l'on souhaite avoir une vision dynamique, il faut alors prendre des images successives à des intervalles de temps donnés et en comparer les évolutions, mais toujours sur des ensembles de données statiques mis à jour périodiquement. Les enquêtes transversales fonctionnent de cette manière.

Avec le traitement dynamique des flux, il est maintenant possible de réaliser des traitements semblables à une « requête en continu ». Pour reprendre l'exemple, ce type de requête identifiera toujours « la liste des bénéficiaires qui sont actuellement à moins de 50 km de Bordeaux », sauf



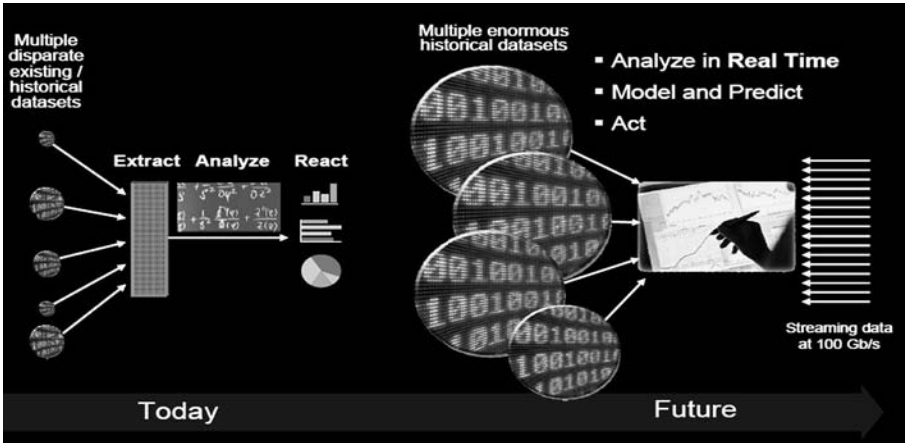
que cette liste sera mise à jour en continu à partir, par exemple, d'information de localisation GPS rafraîchie périodiquement au fil du temps, ou de changements d'adresse déclarés à la Direction des impôts ou à La Poste, etc. Dans le premier cas, les questions sont posées à des données statiques, dans le second cas, les données sont continuellement évaluées par questions statiques. Ce système va plus loin en permettant la continuité des requêtes et leur modification dans le temps.

Le schéma ci-après présente une vue simplifiée de cette distinction. L'objectif est ici de disposer de technologies révolutionnaires qui permettent la production et la gestion dynamique d'informations et de connaissance à partir de données pertinentes, qui doivent être extraites d'énormes volumes de données apparemment sans importance. Plus précisément, l'objectif du système de traitement dynamique des flux est d'étendre radicalement l'état de l'art dans le traitement de l'information en répondant à plusieurs défis techniques, à savoir :

- répondre rapidement aux événements et à l'évolution des besoins ;
- analyser des données en continu, à des taux dont les ordres de grandeur sont sans commune mesure avec les systèmes existants ;
- s'adapter à l'évolution rapide de formes et de types de données ;
- gérer, pour ce nouveau paradigme, la haute disponibilité, l'hétérogénéité et la distribution ;
- assurer la sécurité et la confidentialité des informations partagées.

Cette technologie s'avère particulièrement pertinente dans le cadre d'une approche globale et « événementielle » des usagers et parties prenantes dans leurs relations avec les organismes de la Protection sociale. En facilitant une dynamique de la connaissance, elle contribue à améliorer la compréhension du passé, du présent et des tendances d'évolution, notamment dans les enquêtes longitudinales sur les parcours de vie. Dans le domaine de la maîtrise des risques, elle permet d'optimiser l'anticipation et la prévention et notamment le ciblage des campagnes d'informations et la lutte contre la fraude.

Les systèmes d'information sont amenés à jouer un rôle clé dans cette évolution. Le nombre des acteurs impliqués dans le versement des prestations sociales et la lutte contre la fraude, la nature des corrélations et des rapprochements à établir, l'hétérogénéité et les quantités volumineuses de données à traiter, les besoins de réactivité ainsi que les obligations réglementant les échanges entre organismes et/ou entre pays, créent les conditions d'une nouvelle complexité à gérer que les nouveaux outils d'analyse de l'information sont à même de gérer.



III. Vers une Protection sociale « Smart » en intégrant les services par mise en œuvre de guichet unique

L'idée d'un guichet unique, pour la Protection sociale, a pied depuis des années dans le débat spécialisé. Le terme même de guichet unique est néanmoins maintenant galvaudé en France, tant ces guichets que l'on voulait uniques se sont en réalité multipliés, qu'il s'agisse de l'emploi, de la famille ou du handicap. L'existence d'innovations dans d'autres contextes, Service Canada, Centrelink en Australie ou la Banque Carrefour de la Sécurité Sociale en Belgique montre que le principe d'une entrée et d'une interface uniques n'est pas un rêve ou un mythe.

A. Les guichets uniques, par intégration des services

Les guichets de services intégrés – des guichets « uniques » assurant une relation simplifiée avec un ensemble de services en place – sont d'abord des sites Internet à partir desquels sont gérés les contacts, les demandes d'informations, les dossiers, les droits et les transactions des ressortissants. Ils intègrent tous les services qui y sont rattachés, sans nécessairement les remplacer.

Ce sont des points d'entrée uniques (« one stop shop ») pour accéder à des informations, des programmes, des prestations, principalement dans le domaine de la Protection sociale. À haute teneur technologique, et haute valeur ajoutée de services, on les voit se développer un peu partout dans le monde. Ils permettent une forte personnalisation de la relation de service, des gains substantiels de temps et de ressources.

1

LES ÉVOLUTIONS
DE LA PROTECTION
SOCIALE

Le développement de ces guichets de services intégrés est une réforme administrative d'ampleur, couvrant de larges domaines de l'action publique, mais entreprise à l'origine toujours dans le domaine de la Protection sociale.

Cette logique d'intégration de services est d'abord une architecture technique, permettant notamment l'intermédiation des relations entre institutions et l'interopérabilité des systèmes. Elle ne passe pas par la normalisation des institutions, des accueils et des prestations, mais par celle des données. Plus précisément, elle normalise l'usage de l'information par une structuration homogène de la donnée. Toute cette démarche technique permet de simplifier la vie de l'usager, en faisant véritablement coopérer les institutions.

Cette innovation répond aux attentes liées aux services de proximité dans la mesure où chaque usager se voit confronté, à différents moments de sa vie, à des interrogations et des problèmes en termes de santé, maladie, maternité, famille, chômage, invalidité, retraite. Elle correspond par ailleurs à l'impératif d'une meilleure présence et d'une meilleure perception de l'administration au sein du public. Elle répond également à un besoin de réorganiser les services administratifs dans un souci à la fois d'économie financière et d'efficacité.

Ces guichets procèdent, dans les pays où ils ont été établis, d'un double constat et d'une double visée.

- un double constat : l'insatisfaction relative des usagers des différents services (obligés de passer d'un point d'entrée à un autre) et les possibilités offertes par les systèmes d'information (pour rapprocher les modalités de gestion) ;
- une double visée : la personnalisation de la relation et l'intégration des différents services.

Ces guichets ne naissent pas d'une idée de transformation des prestations, mais de la possibilité d'améliorer leur administration. L'ambition est de diminuer les coûts de gestion pour l'organisation mais surtout pour la personne. Quels que soient les sujets d'entrée (une naissance, une perte de revenus, un accident, un départ à la retraite, etc.), il n'y a plus de codes et de dossiers différents. Le principe est que la personne doit être reconnue dès qu'elle est rencontrée, c'est-à-dire dès qu'elle est individuellement connectée.

Ces guichets uniques sont construits pour être des « intégrateurs » des politiques publiques. Les différents pans des politiques, les différents organismes en charge des différents risques ne sont plus seulement conçus comme complémentaires, mais comme agrégés.



Ils s'inscrivent dans un mouvement de dématérialisation des relations et de développement du e-gouvernement, voire de l'« État digital ». Les différentes expériences sont mises en avant dans toute la documentation internationale qui existe autour de la réforme des Services publics, des Services publics sociaux en particulier¹.

Quatre traits caractérisent généralement leur légitimité et leur identité :

- le souci d'adapter les politiques aux technologies contemporaines ;
- le souci de l'excellence dans la délivrance des services ;
- la personnalisation la plus poussée possible de la relation ;
- l'efficience budgétaire et organisationnelle.

B. Quelques cas illustratifs

C'est dans des contextes assez variés que sont apparus les guichets de services intégrés. Le premier, et probablement le plus connu, est *Centrelink*². Né en 1997, il s'agit d'une agence du gouvernement australien. Son ambition est de « servir l'Australie en aidant les personnes à être autonomes et en aidant les personnes en difficulté ». Concrètement, *Centrelink* est un guichet unique virtuel, servant des prestations et services aux retraités, aux familles, aux étudiants, aux chômeurs, aux handicapés. Travaillant avec tous les autres départements ministériels, il fonctionne à partir d'un site Internet, de centres d'accueil et de 20 centres d'appel.

Sans véritablement proposer immédiatement un point d'entrée unique aux usagers, la *Banque Carrefour de la Sécurité Sociale (BCSS)*³ relève de la même logique et des mêmes outils. Elle a été créée en 1990. C'est une plate-forme de transmission de données recueillies par chaque organisme de Sécurité sociale, afin de les rendre accessibles aux autres institutions. En termes d'organisation du réseau, la *BCSS* ne suppose aucun stockage centralisé des données, celles-ci restant gérées par chaque institution source, qui en garde l'entière responsabilité. La *BCSS* s'inscrit dans une logique d'optimisation du travail des différents opérateurs tout en respectant les libertés individuelles des assurés. L'ambition est de concilier la bonne gestion des informations et le respect de la vie privée des assurés. Ce projet vise notamment l'accroissement de l'efficacité de

1. Voir par exemple l'étude réalisée et diffusée par le Cabinet office britannique, *Power in People's Hands. Learning from the World's Best Public Services*, Londres, HM Treasury, juillet 2009. Pour des descriptions fouillées, voir Jeffrey Roy, John Langford, *Integrating Service Delivery Across Levels of Government. Case Studies of Canada and Other Countries*, IBM Center for the Business of Government, 2008.

2. www.centrelink.gov.au

3. www.bcsc.fgov.be



la prestation servie aux assurés et aux entreprises avec un minimum de contraintes administratives grâce à la gestion interne et la normalisation des informations⁴.

*Service Canada*⁵, s'inspirant de *Centrelink*, a été créé en 2005 pour que les canadiens accèdent plus rapidement et plus facilement aux programmes et aux services du gouvernement du Canada. Ils bénéficient maintenant de services personnalisés offerts par un réseau comptant plus de 600 points de services partout au Canada, de nombreux centres d'appels et un site Internet fédérateur. Chaque personne peut disposer d'un dossier *Service Canada* qui constitue un seul point d'accès pour visionner et mettre à jour ses renseignements personnels en matière d'Assurance chômage, de retraite, de fiscalité, de prestations sociales. Plus largement encore, *Service Canada* offre information et orientation, voire gestion directe du dossier, pour de multiples autres sujets : création d'entreprise, voyage à l'étranger, gestion de dettes, reconnaissance de titres de compétences, etc.

C. Description de *Service Canada*

Service Canada est d'abord le portail d'entrée et le coordinateur de l'e-gouvernement dans le secteur social au Canada. Le développement de *Service Canada*, qui a demandé du temps, de l'énergie et des moyens, s'est étendu depuis le début de la décennie 2000, jusqu'à une mise en œuvre effective, sous un premier format, en 2005.

Le constat de départ est celui des demandes accrues d'accessibilité et de facilité de la part des canadiens. Des études menées autour de 2000 ont mis l'accent sur les demandes de services à la fois personnels et simples, garantissant la sécurité des informations privées. Sur la même période, il apparaissait un affaiblissement des niveaux de satisfaction, des habitants comme des entreprises, en ce qui concerne la qualité générale des Services publics. En particulier les programmes sociaux étaient jugés toujours davantage complexes et fragmentés.

Le projet de *Service Canada* est donc apparu dans un contexte de critiques grandissantes à l'égard non pas des programmes sociaux mais de leur organisation. Cinq faiblesses, se nourrissant respectivement, étaient soulignées :

4. Pour une présentation de cette innovation majeure, par ses promoteurs, voir Franck Robben, Thierry Desterbecq, Peter Maes, « L'expérience de la Banque Carrefour de la Sécurité Sociale en Belgique », *Recherches et prévisions*, n° 86, 2006, pp. 19-31.

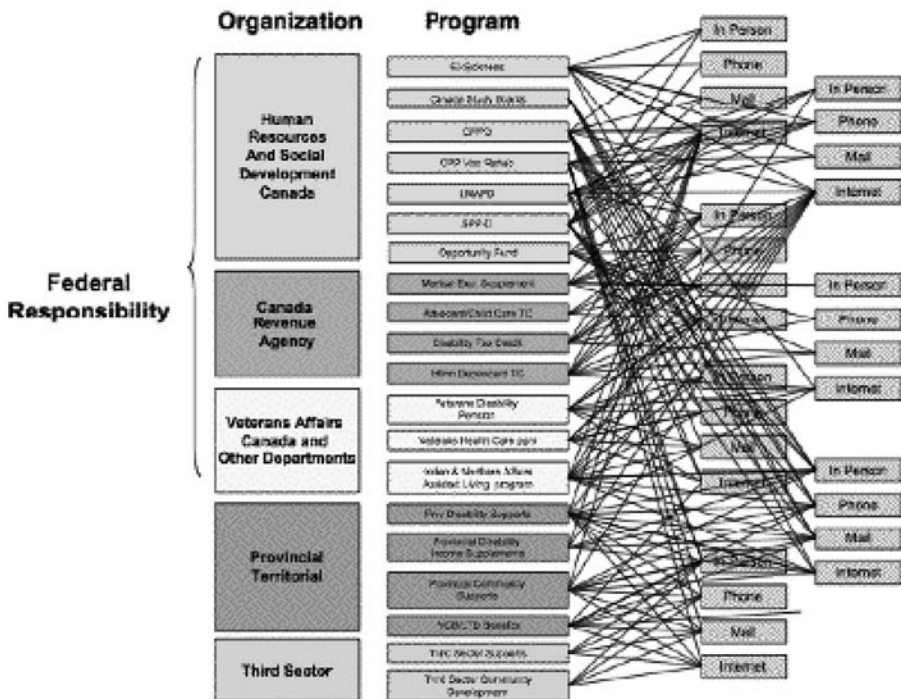
5. www.servicecanada.gc.ca

1
 LES ÉVOLUTIONS
 DE LA PROTECTION
 SOCIALE

- une satisfaction grandissante pour les services privés et déclinante pour les Services publics sociaux ;
- des coûts croissants de gestion, toujours mis en parallèle avec une diminution de la qualité ressentie ;
- une focalisation sur les problèmes des organisations et non sur ceux des citoyens ;
- des services qui ont été conçus et qui se sont ajoutés sans réelle visée d'ensemble, sans visibilité claire pour le destinataire final ;
- des infrastructures technologiques différentes et vieillissantes se réformant dans une logique de silo thématique et non d'intégration au profit des usagers.

En un mot, *Service Canada* a été imaginé en réponse à la complexité grandissante à la fois des situations individuelles (demande de personnalisation et d'adaptation) et des mécanismes de gestion des prestations, des équipements et des services.

Cette complexité peut être représentée – un peu comme on aime maintenant souvent à le faire dans le cas français – avec un schéma montrant ce qu'étaient au tournant du millénaire les programmes et services canadiens dans le domaine du handicap.





Cinq objectifs ont été, à l'origine, assignés à cette transformation du service :

- fournir des services intégrés et orientés sur les usagers (dits « clients »), avec notamment établissement d'un profil et d'un dossier uniques ;
- accroître le niveau de confiance et de soutien dans des programmes publics, tout en tentant de réaliser des économies de gestion. Concrètement, le guichet unique et le dossier unique, avec des procédures automatisées, accroissent le niveau d'exactitude des paiements ;
- participer à la réforme générale des politiques publiques en permettant une collaboration réelle et efficace entre les différents opérateurs mis nécessairement en réseau ;
- faire la démonstration de l'efficacité par la transparence des coûts et par l'association des parties prenantes ;
- établir une culture de l'excellence en responsabilisant les agents publics impliqués dans ce mouvement de transformation.

La mise en place de *Service Canada* a mobilisé tous les niveaux de gouvernement (dans une fédération) et tous les acteurs de la Protection sociale, sous l'égide de l'État fédéral. D'emblée il a été indiqué que le projet ne visait pas la disparition d'agences qui auraient été jugées peu performantes et/ou redondantes. *Service Canada* n'a aucunement vocation à remplacer, mais à intégrer. Comme il s'agit essentiellement d'un point d'entrée pour l'utilisateur, les organisations n'ont eu qu'à permettre le rattachement à ce point d'entrée. Il n'y a pas eu disparition de la complexité du droit et des organisations, mais digestion, toujours en faveur de l'utilisateur final. Les différents opérateurs n'ont eu à s'adapter que pour autoriser l'entrée par le guichet unique.

Cette réforme substantielle de l'administration générale, qui n'est pas révolution pour les opérateurs publics et privés impliqués, a été accompagnée d'une implication politique de premier rang, avec le Premier ministre Harper. Des campagnes massives de communication ont été imaginées, et sont toujours en cours.

L'essentiel de la réforme a été la création d'une nouvelle direction administrative qu'est *Service Canada*. Avec un budget qui est maintenant de l'ordre de deux milliards de dollars canadiens, essentiellement financés par les économies d'échelle qui ont été réalisées, *Service Canada* fonctionne sur trois modalités (call, click, visit) :

- un numéro unique d'appel, avec 24 call centres, des agents bilingues, des aides pour personnes déficientes. En clair, plutôt que des numéros thématiques sur différents sujets, tous les problèmes sociaux peuvent

être abordés téléphoniquement auprès de l'unique opérateur (on devrait dire l'opérateur intégré) qu'est *Service Canada* ;



- un service Internet qui s'enrichit de nouvelles modalités, qui vont de l'information à la gestion de son dossier, pour ses prestations familiales, son niveau d'endettement, ses papiers d'identité, son Assurance chômage ou encore le lancement d'une entreprise ;
- 320 centres d'accueil et 125 services mobiles pour les parties les plus reculées du territoire, gérés avec les communautés locales.

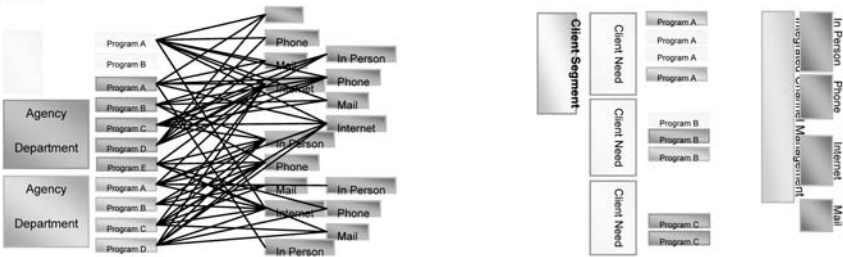
Hier, les services étaient produits dans de multiples départements, ayant chacun plusieurs programmes avec leurs propres canaux de distribution de services.

Ceci a conduit à de la redondance dans certains domaines et à des manques dans d'autres



Aujourd'hui, les services sont organisés autour des besoins du citoyen produits au travers de canaux de distribution intégrés et partagés.

Ceci permet d'atteindre les objectifs



En termes de qualité de service – et ce dans une logique typique de New Public Management – une charte de la qualité précise dans le détail ce que chaque usager est en droit d'attendre, un bureau spécialisé a été créé pour la mesure de la satisfaction, des standards ont été établis, et des tableaux de bord de performance ont été constitués.

Désormais, *Service Canada* :

- compte 32 millions d'utilisateurs ;
- gère directement 77 programmes publics ;
- est responsable du service de 50 % du budget fédéral ;
- verse 74 milliards de dollars canadiens de prestations ;
- reçoit 80 % des appels téléphoniques adressés à des organismes publics ;
- est en relation avec 55 000 organisations locales.



D. Le guichet unique c'est donc possible

L'existence de *Service Canada*, ou de *Centrelink* en Australie, montre que le principe et l'ambition d'un guichet unique ne relèvent pas uniquement du vœu pieu. Dans des pays de très grande taille et avec une organisation fédérale, il a été possible d'intégrer divers Services publics, d'abord ceux relevant de la Protection sociale.

Ceci a été rendu possible non pas tant en raison de singularités locales ou de régimes particuliers de Protection sociale, mais par de la volonté, de la patience et de la clairvoyance sur les ambitions et la conduite du projet.

La volonté est incarnée par des réformateurs qui ont réussi à convaincre les plus hauts dirigeants de leur pays. La patience est également de mise car c'est le temps long qui a permis la maturation, la préparation et la création de ces guichets intégrés. Il a fallu 12 ans avant la naissance de *Centrelink* (dont le nom a d'ailleurs maintenant remplacé celui de Sécurité sociale...). Surtout, c'est la conduite adroite du projet qui a permis de le faire naître puis de le faire vivre. Les experts qui ont accompagné la création de *Centrelink* et de *Service Canada* rappellent que le scepticisme était au départ de mise. La grande crainte liée à un passage de guichets multiples thématiques à un guichet d'entrée unique est, pour certains, de voir disparaître des institutions, des positions, des rémunérations. *Service Canada* s'est mis en place sans suppression d'agence et sans transformation des diverses institutions composant la Protection sociale, aux différentes échelles territoriales.

Par guichet unique intégré, le plus important n'est pas qu'il soit unique. C'est qu'il soit intégré. Car c'est l'intégration qui assure la personnalisation. Cette intégration ne suppose pas la fusion (même si elle peut progressivement y conduire).

Ces guichets uniques intégrés en ligne, avec leurs déclinaisons concrètes et humaines (sous formes de centres traditionnels d'accueil et de gestion), sont assurément des progrès pour les usagers, pour les finances publiques et pour l'efficacité, plus généralement, des politiques publiques.

E. Contraintes et opportunités pour une éventuelle transcription en France

La grande difficulté française pour la mise en œuvre d'un tel guichet unique intégré à l'échelle nationale est l'éclatement, voire le morcellement, de la Protection sociale à la française, entre l'État, les collectivités locales,



et les organismes de Sécurité sociale. S'arrêter à ce constat est cependant très insuffisant... La Protection sociale canadienne est assurément tout aussi compliquée et à gouvernance dispersée qu'en France. Ce n'est donc pas la différence de situations et d'histoire qui peut être le principal obstacle. Il est néanmoins vrai que les guichets uniques canadien et australien sont organisés par l'État, et non par des organes particuliers comme les Caisses de Sécurité sociale.

L'obstacle technologique n'en est pas véritablement un. Les grands opérateurs de service et de systèmes d'information sont tout à fait capables d'assurer (certainement dans des conditions de transition difficiles) les connexions entre les systèmes.

Prosaïquement, un guichet unique intégré pourrait être en France, sur Internet, un service (qui serait dès lors très enrichi), du type www.service-public.fr, « portail de l'administration française »⁶ ou bien www.securite-sociale.fr qui, pour le moment, ne présente que l'actualité des Caisses nationales. Par redéploiement de moyens dispersés, mais certainement avec des investissements, le projet doit pouvoir être nourri. Mais il faut que toutes les institutions dans lesquelles l'utilisateur pénétrera par un point d'entrée unique soient d'accord pour participer...

Il est peut-être une voie pour cela – voie empruntée autant au Canada qu'en Australie – celle de la priorité à l'utilisateur. Sur un plan rhétorique, tous les rapports concluent en France sur la nécessité de placer l'utilisateur, le client, la personne au centre. Peu débutent par cet objectif, dont découle nécessairement la nécessité de réduire la complexité en empêchant les renvois d'une institution et d'un programme à l'autre, notamment pour les moins favorisés.

D'un point de vue très concret, certaines prémisses et certains chantiers peuvent préfigurer le développement de cette logique de guichets intégrés. On pense au développement du RNCPS (Répertoire National Commun de la Protection Sociale). Si l'interconnexion des différentes bases de données avec le numéro de Sécurité sociale comme identifiant unique est parfois observée avec circonspection et réserve en termes de liberté publique, c'est pourtant exactement la logique de l'intégration de services⁷.

Aujourd'hui, dans le monde de la Protection sociale, ce sont les institutions de prévoyance et les régimes complémentaires qui coopèrent

6. Il s'agit bien d'un guichet unique d'information, comme GovBenefits.gov aux États-Unis (le site américain permettant cependant des simulations).

7. Ce sujet du partage des données n'est pas seulement sensible en France. Voir, dans le cas britannique, Tim Kelsey, « Long Live the Database State », *Prospect*, août 2009, pp. 40-43.

1

LES ÉVOLUTIONS
DE LA PROTECTION
SOCIALE

(par exemple dans le cadre de l'AGIRC-ARRCO, la mise en place de l'usine retraite) ou qui cherchent à innover en voulant proposer à leurs ressortissants des passeports / des portails permettant de gérer toutes les dimensions de leur Protection sociale.

Il faut aussi observer que dans d'autres domaines que la Protection sociale, domaines tout aussi importants désormais pour le quotidien, les interconnexions et normalisations de données ont été rendues possibles. On pense ici au GIE cartes bancaires qui permet en France, d'une part, à tout usager de disposer dans toute banque d'un accès à du liquide et de payer avec des instruments uniformisés, et, d'autre part, aux gestionnaires (i.e. les banques) de personnaliser comme elles le souhaitent la relation de service avec leurs clients et avec les autres usagers.

S'agissant des contraintes et opportunités d'une transcription en France (comme d'ailleurs dans la plupart des pays européens), la mise en place de ce type d'innovation soulève – on le voit – un certain nombre de défis et d'interrogations. On peut tenter de les ramasser en quatre points⁸.

Tout d'abord le passage par l'outil électronique suppose un taux d'équipement important de la population. En la matière les choses avancent, mais la facture numérique – qui tend à se réduire – reste une réalité que le développement de services par trop virtuels ne doit pas accentuer.

La question de l'accessibilité des guichets de services intégrés se pose également en termes de principes à respecter. D'abord, toute politique de développement de l'« e-administration » doit se conformer au principe d'égalité devant le Service public dès lors qu'un certain nombre de citoyens continueront de recourir durablement aux voies dites traditionnelles. Ensuite, la mise en réseaux des données stockées par chaque institution de Protection sociale pose la question redoutable et sensible de la protection des données. Les exigences d'accès à des services à distance en temps réel doivent prendre en compte les objectifs d'importance au moins équivalente que sont la protection des données personnelles. Cet impératif est d'autant plus sérieux que la complexification et le volume des transactions opérées induit une fragilité croissante des systèmes de gestion.

8. On reprend les remarques et suggestions formulées, à la lecture d'une première version de cette note, par Yannick d'Haene, Directeur de l'Observatoire de la Sécurité sociale à l'Association Internationale de la Sécurité Sociale (AISS). Qu'il trouve ici nos plus vifs remerciements pour son expertise. Signalons également sa proposition, à la suite de cette analyse sur les guichets intégrés de services, et dans la suite d'une idée de Jean-Baptiste de Foucauld, de rendre l'accès à Internet gratuit, comme un « bien commun » permettant désormais à tout un chacun de vivre au mieux, face à l'administration, et au quotidien plus généralement.



D'un point de vue managérial, il importe de repenser le processus décisionnel. En effet, la gestion des TIC en général, et notamment le développement d'un outil comme les guichets de services intégrés, a contribué à faire des experts techniques (informaticiens) des quasi-décideurs passés d'une fonction explicite de maîtrise d'œuvre (celui qui exécute) à un rôle implicite de maîtrise d'ouvrage (celui qui conçoit et décide). Ce glissement implique une surreprésentation de l'aspect technique des projets par rapport aux dimensions organisationnelles. Il conviendrait donc de systématiser l'évaluation de l'usage de ces nouvelles technologies par des organismes externes et ne pas laisser la technicité apparente de ces sujets s'imposer unilatéralement aux décideurs.

Sur un plan technique, enfin, il convient de souligner la question centrale (et redoutablement complexe...) de l'interopérabilité à assurer de l'information provenant de différents services ou institutions. La valeur ajoutée des guichets de service intégrés dépend beaucoup de la capacité d'intégrer cette information. Non seulement les données à intégrer doivent correspondre à des formats compatibles et disposer de « clefs » communes, mais encore elles doivent présenter des sémantiques équivalentes et des codifications similaires. Le chemin est long.

Au total, quatre types de messages peuvent alimenter un discours favorable à l'établissement de guichets intégrés en France :

- il s'agit indubitablement d'une simplification drastique de la relation de service en faveur de l'utilisateur qui n'a plus à « jongler » entre les guichets thématiques ;
- c'est une logique qui revient à l'essence même du projet de Sécurité sociale qui visait unité et uniformité, à rebours de l'éclatement des régimes, des risques et des opérateurs ;
- les gains de productivité, du côté de l'utilisateur et du prestataire, sont potentiellement élevés ;
- ces services intégrés ne favorisent pas d'abord les plus aisés, mais les plus défavorisés qui sont les premiers à subir la lourde complexité issue de la diversité des guichets.

Au final, cette logique de guichets intégrés de services peut s'implanter si elle autorise effectivement de la valeur pour l'utilisateur et qu'elle ne se présente pas comme une fusion des institutions, mais comme un service également en leur faveur. Elle permet de la transformation importante sans changer brutalement les institutions en place.



F. Les conditions de l'intégration de services

La création d'un système intégré de prestation de services qui peut aller jusqu'à couvrir l'ensemble des niveaux de gouvernement, à travers tout un pays, est un programme ambitieux de transformation qui nécessite un prisme holistique. Des questions complexes de gouvernance et de technologie se posent. Une adhésion de tous les opérateurs est nécessaire. En outre, naturellement, le politique et la capacité de décider jouent un rôle majeur.

Dans tous les exemples cités (Canada, Australie et Belgique) où IBM a mené avec succès des initiatives d'intégration de prestation de services, on peut noter la présence de quatre points communs essentiels.

Premièrement, la gouvernance repose sur un réseau collaboratif, qui dépasse les traditionnels silos organisationnels. Deuxièmement, les citoyens ont été impliqués, d'une manière ou d'une autre, dans les processus d'élaboration et de livraison des services. Troisièmement, une infrastructure technologique commune a été créée, afin de favoriser autant que possible les échanges d'informations entre les différentes instances publiques. Enfin, les différents acteurs se sont accordés sur une même vision de la gouvernance publique, qui laisse une place importante à la collaboration et à un partage des responsabilités.

« Business Model » de la solution



Un business model clair était nécessaire pour fournir un point de référence partagé puis guider la mise en œuvre d'un système d'intégration de prestation de services.

Une nouvelle organisation des services gouvernementaux centrée sur le citoyen	Se concentrer sur des groupes de personnes ayant des besoins communs
	Construire des offres de services qui répondent mieux au besoin des citoyens
	Proposer les services pour l'ensemble des départements du gouvernement
Des services gouvernementaux faciles à trouver, faciles d'accès et d'utilisation	Introduire de nouveaux services plus rapidement
	Assurer une présence et une visibilité pour toutes les communautés et dans tout le pays
	Proposer un accès simple et le choix du canal d'accès
Collecter l'information une fois, l'utiliser plusieurs fois	Professionaliser le rôle «service» de la structure
	Définir des niveaux de services
	Renforcer la sécurité, l'exactitude et la transparence des informations relatives au citoyens
Le partenariat est indispensable pour un service centré sur le citoyen	Améliorer la collecte et l'utilisation des informations
	Fournir l'information au niveau du point de contact
	Tirer partie d'un travail collaboratif sur l'ensemble du gouvernement
	Développer des partenariats
	Investir dans la gestion de la relation



1. Une nouvelle organisation des services gouvernementaux centrée sur le citoyen

L'organisation nouvelle se veut centrée sur le citoyen, reliant le citoyen aux programmes et informations du Service public dont il a besoin, indépendamment du prestataire qui les délivre. Elle est axée sur la compréhension des besoins et sur l'intégration et le regroupement des prestations et des avantages réels pour permettre des résultats concrets.

2. Des services gouvernementaux faciles à trouver, faciles d'accès et d'utilisation

L'organisation de services intégrés veille à ce que les programmes, prestations et équipements soient faciles à trouver, faciles d'accès et faciles à gérer. Il s'agit d'une modalité de prestation des services par le biais d'une stratégie intégrée sous la forme d'une chaîne jamais interrompue.

3. Collecter l'information une fois, l'utiliser plusieurs fois

Au lieu de demander les mêmes informations à chaque fois, ou bien qu'une personne accède au traitement des informations à plusieurs reprises, une organisation centrée sur le citoyen autorise que l'information soit fournie une fois pour toute, ceci tout en renforçant la protection de la vie privée, l'exactitude et la transparence de l'information des citoyens.

4. Le partenariat est indispensable pour un service centré sur le citoyen

Un des éléments les plus importants d'une organisation véritablement centrée sur le citoyen est la nécessité de rapprocher les services d'une manière simple et intégrée. Cela nécessite une large collaboration des organisations travaillant ensemble pour tirer profit de leur potentiel collectif afin de créer une nouvelle valeur pour les citoyens.

Il existe des exemples, partout dans le monde, qui démontrent qu'un modèle d'organisation centré sur l'amélioration des services du citoyen peut produire à la fois réduction des coûts et meilleurs résultats. Grâce à une telle architecture conceptuelle et technologique, les gouvernements peuvent redéfinir la façon dont ils peuvent servir les citoyens et, ce faisant, améliorer les performances publiques et l'adhésion à l'action publique.

A collage of several black and white photographs showing diverse groups of people in professional or social settings, smiling and interacting. The images are layered and partially overlapping, creating a sense of movement and community.

L'offre globale de service à la CAF du Morbihan

Annie Simon Lemercier
Directrice de la CAF du Morbihan

Franck Baudouin
Chef de projet

Faire vivre une idée simple : mettre en œuvre une offre de service articulant prestations légales et interventions d'action sociale au bénéfice des allocataires.

L'intention est frappée du bon sens : mettre les acteurs en synergie pour mieux servir l'utilisateur.

Replacées dans le contexte institutionnel des CAF, il apparaît que les grandes missions de la branche Famille (le logement, la solidarité, le soutien aux familles dans leur fonction éducative) s'appuient à la fois sur le versement des prestations et sur les aides sociales. La COG actuelle est allée plus loin, en instaurant un socle d'engagements de services intégrant aussi l'action sociale.

Ainsi, le socle national du travail social fixe, par missions et programmes, les objectifs, les engagements et les actions qui doivent être réalisés par l'ensemble des CAF.

Sur ces bases, une offre locale, cohérente et adaptée aux besoins des territoires, est définie.

C'est là que la notion d'offre globale prend tout son sens : la mise en corrélation des besoins des allocataires et des réponses existantes, permet de dégager des marges de progrès et de complémentarités d'action avec les autres acteurs.

C'est pourtant un véritable défi tant cette idée suppose des changements profonds. En s'appuyant sur des valeurs d'entreprise très ancrées, le parcours progressif engagé à la CAF du Morbihan, a permis de remettre en question des pratiques, d'acquiescer de nouveaux réflexes et de donner, finalement, une nouvelle dimension à nos métiers.

Véritable démarche d'entreprise, elle suppose une construction collective, une convergence d'objectifs (instances CA, CE, services métiers, services supports, ...)

La genèse de l'offre globale de service tient en deux phases :

- 2005-2006 : le projet ;
- 2007-2009 : la mise en place progressive.



I. Quelle était l'ambition de la démarche ?

Les politiques mises en œuvre par les CAF reposent à la fois sur le versement de prestations légales et sur une action sociale familiale, principalement destinées à développer des services dans l'environnement des familles, qui contribuent à l'équilibre des familles et de leurs enfants et les accompagnent quand ils doivent faire face à des difficultés.

Comme toute entreprise, nous sommes en veille permanente sur nos pratiques au regard de l'évolution de notre environnement.

Fort de cela, nous avons pu observer que le continuum d'actions que cette approche est supposée instaurer ne se concrétisait pas automatiquement : la réponse apportée avait tendance à se limiter au périmètre d'intervention de l'interlocuteur interne en charge d'y répondre.

Si l'on en croit les bons résultats des enquêtes de satisfaction, l'usager ne pénalise pas l'Institution pour cela... mais son besoin, notamment s'il est fragilisé par un évènement familial, n'a peut-être pas été pris en compte dans sa globalité... ce qui ne signifie pas sa totalité.

Depuis 1999, Jean-Paul Delevoye, alors Médiateur de la République, aujourd'hui Président du Conseil économique, social et environnemental, n'a cessé d'alerter encore et toujours nos gouvernants sur la nécessité de restaurer le sens du collectif et l'importance de l'engagement comme rempart face à l'enlisement bureaucratique.

Nous avons des ressorts sur lesquels nous appuyer, il importe donc de les activer.

Un exemple...

Un usager avec un enfant à charge, en situation de séparation, vient signaler sa nouvelle situation et déposer une demande d'allocation pour son nouveau logement, dans un point d'accueil.



- L'agent le reçoit, vérifie que le dossier d'allocation logement est complet et administrativement exploitable, recueille les documents relatifs à la séparation, met fin à l'entretien et transmet en parallèle le dossier au service administratif pour l'enregistrement et le paiement des prestations logement.

Le questionnement de cette pratique à l'origine de la démarche :

- Avons-nous répondu à la demande immédiate de l'utilisateur ?
 - Oui, l'allocation logement demandée sera versée en suivant scrupuleusement la réglementation en vigueur. La nouvelle situation de l'allocataire sera également enregistrée dans nos fichiers.
- Avons-nous répondu au besoin de l'utilisateur en situation familiale et/ou personnelle délicate ? L'allocataire vivant cette situation est-il en capacité de réagir ? Que devient l'autre parent dans cette situation de séparation ? Existe-t-il un dialogue au sein du couple parental pour l'intérêt de l'enfant ? Quel niveau de connaissance a l'allocataire des dispositifs dont il peut bénéficier comme des aides réglementaires complémentaires, un accès à la médiation familiale, un accès à la justice ?
 - Sur tous ces points, liés à la complexité de la situation, nous pouvons douter de l'exhaustivité de notre réponse.

Ce doute n'est tout simplement pas satisfaisant pour un organisme social attaché aux valeurs de solidarité, d'équité et d'humanisme. Ce constat partagé a permis de fédérer les équipes et de trouver l'énergie nécessaire pour mener à bien ce projet : mettre nos compétences en synergie pour proposer une offre globale de service à nos usagers.

Notre démarche est partie de là : Comment capter les besoins des usagers ? Quels services pouvons-nous proposer en réponse ? Comment s'assurer que notre organisation va porter et garantir une offre globale de service à l'ensemble des usagers rencontrant une même situation ? Comment assurer, articuler cette ambition avec le bon écoulement de la charge de travail et la mobilisation des diverses compétences requises ?

II. Les trois principaux objectifs et résultats attendus

A. Être au plus près des besoins des usagers

Ce premier objectif suppose un positionnement d'écoute et d'analyse des besoins. La démarche est donc passée par l'identification de leviers

d'actions à activer, puis par la conception des offres de service proprement dites. Est venue ensuite la phase de mise en œuvre opérationnelle, en veillant à systématiser l'offre de service, comme une sorte de réflexe, dans une logique d'équité de traitement de nos publics.



B. Entrer dans une démarche pro-active

Le principe revient à proposer l'offre de service le plus en amont possible afin d'éviter les dégradation de situations fragilisées. La vulnérabilité s'évalue par des critères d'exposition à des risques sociaux sur lesquels il est encore temps d'agir. Par opposition, la précarité est une situation réalisée, fortement préjudiciable. Elle est humainement et économiquement plus impactante pour la collectivité.

D'où l'idée d'intervenir au plus tôt en proposant l'offre de service :

- dès le premier contact avec un usager qui nous signale sa situation (accueil physique, téléphonique ou électronique) ;
- ou en exploitant les informations enregistrées dans nos fichiers administratifs par requête de situations.

C. Décloisonner notre organisation interne, structurer et outiller la démarche

Travailler en synergie autour des besoins des usagers. Cet autre objectif suppose à la fois une reconnaissance des métiers spécifiques de chaque intervenant et une volonté d'améliorer la réponse globale aux usagers, au centre de notre ambition, guidé par nos valeurs. Ce travail suppose aussi de structurer et d'outiller la démarche, pour assurer l'efficacité.

III. Quelle a été la stratégie suivie pour atteindre les objectifs ?

3 axes de travail.

A. Mieux connaître nos usagers

Connaître les besoins d'un bassin de population suppose une analyse des différentes composantes de l'environnement. Aussi, un outil de veille sur la « vulnérabilité » des territoires a été mis en place. Il s'appuie sur une approche multi-critères de sources diverses (CAF Prestations et

1
LES ÉVOLUTIONS DE LA PROTECTION SOCIALE

Action sociale, INSEE, CPAM, Conseil général, Éducation nationale, ...). Cet outil éclaire notre connaissance des populations, leur évolution et permet *in fine*, de définir des priorités dans la mise en œuvre des offres de services.

L'outil permet une lecture à périmètre variable : une vision départementale ou plus fine à l'échelle de chacune des communes de communes.

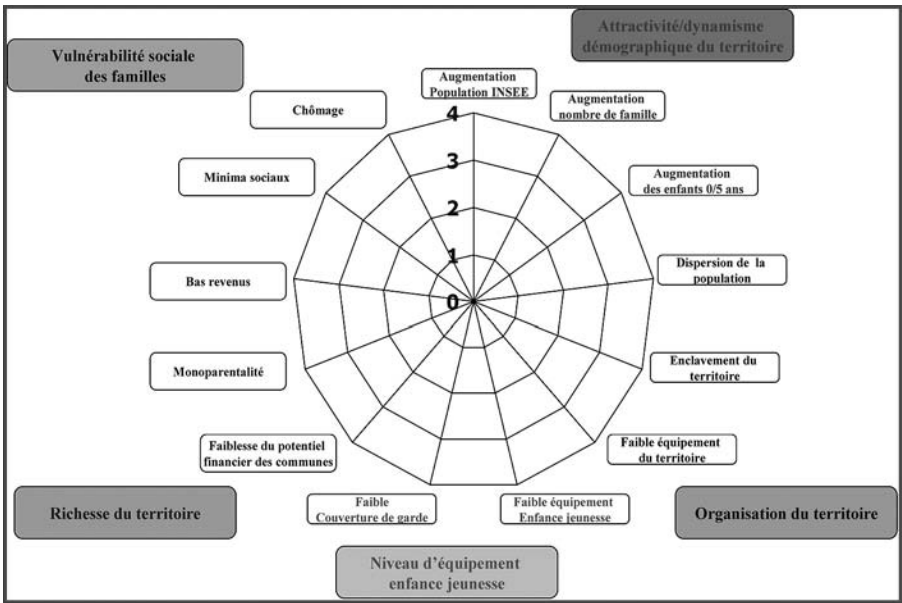


Illustration : Outil vulnérabilité

B. Structurer notre organisation

Le choix de la proximité et d'une démarche territorialisée.

L'échelle des principaux acteurs sociaux nous conduit à nous référer aux pays pour une définition concertée des besoins d'un secteur géographique et une mise en œuvre harmonisée des différents dispositifs.

Ces pays regroupent des communautés de communes qui, en milieu rural, peuvent être des cadres de mise en œuvre d'actions partenariales (l'intercommunalité étant un cadre de référence moins pertinent en milieu urbain pour le développement d'actions sociales).

La combinaison de ces références a conduit à identifier 3 territoires qui sont les plates-formes opérationnelles de l'offre globale de service en territoire.

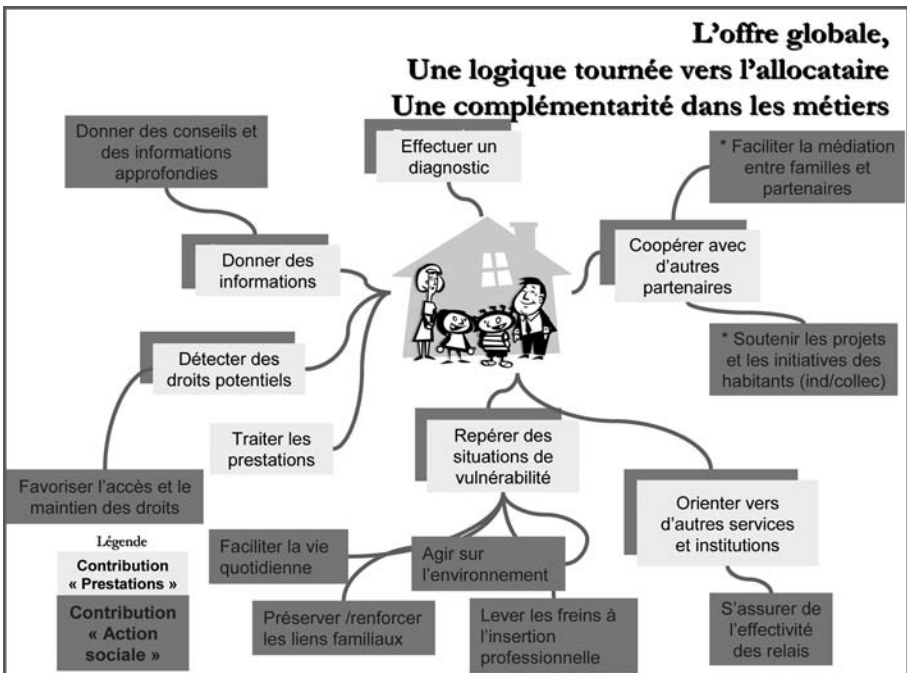


La nécessité de constituer des équipes cohérentes dans leur dimensionnement et dans leur structuration nous a conduit à retenir 3 équipes territoriales réparties sur 9 agences ou antennes.

C. Fédérer les équipes sur les missions et piloter le changement

Nous sommes partis du postulat que la relative dichotomie observée dans la réponse apportée aux usagers, était le reflet de notre propre fonctionnement interne. L'ambition du projet consistait alors à corriger ce fonctionnement pour mettre en synergie les différents acteurs internes : prendre conscience de nos forces au-delà des frontières des services. La transversalité, autour de processus d'intervention définis, permet d'améliorer l'impact de l'intervention, de répondre de manière plus exhaustive à une situation, prise en compte dans sa globalité.

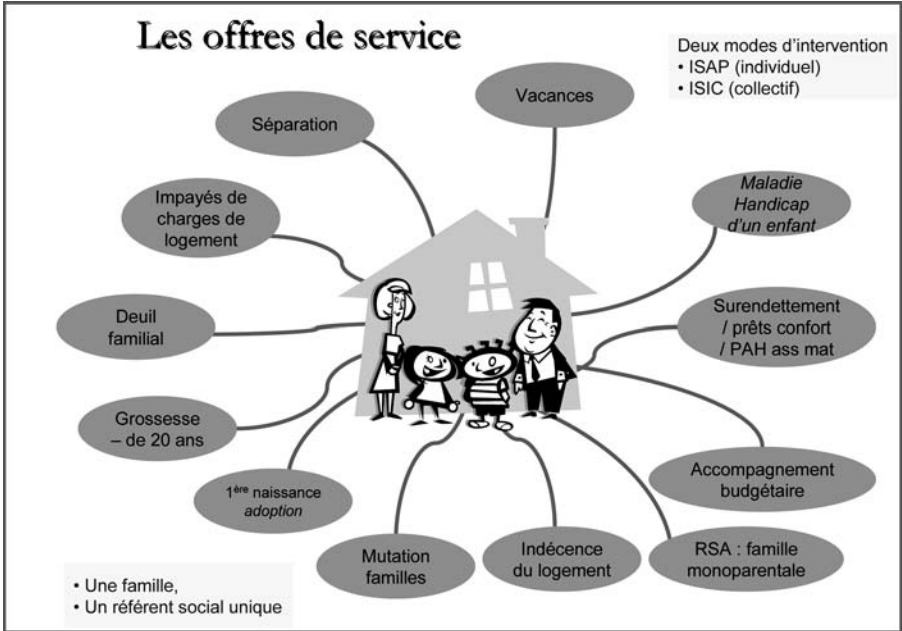
Partant de là, un plan d'action a été déroulé afin de mettre en cohérence tous les éléments contribuant à cette nouvelle organisation : formation, regroupement des équipes pluridisciplinaires, communication, volet RH, rédaction d'un référentiel, de procédures, de délégations pour chaque intervenant...



1

LES ÉVOLUTIONS
DE LA PROTECTION
SOCIALE

Plusieurs domaines d'intervention ont été identifiés, des offres de services sont proposées en réponse aux usagers, désormais identifiées dans le socle de service social commun à l'ensemble des CAF.



Un domaine identifié, est en définitive l'occasion d'entrer en contact avec une famille afin de proposer un diagnostic de sa situation et un accompagnement le cas échéant.

Par exemple, la situation de séparation peut être détectée à travers un enregistrement dans notre fichier administratif. Cet enregistrement fera l'objet d'une offre de service, c'est-à-dire d'une proposition d'intervention sociale.

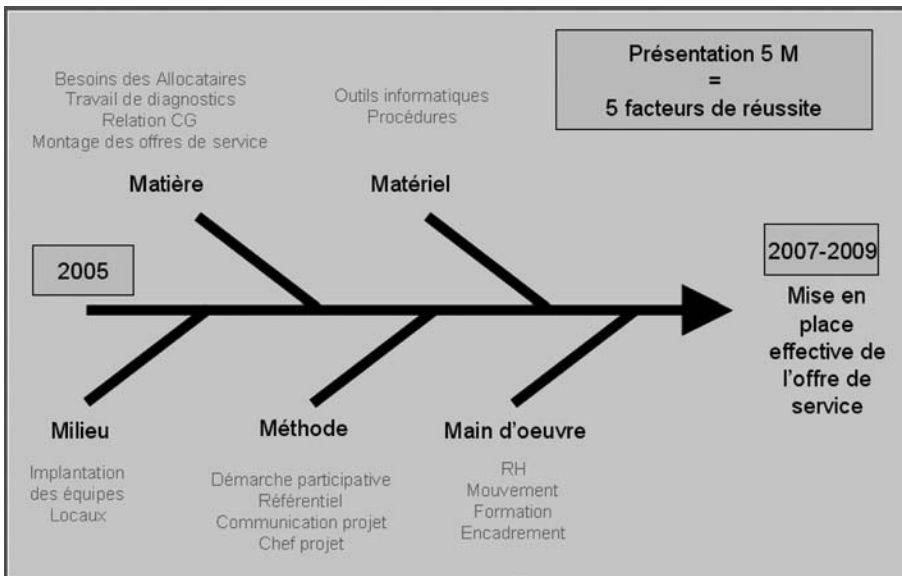
Cette intervention qui débute par un entretien / diagnostic, pourra déboucher sur un accompagnement portant sur plusieurs domaines révélés : problématique de surendettement, de logement, de vacances... faisant appel à différents outils comme les aides financières individuelles et à différents partenaires (associations œuvrant dans le domaine du logement...).

IV. Quels ressources et moyens ont été activés pour mettre en œuvre le projet ?



A. Le pilotage du changement

Un tel projet nécessite un dispositif de pilotage adapté afin d'évaluer les avancées et de décider des actions à mettre en œuvre. Ainsi, un comité de pilotage, modestement baptisé « G6 », regroupant les représentants des principaux secteurs, se réunit et s'active depuis le début des opérations.



B. Construire la structure

Après l'analyse des différents bassins de vie, des profils de population et des besoins engendrés, des décisions ont été prises pour mettre en place l'architecture générale de notre nouvelle organisation.

Ainsi, le département a été découpé en 3 territoires et des équipes de proximité ont été affectées à chaque zone géographique.

Par ailleurs, un pôle a été créé pour accompagner les partenaires dans la mise en place de dispositifs et d'équipements répondant aux besoins des familles : accueil de loisirs, crèches...

Au total, 150 agents, soit 40 % de l'effectif total de l'organisme, ont été impactés par ce projets : nouvelle fonction, nouveau poste, nouvelle affectation géographique...



Aujourd'hui, 76 techniciens sur le volet prestations et 21 travailleurs sociaux sur le volet de l'intervention sociale travaillent en proximité, à la mise en œuvre de l'offre de service aux allocataires.

C. Donner corps et sens au projet

Afin de susciter l'adhésion des équipes et de recueillir des informations sur les bassins de population connues des professionnels en contact direct, la démarche participative a été privilégiée dès la phase d'analyse des besoins, puis tout au long de la mise en œuvre du projet.

Des formations / actions destinées aux équipes et à l'encadrement ont permis de donner le sens du projet en adéquation avec les valeurs de l'entreprise : l'équité, le respect des personnes et des règles déontologiques, la solidarité.

La communication interne a également été un facteur important de cohésion et de transparence. Ainsi, l'accompagnement quotidien des managers de proximité a été renforcé par une information régulière *via* l'Intranet entreprise, et complété par des temps de rencontres divers. L'offre globale de service est le sujet de tous les instants.

D. Une démarche structurée et outillée

1. Des procédures formalisées

La formalisation d'un cadre de référence (socle de la démarche) et de procédures d'intervention, a permis de donner des repères aux intervenants des différents secteurs. Une attention particulière a été portée à ne pas imposer une pratique « mécanique », mais plutôt d'amener vers un nouveau mode d'intervention partagé.

Par ailleurs, en cherchant à améliorer ses processus, la CAF du Morbihan agit en cohérence avec les objectifs institutionnels d'amélioration de la performance et de maîtrise de la production, dans une logique opérationnelle.

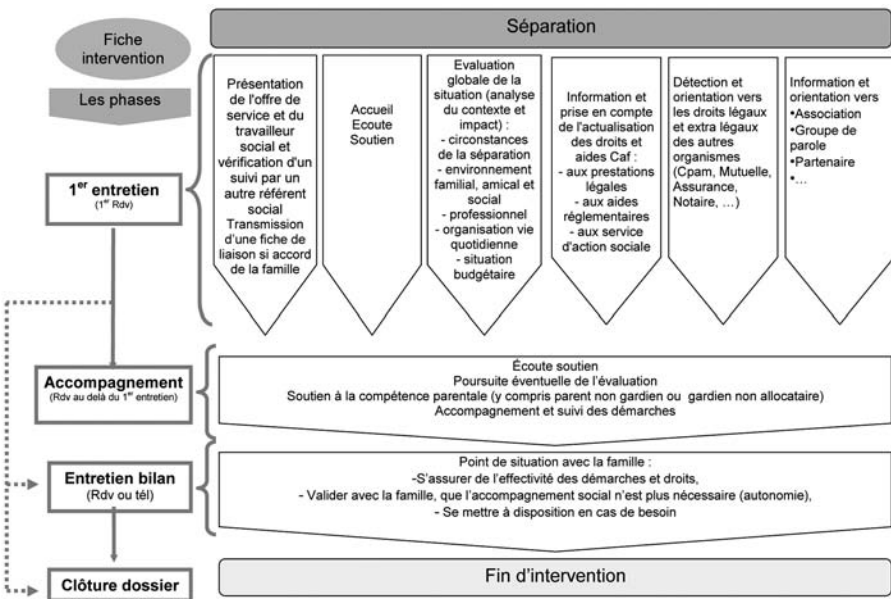
Ainsi, chaque procédure d'intervention est construite avec les professionnels autour de la structure suivante :

- finalités de l'offre ;
- population cible ;
- objectifs de l'intervention ;



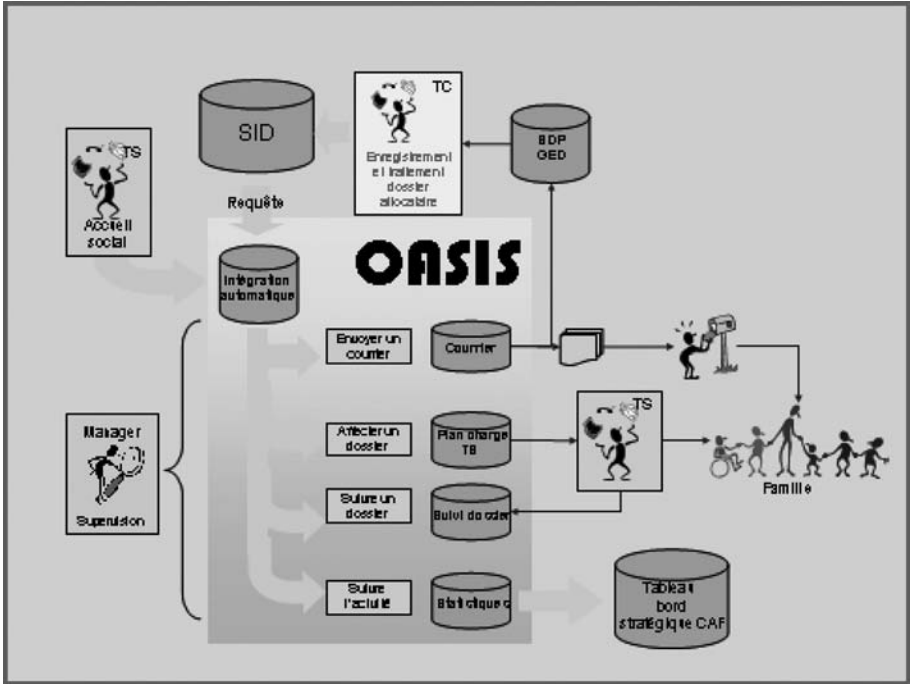
- rôle et mission des intervenants ;
- enchaînement des tâches (organigramme + tableau) ;
- fiche d'intervention sociale (thématiques à aborder lors des entretiens) ;
- indicateurs d'évaluation utilisables.

En complément du processus de gestion des prestations déjà très structurées dans la branche Famille, la procédure intègre également un conducteur fixant le contenu de l'intervention sociale. Ci-dessous, un exemple de support sur la thématique de la séparation.



2. Des nouveaux outils de gestion de l'activité et de reporting

En particulier, un Outil d'Aide au Suivi des Interventions Sociales (OASIS) permet de recueillir et de suivre la mise en œuvre des offres de service proposées aux allocataires. C'est également un outil de reporting sur l'activité des équipes d'intervention sociale. Un outil de cette nature est actuellement à l'étude à la CNAF pour outiller l'ensemble du réseau.

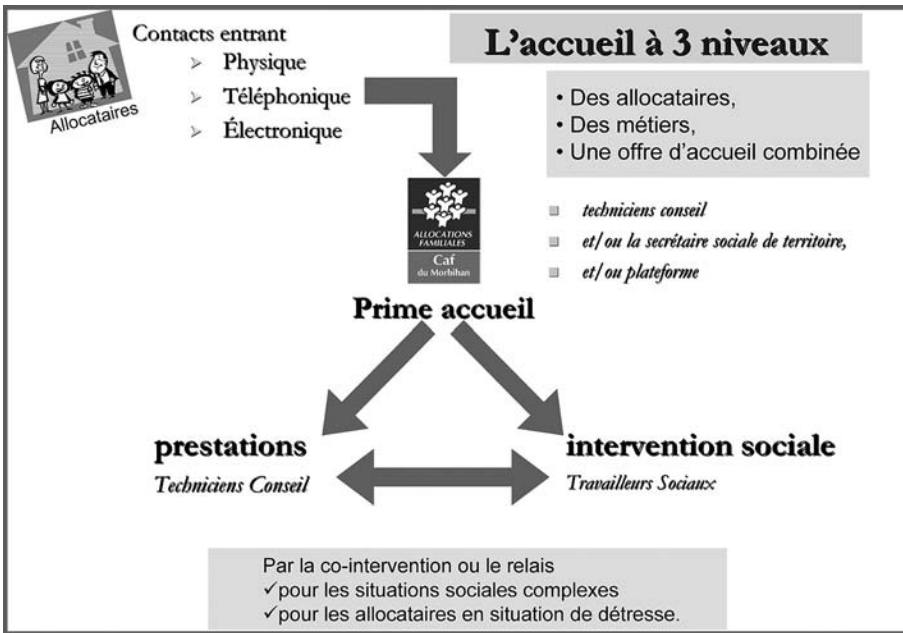


V. Quels impacts et quels résultats sont obtenus aujourd'hui ?

A. En interne

Le dispositif produit ses effet dès la phase d'accueil des allocataires : nos professionnels sont aujourd'hui en situation d'écoute, capables d'orienter vers un autre interlocuteur interne, en parfaite connaissance de la plus-value qu'il apportera à la situation exposée par l'utilisateur.

Par ailleurs, l'intervention au sein d'une équipe pluridisciplinaire de proximité évite l'effet d'isolement des professionnels en contact avec les publics en situations sensibles. Cet élément est important eu égard aux nouvelles missions confiées à notre organisme, notamment sur le champ de la précarité avec le Revenu de Solidarité Active.



B. En terme de service aux usagers

La synergie développée au sein des équipes donne la force de conviction nécessaire à toute démarche pro-active : il s'agit bien d'aller vers l'utilisateur afin de l'accompagner vers une démarche volontaire, interactive, dans l'objectif d'améliorer sa situation conjoncturellement fragile.

Nous sommes en mesure aujourd'hui de détecter et de proposer un accompagnement d'une telle nature, dans un délai court.

Démarche de prévention – mode d'emploi

Rappelons que l'objectif est d'intervenir avant l'urgence engendrée par la détérioration d'une situation fragile connue.

Dans les faits, un contact est systématiquement proposé aux familles repérées par le croisement d'informations enregistrées dans nos fichiers administratifs. Ainsi, chaque mois, 1 000 actions sont mises en œuvre auprès d'utilisateurs à l'échelle du département (pour une population couverte de 111 000 allocataires). Ces actions prennent plusieurs formes : d'un simple accompagnement dans les démarches administratives, à une évaluation sociale plus complète ou bien du versement d'une aide sur projet...



VI. Quels enseignements pouvons-nous tirer de cette pratique ?

Cette pratique est une autre façon d'appréhender la notion de service. Ainsi la production quotidienne de notre organisme ne se mesure plus uniquement en nombre d'actes administratifs ou en nombre de dossiers traités. Elle va sur un champ plus qualitatif en parlant d'offres de services proposées, d'accompagnements initiés ou peut-être tout simplement d'écoute et d'impulsion envoyée pour inviter nos usagers à rebondir face à leur situation.

Ne retrouve-t-on pas là notre mission première d'acteurs au cœur des solidarités familiales et sociales ?

Cette approche sous forme d'offre globale de service change les repères, oblige à revoir le périmètre d'intervention en mettant le besoin de l'usager au cœur des préoccupations. Elle fait « bouger les lignes » traditionnelles tout en renvoyant aux valeurs originelles de l'institution auxquelles les professionnels sont très attachés : cela donne du sens et valorise l'action quotidienne.

70

Pour les professionnels c'est à la fois :

- un gain : moins d'effet d'isolement, reconnaissance des métiers, visibilité et impact directe de l'action ;
- une démarche optimisée avec la nécessité d'adopter une nouvelle posture d'écoute, le souci d'apporter une réponse de qualité et de rester en veille sur l'évolution des besoins.


Donner du sens à l'action et créer du lien sont aussi des facteurs de motivation des équipes.

De fait, la conduite de ce type de projet est de nature à générer un état d'esprit, une culture qui imprègne progressivement le mode de travail de l'ensemble des CAF et contribue à renforcer son positionnement.

Ce projet est de nature à « dépeussier » des pratiques et à montrer une conception moderne du Service public. Se mettre en synergie à partir d'une idée simple, pleine de bon sens : l'offre globale de service.



Thème 2 : Informatique et efficience



Les systèmes d'information de la Sécurité sociale : stratégie, efficacité, investissement

Annie Henrion et Laurent Lenière

Direction de la Sécurité sociale, sous-direction de la gestion et des systèmes d'information

Les activités de recouvrement des cotisations et de service des prestations par les Caisses de Sécurité sociale sont irriguées depuis deux décennies par les Systèmes d'Information (SI) des organismes de Sécurité sociale et plus largement, par les échanges d'information, aux SI des organismes de Protection sociale. La performance de la sphère sociale repose en grande partie sur les SI dont le périmètre englobe à la fois la fonction informatique, les fonctions support (ressources humaines, comptables et financières) et la dématérialisation des données et des processus « métier » et décisionnel.

Les SI sont devenus aujourd'hui incontournables et participent pleinement à la modernisation et à la transformation des organisations et des compétences, pour servir les trois objectifs majeurs que sont la qualité de service, l'efficacité des organismes et l'alignement stratégique aux politiques publiques de Sécurité sociale et de Protection sociale, de simplification et de lutte contre la fraude.

L'industrialisation des traitements s'est évidemment imposée aux organismes du Service public de la Sécurité sociale. Les conséquences sur l'efficacité des organismes ont souvent constitué un présupposé, largement vérifié il est vrai.

À l'heure où les solutions techniques continuent leur mutation permanente et où le montant des investissements dans ce domaine atteint des sommes particulièrement conséquentes dans un contexte budgétaire tendu, les gains d'efficacité constituent un déterminant crucial dans les priorités de développement des systèmes d'information. Les usagers se montrant de plus en plus exigeants sur la qualité du service rendu, la recherche de l'efficacité et non seulement de l'efficacité doit présider aux décisions d'investissement.

Si les systèmes d'information ont montré et prouvent chaque jour leur contribution à l'efficacité du Service public de la Sécurité sociale (1),

les investissements à venir dans les systèmes d'information doivent se construire autour d'une stratégie guidée par l'efficacité collective du Service public de la Sécurité sociale (II).



I. La contribution des SI à la performance du Service public et à l'efficacité des organismes

A. La qualité de service repose sur le développement de nouveaux services et plus globalement sur la dématérialisation

Les assurés sociaux et les bénéficiaires, les cotisants et les employeurs, les professionnels et les établissements de santé se sont approprié massivement les services en ligne et les échanges informatisés proposés par les branches Maladie, Famille, Retraite et Recouvrement :

- L'Assurance maladie reçoit plus d'un milliard de feuilles de soins électroniques par an qu'elle traite en moins d'une semaine dans plus de 90 % des cas pour rembourser les assurés et les professionnels de santé, soit une moyenne de 3,3 jours. Plus de 7 millions d'assurés ont ouvert un compte personnel en ligne sur www.ameli.fr pour simplifier leurs démarches, plus de 250 000 professionnels de santé utilisent les services « ameli pro ». En 2010, des services de prévention, de suivi et de conseil sont proposés aux assurés souffrant du diabète (Sophia) ;
- sur les 12 millions de bénéficiaires de prestations familiales, 70 % utilisent les services en ligne soit 7,6 millions. Le téléservice le plus utilisé est la simulation de l'allocation logement à hauteur de 24 millions effectuées en 2010 ;
- la branche Retraite comptabilise 4,5 millions d'assurés inscrits sur le site pour bénéficier non seulement du portail d'information mais aussi de services en ligne, notamment le relevé de carrière électronique ;
- les entreprises télédéclarent les DADS (Déclarations Automatisées des Données Sociales) à hauteur de 99,6 % et opèrent par télépaiement à hauteur de 88,4 % ;
- le régime agricole propose 55 téléservices en matière d'Assurance maladie, de prestations familiales et de retraite.

L'efficacité de la Sécurité sociale se retrouve également dans les premiers services ouverts sur le portail « mon.service-public.fr » réalisé par la Direction Générale de la Modernisation de l'État (DGME). La CNAMTS,



la CNAF, la CNAV, la MSA et le RSI y proposent les démarches les plus fréquentes et fédèrent les identifications et les dossiers personnels des assurés.

Dans tous ces domaines, les gains en efficacité s'avèrent indéniables. Le coût d'une feuille de soins électronique est environ 6,5 fois moindre que celle d'une feuille de soins papier. L'utilisation des sites Internet et particulièrement des téléprocédures a pour double vertu de réduire le flux de contact et d'alléger les tâches de saisie des organismes. Les démarches proactives portées par le GIP info retraite doivent minimiser les travaux de reconstitution de carrière en la veille de la retraite. Dans tous les cas, les SI contribuent en grande partie à l'efficacité globale du Service public de la Sécurité sociale.

Cependant, les systèmes d'information se doivent encore de progresser pour répondre aux enjeux de la relation de service de demain. Il s'agit notamment d'être en capacité de simplifier de bout en bout les démarches, de créer des services répondant aux événements de vie et de conjuguer les différents usages : que ce soit au guichet ou par l'intermédiaire d'un visio guichet, comme par téléphone ou smartphone, par messagerie, sur Internet ou sur une borne multiservices.

Dans ce domaine, des actions commencent à être déployées en développant la démarche d'efficacité sur des outils informatiques déjà largement implantés mais dont tous les aspects fonctionnels n'ont pas encore tous été exploités. À titre d'exemple, la mesure RGPP « décès d'un proche » s'appuie pleinement sur le potentiel du Système National de Gestion des Identifiants (SNGI) géré par la CNAV : en travaillant étroitement avec les mairies pour que l'information du décès certifié soit plus rapidement reportée au SNGI, l'utilisateur n'aura souvent plus de pièce justificative à fournir et, dès décembre, il pourra par Internet savoir si le décès est déjà connu et quels sont les organismes qui ont déjà pris en compte cette information.

B. L'efficacité des organismes repose pour une partie importante sur la capacité des SI à porter l'évolution des politiques publiques

Pour la modernisation des organismes, les SI prennent en charge les fonctions support de gestion des ressources humaines et de gestion comptable et financière, les fonctions de communication et d'archivage internes au niveau national et dans le réseau des Caisses locales, et,

pour les directions générales, les fonctions décisionnelles et de gestion des risques.

L'évolution la plus marquante exigée des SI est liée à leur adaptation aux nouvelles mesures législatives et réglementaires qui nécessitent un alignement stratégique permanent aux politiques publiques. Récemment ont été ainsi mises en œuvre les applications dédiées au RSA dans le secteur des prestations familiales, aux franchises de l'Assurance maladie, à la revalorisation des pensions de réversion et du minimum contributif de retraite, à l'Interlocuteur Social Unique (ISU) pour les cotisations du régime social des indépendants.



Mais les architectures vieillissantes sur lesquelles reposent traitements et calculs rendent de plus en plus difficiles ces évolutions d'autant que les SI sont composés de grandes applications monolithiques peu souples. Une première génération d'urbanisation a été lancée en 2006 pour rendre plus agiles les systèmes au moyen de référentiels de données des assurés et des cotisants, tels que le RFI (branche Maladie) et le RNB (branche Famille).

En parallèle de ces travaux par organisme, une approche collégiale et transversale a été développée par la direction de la Sécurité sociale pour mettre en œuvre des projets communs nécessaires à l'évolution des SI ainsi qu'au renforcement de la performance du Service public social. L'ensemble des Caisses ont participé à ces chantiers transverses qui ont permis de mettre en place :

- des référentiels : le SNGI gère les identifiants (NIR) des bénéficiaires de la Sécurité sociale, et, adossés au SNGI d'une part, le RNIAM gère le rattachement des assurés aux Caisses des régimes d'Assurance maladie ce qui facilite les mutations, d'autre part, le RNCPS agrège l'ensemble des prestations servies en matière de Protection sociale ;
- des infrastructures et des systèmes mutualisés d'Assurance maladie : d'une part, l'infrastructure sécurisée Sesam-Vitale qui assure les flux de remboursement et la production des cartes Vitale et d'autre part, l'adossement des systèmes d'information de régimes spéciaux sur celui de l'Assurance maladie ;
- des services : le droit à l'information retraite qui regroupe les données des Caisses de retraite obligatoire pour produire les Relevés Individuels de Situation (RIS) et les Estimations Individuelles Globales (EIG) des futurs retraités, le bouquet de service de Net-entreprises qui simplifie les déclarations des entreprises ou de leurs mandataires ;



- des échanges : entre la sphère sociale et la sphère fiscale pour les déclarations de revenus préremplies, les contrôles de revenus et de résidence ;
- un standard d'interopérabilité : InterOps, conforme au référentiel général d'interopérabilité, est utilisé depuis 2007 pour sécuriser l'ensemble des échanges.

Outre la rupture technologique qu'il faudra assumer à moyen terme, la prochaine étape du renforcement de l'efficacité des SI est celle d'un alignement stratégique plus rapide aux politiques publiques de Sécurité sociale, de simplification et de lutte contre la fraude ; ce qui sous-tend l'efficacité des organismes eux-mêmes. Cela suppose de se doter d'une gouvernance accrue des données et des services transverses, d'assurer la convergence et la mutualisation des systèmes pour masquer la complexité aux usagers, et de garantir l'interopérabilité et la sécurité de l'ensemble du dispositif dans ses échanges avec les autres sphères.

C. L'évolution des SI appelle une stratégie adaptée d'évolution des compétences et une capacité accrue de développement et d'investissement

L'ensemble du fonctionnement des SI et des projets d'évolution repose sur les équipes de maîtrise d'œuvre et de maîtrise d'ouvrage métier des organismes pour lesquelles le développement des compétences est crucial, organisé aujourd'hui par organisme au travers de formations internes et externes ainsi que par les transferts de compétences des sociétés de service, titulaires des marchés.

Pour répondre aux perspectives communes d'évolution des SI et se donner les moyens de réussir, il est absolument nécessaire de partager une stratégie de développement des compétences de maîtrise d'œuvre et de maîtrise d'ouvrage pour impulser ensuite une dynamique de parcours professionnels intra et interbranches et rendre le secteur attractif.

Quant aux moyens financiers consacrés aux SI de la Sécurité sociale, ils sont définis au travers des COG (Conventions d'Objectifs et de Gestion) et font l'objet chaque année d'une étude comparative de performance liée aux coûts informatiques du régime général, du régime agricole, du régime social des indépendants et de huit régimes spéciaux. Les dépenses informatiques, y compris les ressources humaines, s'élèvent en 2009 à 1,324 milliard par an, soit en moyenne 11,41 % du fonctionnement global



des organismes. L'analyse des coûts informatiques des principales Caisses nationales révèle en moyenne une répartition à hauteur de 34 % pour le développement et 66 % de fonctionnement récurrent dont 31 % pour l'exploitation, 29 % pour le support aux utilisateurs et 6 % pour l'éditique.

Cependant ces moyennes ne sont pas représentatives de la capacité de développement des différents métiers dans la mesure où les rénovations engagées par les organismes ne sont pas programmées sur des périodes similaires. En revanche, la réorganisation de la fonction informatique de la plupart des organismes s'engage aujourd'hui avec l'objectif de garantir une meilleure capacité de production et de développement pour les prochaines années.

Pour se donner les moyens de réussir un plan d'action commun et retrouver une capacité d'investissement durant cette période de restriction des budgets, le dispositif vertueux qui permet, au niveau des organismes, de réinvestir les économies générées sur les dépenses de fonctionnement et les actions de mutualisation doit être étendu au niveau transversal pour la modernisation des systèmes d'information communs.

D. La gouvernance des systèmes d'information

Gage également d'efficience, la gouvernance des SI des organismes de Sécurité sociale est exercée dans le cadre des conventions d'objectifs et de gestion que les organismes signent tous les quatre ans avec l'État. Le volet SI des COG fait ensuite l'objet d'un schéma directeur que l'État doit formellement approuver.

Pour compléter ce pilotage par organisme, la direction de la Sécurité sociale a mis en place progressivement des groupes de travail transverses qui facilitent l'avancement des projets communs : benchmarking de la performance informatique, téléphonie sur IP, bornes multiservices et visio-guichets, droit et dématérialisation, gestion homogène des droits des assurés, GRH et compétences informatiques. Des comités de pilotage ont également été mis en place pour l'interopérabilité et le renforcement de la sécurité des systèmes d'information ainsi que le projet de Répertoire National Commun de Protection Sociale (RNCPS).

En outre, des groupements – tels que le GIE Sesam-Vitale, le GIP MDS et le GIP InfoRetraite – ont été créés pour porter de manière partagée des projets transverses majeurs (carte Vitale et feuille de soins électronique,



portail des déclarations sociales pour les entreprises, droit à l'information des assurés sur leur retraite). De même, de nombreux projets se sont mis en place entre les organismes pour répondre aux évolutions réglementaires et au déploiement de la dématérialisation.

Un Club des DSI de la Protection sociale est réuni régulièrement par le directeur de la Sécurité sociale pour échanger les expériences et lancer de nouveaux projets, dont le projet de plan stratégique global initié en 2010.

Pour l'État, l'objectif majeur est de renforcer, au moyen d'un plan stratégique de moyen terme, la gouvernance inter-branches et interrégimes des SI de Sécurité sociale et de Protection sociale ; une première version a été adoptée en janvier 2011. Ce renforcement se concrétise par l'élaboration d'un schéma directeur stratégique (plan stratégique et plan d'action y afférent) qui a vocation à compléter les schémas directeurs des organismes, l'adoption de référentiels de pilotage communs, l'organisation et la sécurité juridique de la dématérialisation en adéquation avec les principes de maîtrise des risques et de certification des comptes.

Une instance de pilotage au plus haut niveau sera mise en place à l'automne 2011 pour décider des axes stratégiques transversaux et de leur évolution, de l'organisation et de l'avancement des travaux communautaires, qui s'inscrivent dans le cadre de la revue générale des politiques publiques (programme 512 RGPP 2).

II. Les composantes de la stratégie de transformation des SI, au service de l'efficience

Sur ces bases déjà solides, la direction de la Sécurité sociale approfondit son rôle de synthèse et de pilotage aux côtés des Caisses nationales. Là où l'efficience a été un postulat, les arbitrages à venir sur les systèmes d'information doivent pleinement l'intégrer comme une des composantes des orientations stratégiques d'investissement. Si elle ne constitue bien évidemment pas le seul élément d'arbitrage, elle doit en former une part déterminante.

La convergence d'analyse des besoins, tant de court terme que de moyen et long termes, doit précéder tout arbitrage stratégique qui emportera non seulement des investissements colossaux à l'échelle de la Sécurité



sociale mais aussi des dépenses structurantes en fonctionnement et maintenance. Les gains et les coûts induits sur les utilisateurs métiers et les usagers doivent également entrer en compte pour le calibrage des investissements.

Pour ce faire, la direction de la Sécurité sociale propose une grille d'analyse et de décision pour accompagner les organismes de Protection sociale dans leurs choix transversaux.

A. Un schéma directeur stratégique pour renforcer la gouvernance des SI

Pour compléter les COG et les SDSI par organismes, un schéma directeur stratégique sera élaboré en 2012 pour décliner un plan d'action interbranches et interrégimes organisant en cohérence le développement des projets. Une révision annuelle permettra d'intégrer les nouvelles mesures et les projets y afférent.

En terme de pilotage, pour répondre aux recommandations de la Cour des comptes, la méthode internationale COBIT est retenue, notamment ses indicateurs de pilotage et d'évaluation permettant à l'État et aux organismes de mettre en place un dispositif commun de mesure de l'efficacité et des différentes cibles à atteindre. Pour l'arbitrage et la priorisation des projets, la méthode interministérielle MAREVA sera applicable. L'idée d'introduire dès l'étude d'impact du projet informatique une analyse coûts/avantages/retour sur investissement qui fera l'objet d'une évaluation ex post doit devenir systématique. Pour la gestion des risques relatifs à la maîtrise des projets, un dispositif de mutualisation des bonnes pratiques sera mis en ligne pour les organismes.

Pour assurer l'organisation et la sécurité juridique de la dématérialisation, seront mis en place :

- un dispositif formalisé d'évaluation des impacts législatifs et réglementaires sur les SI ;
- des règles communes d'organisation des échanges dématérialisés entre organismes et avec les assurés, intégrant des dispositifs relatifs aux pièces justificatives. Cette organisation sera fixée par circulaire et sera diffusée aux organismes dès 2011 ;
- un mode opératoire commun des procédures d'identification des assurés sera formalisé dans une circulaire (dite « circulaire identification »), complétant ainsi le décret RNCPS et la disposition législative (LFSS 2011 relative aux pièces justifiant de l'identité des assurés) ;



- une déclinaison du RGS (Référentiel Général de Sécurité) permettant de définir les niveaux communs de sécurité des services de confiance en fonction de la sensibilité des données traitées.

B. Des SI rénovés pour répondre aux enjeux de la relation de service de demain

1. Des démarches en ligne de bout en bout par événement de vie

Pour proposer des services pertinents qui simplifient les démarches des assurés, des employeurs et des acteurs de la santé, il est nécessaire au préalable de procéder à une urbanisation globale des données et des processus transverses permettant de choisir :

- Les services par événements de vie pour l'assuré, par exemple : naissance, garderie, scolarité, logement, changement d'adresse, changement d'état civil (mariage, Pacs, divorce, séparation), travail (cessation et reprise d'activité, changement de statut, d'employeur), retraite, dépendance, décès.
- Pour l'entreprise, par exemple : création d'entreprise, embauches, déclarations sociales, changement d'adresse, changement de statut, cessation d'activité, ...
- Pour les professionnels de santé et les établissements de santé, en interrégimes, par exemple : simplification des démarches médico-administratives et services de facturation en ligne, permettant une plus grande cohérence avec les logiciels de gestion des patients et le dossier médical personnel.

2. Des services adaptés à l'évolution des usages

Le principe d'une offre de service multicanal est d'ores et déjà ciblé par chaque organisme. Les SI doivent progressivement irriguer les guichets d'accueil, les plateformes téléphoniques, les messageries mobile et Internet, les téléservices web et les bornes multiservices.

Pour optimiser cette irrigation déjà prévue par les organismes, l'enjeu est de réaliser les arbitrages nécessaires pour développer des solutions performantes qui offrent le meilleur ratio efficacité usager/coût organisme. À ce titre, les choix informatiques doivent être facilités et justifiés par une connaissance qualitative des comportements des usagers. Si l'on constate généralement qu'il n'y a pas substitution des canaux de contact, les dysfonctionnements ou retards dans le traitement des dossiers engendrent une croissance du nombre de contacts.



L'enjeu est donc de prendre en compte d'emblée cet objectif de maîtrise des flux, que ce soit dans la relation client ou dans la capacité des outils métiers à simplifier le traitement des dossiers pour un examen plus rapide, plus complet et plus juste dès la première intervention des techniciens.

3. Des pièces justificatives délivrées une seule fois pour l'ensemble des démarches

L'article 4 de la loi de simplification et d'amélioration de la qualité du droit, promulguée en mai 2011, initiée par le député Jean-Luc Warsmann prévoit que les usagers particuliers et professionnels ne délivrent qu'une seule fois les pièces justificatives demandées par les autorités administratives, dont les organismes sociaux. Une sphère de confiance entre organismes de Sécurité sociale et de Protection sociale doit être organisée pour permettre cette mesure de simplification qui concerne principalement les assurés, les cotisants et les professionnels de santé.

Les travaux à conduire dans ce domaine seront donc particulièrement structurants. La recherche de l'efficacité dans les échanges à construire présidera aux options à retenir conjointement afin de préserver les ressources des organismes.

4. Des services personnalisés de confiance

L'enrichissement des comptes personnels (compte assuré, compte professionnel), l'extension de l'usage de la carte Vitale sur les bornes multiservices de Sécurité sociale et les services sensibles en ligne, la cohérence des dispositifs d'authentification et de signature électronique seront étudiés prioritairement.

5. Un accompagnement attentif et réactif pour une relation durable

Les efforts entrepris depuis plusieurs années seront poursuivis pour optimiser l'accompagnement des démarches en ligne, les réclamations, la gestion renforcée des contacts avec une amélioration du système d'information dont dispose l'agent d'accueil et le technicien pour intervenir sur le compte de l'assuré ou du cotisant et délivrer un conseil personnalisé.

Dans le même état d'esprit, la direction de la Sécurité sociale a entamé avec les organismes des travaux de fond pour améliorer les mutations de dossiers, souvent sources de profonds désagréments pour les usagers, soit par la lourdeur des documents à fournir, soit parce que



certains dysfonctionnements mettent à mal leurs droits. Le système d'information est bien souvent le support de solutions standardisées, qui permettent d'harmoniser de bonnes pratiques, au meilleur coût. L'enjeu de l'efficacité est en cette matière de permettre à chacun d'accéder à un niveau élevé de performance grâce à des solutions efficaces.

C. Des SI rénovés pour optimiser l'efficacité des organismes et de la sphère sociale

1. La gouvernance des données et des services transverses à la sphère sociale

Il s'agit d'un objectif essentiel pour l'alignement fiable et rapide des SI aux politiques publiques ainsi qu'à la gestion efficace des organismes. Concrètement, cet objectif se réalise avec une urbanisation des données communes et des grands processus qui traversent les organismes pour simplifier les démarches et lutter contre la fraude.

2. L'interopérabilité et la sécurité des échanges

La déclinaison de la politique nationale d'interopérabilité et de sécurité des SI porte sur l'évolution du standard InterOps (conçu pour des échanges bilatéraux) pour permettre un passage de relais sécurisé entre plusieurs organismes et la définition d'une politique commune de sécurité entre organismes et avec les usagers particuliers et professionnels.

3. La convergence des SI

Pour pallier la dispersion des systèmes d'information, l'objectif est d'en renforcer la cohérence par une politique de convergence fondée sur des pôles de compétences interbranches et interrégimes :

- pour le recouvrement : référentiel des employeurs, déclaration sociale nominative ;
- pour l'Assurance maladie : rénovation de la facturation en ligne ;
- pour la retraite : répertoire national des carrières ;
- pour la famille : dispositif d'échange avec les conseils généraux ; en articulation avec les organismes complémentaires pour les branches Maladie et Retraite.



4. Des services mutualisés

Le développement de services mutualisés doit être renforcé pour générer des économies d'échelle et capitaliser les connaissances et les savoir-faire. Les projets phare proposés sont :

- la création d'un service d'échanges sécurisés avec l'utilisation par l'ensemble des organismes de la plateforme RNCPS pour échanger des données, des dossiers et pièces justificatives (loi Warsmann sur la simplification du droit) ;
- l'extension du portail d'accès EOPS aux SI des autres administrations (AGDREF, FICOBA, ...) ;
- la création d'une plateforme de mutualisation des logiciels libres, des études et des bonnes pratiques en matière de pilotage des projets et de maîtrise des risques.

5. Les contrôles et la lutte contre la fraude

Outre les échanges dématérialisés qui ont pour finalité les contrôles et la lutte contre la fraude, d'autres axes de progrès sont nécessaires :

- des modalités communes d'identification pour les assurés (SNGI et référentiels individus par Caisse) et pour les cotisants (un seul référentiel) ;
- des référentiels de signalements et de redressements par Caisse ;
- des bases de données statistiques pour l'aide à la décision de l'État et des organismes ;
- des échanges sur les pratiques techniques : Datamining, ...

D. Une stratégie partagée de développement des compétences

1. Les fondamentaux d'une GRH interbranches

En partenariat avec l'UCANSS, il s'agit de faire évoluer le référentiel des compétences clés des Maîtrises d'Ouvrage (MOA) et des Maîtrises d'Œuvre (MOE) en prenant appui sur les travaux du CIGREF ; de décliner en conséquence le fonctionnement des listes d'aptitude ; de mettre en place un forum spécifique permettant de faciliter et de favoriser la mobilité pour renforcer les compétences de chacun tout en favorisant les expériences vécues lors des projets de transformation liés aux SI.



2. Une stratégie commune de développement des compétences MOA et MOE

En prenant appui sur le nouveau référentiel des compétences clés MOA MOE, des parcours professionnels intrabranche et interbranches seront mis en place, y compris pour les seniors et les fins de carrière.

Une politique de communication commune sera définie pour mettre en valeur les métiers MOA et MOE de la Sécurité sociale.

E. Une capacité de développement et d'investissement

1. Une politique d'ensemble de l'organisation de la fonction informatique

L'impulsion donnée par les COG et les SDSI des organismes favorise la réorganisation de la fonction informatique. Cette modernisation en cours dans la plupart des organismes doit, pour l'ensemble de la sphère sociale, se traduire par une capacité accrue de développement et d'investissement :

- la concentration des centres de production ;
- l'organisation de pôles de développement ;
- le rôle des informaticiens des Caisses locales dans le développement national.

2. Des économies d'échelle

Outre la mutualisation des études et des produits Open source, l'objectif est :

- de mieux structurer la force d'achat de la sphère sociale vis-à-vis des industriels en regroupant les achats informatiques par exemple des matériels (serveurs, postes de travail, bornes, ...) et des licences logiciels ;
- d'adopter des dispositifs de virtualisation de serveurs d'application qui réduisent très fortement les coûts de fonctionnement.

3. Le développement durable

Le développement durable fait l'objet d'un programme mis en œuvre par chaque organisme, cependant il ne comporte pas de volet informatique (Green IT). L'objectif est de mettre en place une politique commune qui permette notamment :

- de réduire les consommations énergétiques de la bureautique, des serveurs et des centres informatiques ;
- d'agir sur l'achat et sur la fin de vie des équipements informatiques.



Pour assumer, selon les cas, la rupture technologique ou le changement progressif de technologie ainsi que les travaux très conséquents d'évolution des systèmes d'information à mener durant la période 2011-2017, il sera nécessaire de préserver les budgets dédiés aux développements des SI, notamment en réinvestissant dans les nouveaux projets, les économies réalisées par la mutualisation des infrastructures techniques, des groupements d'achats et la virtualisation des serveurs.

Mais l'investissement pour une meilleure efficacité des SI et des organismes n'est pas que du ressort de la technique informatique, il concerne également l'enrichissement des compétences et des expériences liées à la capacité accrue dans les domaines organisationnels et décisionnels qu'il sera utile à l'avenir de mesurer par un rapprochement des études comparatives de la performance informatique et de la performance métier.

La mise en cohérence des stratégies d'investissement dans les systèmes d'information se trouve donc au cœur de l'avenir du Service public de la Sécurité sociale. Là où plusieurs opérateurs travaillent, une seule stratégie doit guider tous les acteurs pour un service de qualité homogène au meilleur coût au service des usagers.



Thème 3 : Informatique et contrôles



Un système d'information au service de la lutte contre la fraude ?

Vincent Ravoux

Directeur général de l'URSSAF de Paris – région parisienne¹

Yves Rebouillat

Directeur de l'organisation

Avant-propos

Les contrôles auxquels se livrent depuis toujours les URSSAF reposent sur l'idée sans cesse mise en avant qu'ils constituent la contrepartie d'un système déclaratif attendant de l'employeur, le cotisant, qu'il calcule lui-même la créance que l'URSSAF détient sur lui en matière de cotisations sociales dès lors qu'il verse des salaires et dont il doit se libérer en même temps qu'il la déclare.

À l'employeur de déterminer – en toute connaissance de cause : le droit est réputé connu – les rémunérations et avantages accordés à son personnel soumis à cotisations et les situations de ses salariés au regard des dispositifs mis en place – pluralité des taux de contribution, des bénéficiaires de la collecte sociale et multiplication des mesures spécifiques prises en faveur de l'emploi.

Les URSSAF exercent une vérification *a posteriori* de la bonne application du droit permettant d'établir le degré d'exactitude de la déclaration et du paiement au bénéfice d'un pan considérable de la Protection sociale.

Il arrive assez fréquemment qu'à l'occasion de ce contrôle, les inspecteurs du recouvrement statuent différemment de l'employeur, sur le périmètre de l'assiette sociale déclarée, sur l'application de telle mesure d'exonération de charges. Ils le font en notifiant des redressements débiteurs mais aussi des corrections créditrices au bénéfice du cotisant.

Pour autant, la chronique des redressements débiteurs ne se confond pas avec la mise en exergue de fraudes avérées : la complexité de la



législation et de la réglementation sociales est à l'origine de bien des difficultés à ajuster sa pratique déclarative au droit en vigueur au jour « J ».

Que des juristes-conseils ou d'entreprise cherchent à faire en sorte que le client ou l'employeur ne paie de cotisations sociales que celles que le droit l'oblige à acquitter est légitime, juste, y compris au risque que ses positions soient contredites par les URSSAF et les juridictions qui statuent en ce domaine.

Néanmoins, d'autres employeurs adoptent des attitudes, des techniques d'évitement de la charge de solidarité sociale, ni légitimes ni justes².

Ils le font, soit au moyen de mécanismes d'optimisation que permet, à tel instant, l'état du droit positif soit, ni plus ni moins, en contrevenant en toute conscience aux règles, c'est à dire en fraudant.

Les techniques d'optimisation sont repérables – pour qui veut bien regarder –, elles sont bien différentes des interprétations divergentes ou erronées du droit social en ce qu'il y a dans leur mise en œuvre, volonté de l'employeur de se soustraire à ses obligations sociales et citoyennes en s'appuyant sur des dispositions juridiques qui aboutissent à une minoration significative de l'assiette des cotisations sociales³, en violant l'esprit des textes.

Quant à la fraude établie sans ambiguïté, les URSSAF la traquent explicitement et activement au cours de leur lutte contre le travail illégal en se rendant sur les lieux d'exercice supposés de l'activité frauduleuse. Les fraudeurs pourchassés sont ceux qui dissimulent le travail effectué en ne déclarant pas leurs employés, voire en ne déclarant pas la totalité des salaires versés, des heures travaillées. Cette activité de plus en plus importante des URSSAF, menée en partenariat avec les forces de police, de gendarmerie ou des douanes, parfois avec retentissement médiatique, sont appréciées des acteurs du tissu économique local qui y voient des garanties de sécurité économique et d'équité pour les entreprises dans le jeu du principe de concurrence d'une part et de sécurité des personnes physiques dans l'accès à leurs droits à la couverture sociale commune d'autre part.

2. ...Voire, répréhensible dans le domaine particulier de l'abus de droit, entendu comme la volonté d'éluider ou d'atténuer les charges fiscales ou sociales qu'une personne aurait dû normalement supporter eu égard à sa situation et à ses activités réelles.

3. L'URSSAF de Paris - région parisienne s'emploie à dénoncer régulièrement – dans un rapport annuel – les mécanismes d'optimisation et formule, aussi régulièrement, des solutions juridiques auprès de ses relais institutionnels pour faire évoluer les dispositifs législatifs et réglementaires quand ils permettent les phénomènes d'évasion sociale.



Pour autant, la fraude ne se réduit pas au travail illégal ainsi mis à jour (ou non), l'évaluation de l'ampleur de celle-ci est difficile, n'étant ni aisée à débusquer, ni même à caractériser.

Que manque-t-il aux URSSAF pour « passer à la vitesse supérieure » **(I)** et quelles sont les initiatives récemment prises pour aller de l'avant **(II)** ? Nous dirons en conclusion si les URSSAF ont une chance de combattre un jour « à armes égales » ce fléau qui coûte chaque année, plusieurs milliards d'euros⁴ à la collectivité nationale.

I. Comment mieux cerner la fraude pour mieux la combattre ?

Chacun détient quelques idées de la manière dont il faudrait s'y prendre pour contrer la fraude et, derrière celles-ci, souvent de manière sous-jacente, des valeurs et des choix techniques s'expriment. Pédagogie / répression et simplification / outillage, les catégories de leviers sont connues, il restera toujours à mettre en œuvre des plans d'actions concrets et efficaces, actualisés au fil de l'eau parce que la fraude sait contourner les obstacles mis sur sa route en moins de temps qu'il n'en faut aux grandes institutions pour imaginer et construire de nouvelles parades.

Nous ne formulerons pas ici un système complet de recommandations, mais nous passerons en courtes revues trois éléments : d'abord un contexte a longtemps prévalu qui a peut-être retardé la branche du recouvrement dans la mise en place d'outils robustes de lutte contre la fraude, puis, deux initiatives fortes prises par l'ACOSS pour aller résolument de l'avant.

A. Un obstacle culturel qui se lève

Les démarches engagées par les URSSAF en matière de surveillance de la bonne application des règles de droit, sont marquées... – ce n'est pas qu'une tautologie – par le cadre juridique dans lequel elles s'inscrivent et la culture juridique forte qui lui est associée et dont les acteurs en URSSAF sont profondément imprégnés.

Qu'est-ce à dire ?

4. Les Pouvoirs publics et leurs relais médiatiques estiment que la fraude fiscale et sociale pèse entre 30 et 40 milliards d'euros dont un tiers pour la seule Protection sociale obligatoire.



Le cotisant contrôlé⁵, l'employeur, est d'abord depuis toujours, une entité juridique, une entreprise : une société anonyme, l'une ou l'autre des différentes sociétés par actions, une SARL, une EURL, une EURL, une SNC. La détermination de l'assiette sociale, l'application de mesures d'allègement ou d'exonération procèdent de la mise en jeu de dispositifs techniques juridiques souvent complexes et si l'entité juridique s'applique les règles avantageusement, le bénéficiaire, l'entreprise est une « abstraction ». Quand de cette application naît un désaccord entre l'entreprise et l'URSSAF, deux entités abstraites, celles-ci esteront en justice devant une autre entité abstraite aux codes et procédures réservés aux initiés, qui à un moment, dira le droit en dernier ressort après un parcours plus ou moins long. Les audiences devant les tribunaux sont publiques, mais elles n'attirent pas les curieux comme les procès correctionnels intentés à l'encontre des auteurs de « faits divers ».

Tout se passe comme si les entités étaient d'une certaine façon désincarnées. On ne distingue pas clairement derrière celles-ci, ni les hommes ni leurs intentions.

Abuser le « recouvrement social » est indubitablement moins lisible en première lecture que voler, au moyen d'une fausse déclaration, une prestation « maladie », une allocation familiale, une rente « accident du travail », une pension de retraite, une allocation « chômage ». Là, de manière communément perçue, le fraudeur c'est l'individu bénéficiaire ; dans le cas du recouvrement, l'entreprise est impersonnelle⁶.

Cette abstraction brouille cette vérité : les entités juridiques ne fraudent pas, ce sont les personnes physiques placées à leur tête qui trichent, des individus à la recherche d'avantages personnels et pécuniaires.

Cette vision déformée a une conséquence : le système d'information des URSSAF – le SNV2 – a ignoré jusqu'à ce jour les individus en charge de la gestion des entités qui doivent cotiser, comme leur Numéro National d'Identification personnel (NNI) qui les distinguerait⁷. Ainsi, pour le SNV2, l'entité juridique est constituée par le seul établissement : son dirigeant, s'il n'est pas gérant majoritaire (immatriculé en tant que travailleur indépendant),

5. Le cotisant du régime général le plus souvent.

6. Il en va un peu différemment s'agissant des travailleurs indépendants : le gérant majoritaire, travailleur indépendant, est susceptible de devoir personnellement des cotisations sociales, il est connu dans le système d'information mais par son SIRET et non par son NNI. Et puis, s'il ne s'acquitte pas de toutes ses obligations sociales ou fiscales, l'opinion répandue y verra plus des « arrangements » qu'une fraude caractérisée. La compliance dans ce domaine n'est jamais spontanée.

7. La CNIL n'y est pour rien : elle autorise les dossiers bien faits.



« n'existe pas » pour le système. Or, c'est sous couvert de ces entités que des fraudes résultant de visées personnelles s'exercent.

Le SNV2, dans sa fonction de comptabilité auxiliaire, connaît les comptes des cotisants enregistrant les mouvements de cotisations et de contributions sociales dues puis acquittées. Ces comptes comportent des caractéristiques « administratives » qui les identifient unitairement :

- n° de compte ;
- raison sociale ;
- n° SIRET, n° SIREN ;
- adresses du risque professionnel et adresse de correspondance ;
- catégorie (régime général, travailleur indépendant, etc.) ;
- code NAF d'activité ;
- nombre de salariés.

... Rien de plus : les personnes dirigeantes sont ignorées.

Si la révolution culturelle vers la prise en compte de l'individu gestionnaire a bien commencé, son achèvement n'est pas la condition de tout : des mesures sont d'ores et déjà prises.

B. Capitaliser la connaissance de la fraude

L'ACOSS cherche, tout à la fois, à mieux évaluer l'ampleur de la fraude et à mieux la débusquer. Or, si des irrégularités en grand nombre sont connues – on compte régulièrement au cours d'une année de contrôle plus de cinquante types de redressements –, toutes, n'ont pas pour origine la volonté de frauder.

L'ACOSS rappelle dans une lettre collective à l'attention des URSSAF que la fraude se définit comme « *la soustraction par le cotisant à tout ou partie de ses obligations déclaratives résultant d'une stratégie intentionnelle de minoration de ses déclarations sociales* ». Elle invite les URSSAF à construire un dispositif de comptabilisation de la fraude qui fasse bien le départ entre ce qui relève d'un fait intentionnel et ce qui constitue une irrégularité déclarative. Une meilleure connaissance de la réalité devrait, estime-t-elle, renforcer la qualité et le ciblage des plans de contrôle des URSSAF.

Le contrôle aléatoire des entreprises permettant l'extrapolation à toutes les entreprises d'une même classe d'effectif, constitue une modalité importante de ce dispositif d'évaluation. Un plan de lutte contre le travail



dissimulé reposera aussi sur une sélection aléatoire d'entreprises aux mêmes fins d'évaluation⁸.

L'ACOSS qualifie de fraudes, les « récidives » entendues comme la non-mise en conformité à la suite d'un précédent contrôle, la sous-évaluation d'accessoires du salaire, les minorations d'assiette et de taux de cotisations ainsi que l'ensemble des constats légaux de travail dissimulé. Nommer les choses n'est pas exactement les bien distinguer, mais nous verrons, il faut avancer.

L'examen sur place des éléments de paie et le croisement des déclarations des salariés (Déclarations Préalables À l'Embauche, Déclarations Annuelles des Données Sociales) et des déclarations des établissements (leur immatriculation, les cohérences entre bordereaux périodiques récapitulatifs des cotisations et tableaux récapitulatifs annuels) permettra, comme c'est déjà le cas de poser les diagnostics.

C. Construire le « Référentiel des entreprises et des individus » du recouvrement

Le Répertoire National Commun de la Protection Sociale a été voulu par la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2007 et créé par le décret du 16 décembre 2009. Répertoire nominatif détaillé il permettra l'accès par le NNI à toutes les informations individuelles détenues par les organismes de Protection sociale sur une même personne et notamment à celles relatives aux prestations sociales dont cette personne a bénéficié : allocations familiales, prestations maladie, allocations de chômage, pensions de retraite⁹.

8. Ne doivent pas être confondus les plans de contrôles dressés à des fins d'évaluation / extrapolation du montant de la fraude à un moment donné et les plans de contrôle pris en aval à des fins pratiques de lutte contre ce fléau suivis des notifications des redressements débiteurs et le cas échéant des poursuites à l'encontre des délinquants. Ces derniers plans doivent être ciblés et contenir une part d'incertitude dans la détection la plus faible possible.

9. Le répertoire comprend trois d'information :

Des données d'identification : l'état civil, les coordonnées géographiques, téléphoniques et électroniques déclarées par les assurés, allocataires ou retraités, le NIR. Ces données sont transmises par le SNGI (Service National de Gestion des Identités) géré par la CNAVTS.

Des données centralisées de rattachement (DCR) comportant, pour chaque personne, son identité, son NIR, les organismes auxquels un individu est ou a été rattaché, les dates de début et de fin de ces rattachements. Ces données sont transmises par chacun des organismes contributeurs et sont conservées dans une base adossée au SNGI.

Des données complémentaires de prestations (DCP) portant sur les prestations perçues, avec leurs dates d'effet, et l'adresse connue (adresse déclarée par le bénéficiaire pour le versement des prestations). Ces données sont conservées par les organismes contributeurs et accessibles via une solution Web développée par chaque organisme contributeur, articulé avec le RNCPS. Ces différentes informations seront conservées 5 ans, délai renouvelable indéfiniment tant que la personne reste assuré social.



La consultation de ce répertoire à des fins de contrôle renforcera de la lutte contre la fraude sociale.

Les travaux en cours engagés par les organismes prestataires (CNAF, CNAVTS, CNAMTS, ...) visant à mettre à disposition le Répertoire National sont bien avancés.

De manière parallèle, l'ACOSS développe un « Référentiel national des Entreprises et des Individus (REI) ». La construction de celui-ci constitue l'une des phases de la rénovation en cours des systèmes d'information de la branche du recouvrement. Le REI est destiné à regrouper l'ensemble des entités redevables de cotisations sociales ou susceptibles de l'être : entreprises, établissements, individus.

Sa constitution est conforme à l'esprit du RNCPS en ce sens qu'il capturera des éléments administratifs regroupés sous un identifiant commun permettant les rapprochements souhaités.

Pour que la convergence des deux répertoires soit totalement acquise, sa construction devra prendre en compte l'identité des dirigeants non cotisants en tant que personnes (cas des gérants non majoritaires ¹⁰). Ainsi, à l'identifiant majeur, le SIRET de la personne physique ou morale à partir duquel les autres données sont regroupées, doit être ajouté le NNI des dirigeants.

Les flux d'informations en provenance des Centres de Formalité des Entreprises – CFE (chambres de commerce, chambres des métiers, ...) relatives aux créations d'entreprises contiennent systématiquement l'identité du dirigeant ¹¹, qu'il soit minoritaire ou majoritaire, le NNI n'étant pas renseigné obligatoirement.

Les données nominatives des dirigeants transmises dans les liasses CFE, si elles étaient conservées durant toute la vie du compte, permettraient de retrouver l'intervention de telle ou telle personne en qualité de dirigeant dans l'histoire de l'entreprise.

La possibilité d'interroger la base SNV2 à partir d'un nom de dirigeant devrait ensuite permettre de retrouver toutes les entreprises dans lesquelles celui-ci est intervenu.

Pourraient également être enregistrés dans un fichier annexé au REI, les autres faits connus, tels :

- les jugements d'interdiction de gérer et de faillite personnelle transmis dans les fichiers d'informations légales ;

10. ... Considérés comme des salariés et donc non connus dans le SI du recouvrement.

11. ... Mais aussi des personnes physiques intervenant dans la gestion des entités créées : gérants, administrateurs, présidents, directeurs, conjoints collaborateurs...

- certains événements déterminants dans la vie de l'entreprise et dont la récurrence et la simultanéité avec d'autres événements peuvent révéler des comportements frauduleux (changement de dirigeant, d'adresse, déclaration de cessation d'activité ou fin d'emploi de personnel salarié...).



Ces événements sont présents dans les liasses EDI-CFE.

Le REI devra prévoir la possibilité d'intégrer tous les dirigeants, majoritaires ou non avec leur NNI¹², identifiant commun au RNCPS et au REI.

La convergence des deux répertoires permettra d'établir en permanence les liens de connivence entre les personnes : dirigeants d'entités juridiques / salariés / bénéficiaires de prestations. Il convient de s'en donner les moyens. Les grandes fraudes débusquées au cours des années 2000 ont fait la démonstration de ce type de montage.

Parallèlement à ces grands chantiers des initiatives renouvellent les démarches de détection de la fraude et de surveillance des auteurs d'infractions. Citons-en deux.

II. Deux initiatives de l'URSSAF de Paris - région parisienne

Les URSSAF déploient, elles aussi des dispositifs de lutte contre la fraude. Démarquées des démarches bien connues de lutte contre le travail illégal, ou moins connues comme la lutte contre la fraude sur Internet¹³, deux initiatives de l'URSSAF de Paris - région parisienne sont présentées ci-après.

A. Réduire encore la part du hasard dans la confection des plans de contrôle des entreprises¹⁴

L'URSSAF de Paris a fait le choix en partenariat avec l'Université de Paris Ouest (Nanterre-La Défense), l'École polytechnique et leur laboratoire respectif de mathématiques appliquées et de micro-économie de confier

12. Une disposition réglementaire devra être prise pour rendre sa mention obligatoire dans les actes de création d'entreprises.

13. L'ACOSS a confié à l'URSSAF de Paris - région parisienne la mission nationale de recherche de la fraude sur Internet qui a déjà donné des résultats probants.

14. Cf. note bas de page n° 8.



à un étudiant, la réalisation d'une thèse de doctorat relative à l'application aux URSSAF de techniques de détection de la fraude.

Les travaux menés depuis janvier 2010 et que le rapport de thèse décrira, devront conduire à détecter avec un niveau élevé de certitude que l'entreprise à contrôler ne s'acquitte pas de toutes les cotisations qu'elle doit (le tri entre l'intentionnel et l'irrégularité liée à la complexité du droit se faisant selon ce que l'ACOSS a prescrit). Ils devront établir que des modèles mathématiques déjà appliqués à d'autres domaines ou à parfaire, associés à une grande puissance de calcul procurent, à l'issue d'une sélection d'entités à contrôler, un rendement élevé de redressements.

Ces travaux s'appuient sur les données détenues par l'URSSAF de Paris et les contrôles déjà effectués. Données structurelles comme le secteur d'activité de l'entité, sa masse salariale, son effectif. Données conjoncturelles, comme ses déclarations de cotisations sur les derniers exercices. Les motifs redressements suite à contrôles croisés avec les caractéristiques des entreprises redressées.

La prise en compte, dans un second temps, de données économiques publiques (ratios de solvabilité, évolutions de la masse salariale, du chiffre d'affaires, ...) fournira des explications au contournement du droit et mettra en exergue un (des) modèle(s) sous-jacent(s) à la fraude, comme la difficulté à appliquer des normes complexes ou la facilité à optimiser la gestion de sa trésorerie sans grand risque du fait, par exemple du caractère non dissuasif des sanctions appliquées en cas de contournement ou d'insuffisance des diligences menées par l'URSSAF.

B. L'outil « Parades »¹⁵

L'URSSAF de Paris - région parisienne a développé un outil visant à exploiter les informations qu'elle détient dans ses bases ainsi que celles qui lui sont transmises par ses différents partenaires et fournisseurs d'informations légales.

Il s'agit de regrouper et croiser ces éléments afin :

- de repérer les événements entachant la vie des entreprises du fait de leurs dirigeants, tels les jugements de faillites personnelles et d'interdictions de gérer, les procès-verbaux de travail illégal, la fréquence des parcours judiciaires funestes au cotisant et au recouvrement, etc. ;

15. Prévention Adaptée au Risque d'Actions de Détournements et d'Évasion Sociale.



- de rechercher et analyser des événements survenus aux entreprises gérées par une même personne impliquée dans les événements précédents ;
- d'organiser un suivi particulier des dirigeants connus pour les empêcher de poursuivre leurs mésaventures ;
- de dégager des comportements type à partir des événements repérés.

Les profils déterminés dans la phase de modélisation permettront de rechercher dans les bases des comptes et des individus associés, des profils similaires aux modèles en vue d'un suivi personnalisé ayant notamment pour effet d'anticiper le déploiement des actions de surveillance et de contrôle, voire d'accélérer les parcours contentieux et judiciaires.

Certaines activités économiques se prêtent plus facilement que d'autres à des manœuvres illégales et si la probabilité de les débusquer est plus élevée dans telle activité que dans telle autre, en revanche, la prédiction d'une fraude est d'autant plus sûre que la connaissance du profil de l'acteur humain qui agit est précise.

Des modèles de comportement peuvent être mis à jour dès lors que le système d'information comporte un nombre suffisant d'enregistrements pour « raconter des histoires » individuelles. Ces histoires sont constituées des faits émaillant la vie d'un compte cotisant et des personnes physiques qui y sont associées.

Ces faits sont en partie enregistrés dans le SNV2 (parcours contentieux, procédures collectives, bordereaux déclaratifs néant, taxations provisionnelles, PSA). D'autres sont connus par le biais de consultations des annonces légales non enregistrées dans les bases d'informations des URSSAF (jugement de faillite personnelle, d'interdiction de gérer, transfert de siège social, modification des représentants, du nom du gérant, de l'activité...).

Des résultats étonnants ont déjà été mis à jour. Des personnes physiques condamnées plusieurs fois par les mêmes tribunaux parfois, à une interdiction d'exercer, et/ou déclarés faillis à plusieurs reprises, restent, au mépris des décisions de justice, à la tête de plusieurs entreprises (jusqu'à plusieurs dizaines) lesquelles, elles aussi, génèrent des dettes.

Ainsi, à titre d'exemple, il a été établi de manière empirique que certaines successions d'actions peuvent déboucher sur des conclusions judiciaires :

- changement de gérant ⇔ domiciliation ⇔ contraction de dettes ⇔ taxations d'office ⇔ issue judiciaire... ;
- liquidations successives ⇔ interdictions de gérer outrepassées ⇔ issue judiciaire...



À l'égard des personnes repérées, des actions de surveillance peuvent être déclenchées afin d'éviter les récidives et d'enrayer les processus frauduleux :

- contrôle sur place ;
- saisine des tribunaux ;
- information des procureurs aux fins d'engagement d'actions pénales ;
- refus de délivrance d'attestation de comptes connexes à jour ;
- information des partenaires...

Pour le développement de « Parades » et son expérimentation, l'URSSAF a demandé son autorisation préalable à la CNIL. Celle-ci lui a été accordée à l'issue de la présentation de la démarche devant l'assemblée plénière présidée par Alex Türk. À l'issue d'une période de deux années l'autorisation a été renouvelée et l'expérimentation étendue conformément à la demande de l'URSSAF de Paris - région parisienne.

En conclusion

Tout cela suffira-t-il ?

Des dispositifs se mettent en place. Première obligation de moyens respectée ; mais la capacité de la branche du recouvrement à mener le combat contre les fraudeurs sera jugée sur des résultats, lesquels sont également très dépendants de la propension qu'ont les fraudeurs à s'adapter au risque... de se faire prendre.

L'État donne des impulsions fortes à ce qui est devenu une grande cause nationale. Il a doté le pays en 2008 d'une Délégation nationale à la lutte contre la fraude. Les communications des ministres sur la fraude sociale se multiplient de sorte que l'opinion à son tour pourrait aussi bien basculer et voir dans la fraude qui coûte plusieurs milliards chaque année, du vol caractérisé et non l'illustration du typiquement français et non forcément sympathique « système D ».

L'État apporterait une contribution supplémentaire en procédant de manière déterminée à la simplification du droit social. Des dispositions simples et bien comprises faciliteraient les déclarations, élimineraient en grande partie l'erreur d'application si fréquente aujourd'hui et accéléreraient les contrôles.

Le renforcement de la sanction pénale financière de la personne combinée avec la mise en cause de ses droits civiques contribueraient à la dissuasion tandis que la création d'un Observatoire national de sa bonne

application dont la communication serait tournée vers le grand public compléterait l'édification de ce dernier.

Le rapprochement des fichiers de la Protection sociale de ceux de l'administration fiscale, voire d'autres fichiers sous accord de la CNIL – qui affiche sa volonté de ne pas constituer un obstacle à la lutte contre la fraude en autorisant les dossiers bien conçus – doit aussi être envisagé. La peur paranoïaque de la surveillance, à leur insu, des individus devrait pouvoir céder le pas devant la possibilité d'une élévation du niveau de la moralité publique d'une part et d'une plus juste contribution de tous au financement de la Protection sociale solidaire d'autre part.

L'expérience de l'URSSAF de Paris décrite plus haut a comme limite celle de son périmètre géographique de compétence dont pourraient se jouer les fraudeurs – et ils s'en joueront d'autant plus que la démarche sera connue et portera ses fruits. Seul un cadre national et inter-organismes – toutes les URSSAF, toutes les bases, des outils nationaux ouverts aux partenaires, aux services de l'État, aux collectivités territoriales – donnera à cette entreprise son efficacité optimale.





La problématique de la lutte contre la fraude et des croisements de fichiers

Article collectif - Ministère du Budget, des Comptes publics
et de la Fonction publique

Problématique

Les progrès considérables réalisés, au cours des 30 dernières années, concernant les moyens informatiques, ont conduit à des évolutions formidables et multiformes de notre société. Dans ce cadre, ces nouveaux outils ont été, de manière concomitante, un nouveau vecteur de la fraude. Ils ont permis de mener, parfois en plus grand nombre et à grande distance, des fraudes connues, en profitant parfois du manque d'expérience de la nuée de nouveaux utilisateurs, ou de généraliser la capacité à produire des faux documents. Ils ont permis également de nouvelles fraudes (comme le commerce sur Internet non déclaré). Les risques apportés par ce développement ont conduit, naturellement, à de nouvelles règles et contraintes pour essayer d'en avoir une utilisation sûre (gestion des droits pour éviter les fraudes internes, sécurisation pour éviter les hackers...).

Mais il est un aspect des usages permis par cet outil qui est parfois mal connu. Il s'agit de son apport également pour lutter contre les fraudes sociales.

La rapidité de circulation des informations et l'augmentation de la puissance des équipements permises depuis quelques années, ont conduit naturellement à une tendance vers la généralisation de fichiers nationaux, centralisant les informations de toutes les Caisses, et permettant ainsi un partage de connaissance des dossiers traités dans les différents départements. Cela peut aussi bien concerner une mutation, pour laquelle les indus encore non remboursés seront immédiatement connus, qu'une usurpation d'identité conduisant à essayer de créer plusieurs dossiers pour une même personne. Enfin le partage des informations sur la fraction des individus

identifiés comme ayant commis ou essayer de commettre des actes malhonnêtes, qui permet qu'une vigilance nationale ait lieu à leur encontre.



A. Un cadre légal

Les services de l'État et les organismes de Protection sociale disposent, ensemble, d'un volume important d'informations sur les redevables d'impôts ou de cotisations et les bénéficiaires des diverses prestations. Ces informations leurs sont en général remises à l'occasion de diverses déclarations et formalités des personnes physiques ou des entreprises. Ces informations, lorsqu'elles étaient uniquement sous forme papier, n'étaient échangeables qu'au cas par cas. Maintenant, l'informatisation dans des bases nationales, permet des échanges en masse, et rend possible d'y chercher une aiguille (le fraudeur) dans une meule de foin (l'ensemble de la population).

L'exploitation de ces informations pour lutter efficacement contre la fraude constitue un enjeu vu comme important par les services de l'État et les organismes. Cette meilleure exploitation est également capable d'apporter d'autres bénéfices (simplification des démarches administratives, amélioration de la qualité des fichiers...).

Mais, il ne semble pas possible d'évoquer un tel sujet sans citer la loi informatique et liberté. La loi n° 78-17 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés fixe un cadre dans lequel l'utilisation des informations personnelles doit être réalisée afin de veiller à être respectueux du droit à la vie privée. Il convient de noter que le droit de frauder ne fait pas partie de cette liberté fondamentale, et que l'égalité des citoyens devant les charges publiques est un des principes du plus haut niveau législatif français, puisqu'il est constitutionnel. Aussi la lutte contre la fraude est un motif légitime pour utiliser les fichiers, mais en respectant le cadre posé par cette loi.

Le cadre posé par la loi informatique et liberté peut paraître inutilement contraignant, il a en effet été bâti en réaction à un projet de l'administration (SAFARI) de mobiliser toutes ses informations, et également avec une phobie du NIR (ou n° SS) dont l'historique remontant à la période de la collaboration était assimilé par certains à un péché originel.

Mais une vigilance légitime d'une autorité (qui est la CNIL) doit exister sur les outils informatiques, même si ce n'est pas l'outil qui est dangereux, c'est l'utilisation qui peut en être faite par différentes personnes, par inadvertance ou par une volonté de nuisance. Aussi, autant éviter de fabriquer



des outils très dangereux, si des moins dangereux peuvent les remplacer, et sinon leur usage doit être surveillé (ce qui peut aller jusqu'à la destruction des fichiers à la simple demande de la CNIL).

La modification de 2004 de la loi n° 78-17, prenant en compte le fait que l'État avait besoin de davantage utiliser ces outils et qu'il n'était pas le Satan malveillant imaginé par le texte initial, a conduit à un certain nombre d'allègements. Mais ce texte reste complexe (rien que la notion de traitement se révèle difficile à toujours correctement cerner, sans parler d'une notion comme l'interconnexion à laquelle la CNIL vient seulement, au bout de 33 ans, de donner une définition un peu claire). Les concepts assez éloignés des réalités techniques peuvent être souvent interprétés à loisir, créant des incertitudes sur la manière de traiter un sujet. Aussi le bon respect de ce texte, qui reste perfectible, reste un sujet compliqué pour les administrations et les organismes sociaux, dont la bonne volonté sur le sujet, semble avoir été exemplaire.

B. Des réalisations qui permettent de lutter contre les fraudes

Les réalisations informatiques contre la fraude peuvent globalement être structurées en quatre grands groupes.

1. *Les grands projets informatiques structurants (qui peuvent concerner un ou simultanément plusieurs organismes)*

- **Le RNB :** la CNAF a mis en service, en 2008, son Référentiel National des Bénéficiaires (RNB), qui permet aux différentes CAF de gérer de manière unique au niveau national les différents bénéficiaires. Cette gestion évite la création de dossiers en double sur plusieurs CAF et permet de s'assurer de l'existence de l'individu dans le référentiel SNGI (RNIPP). Le RNB est maintenant en exploitation régulière depuis cette date, mais un travail important restait encore à achever. En effet, au cours du chargement, dans le RNB, des dossiers qui étaient gérés par les CAF, sur près de 40 millions d'individus chargés dans le RNB, de l'ordre de 500 000 n'avaient pas encore pu y être intégrés (difficulté et absence de réponse de l'intéressé...) et étaient susceptibles de ne pas être correctement contrôlés. Un plan d'action de la CNAF a été engagé pour permettre de traiter ce stock résiduel et adopter une gestion vertueuse avec ce nouveau référentiel.
- **Le RNCPS :** un amendement au PLFSS 2007, des députés Morange, Door et Dubernard, a créé dans le Code de la Sécurité sociale (ajout



de l'art. L. 114-12-1) un Répertoire National Commun des assurés de la Protection Sociale (RNCPS). Ce répertoire doit rassembler l'ensemble des prestations perçues par (ou auxquelles ouvrirait droit) une personne, identifiée par son NIR. Il permettra d'identifier des situations anormales, aussi bien avec des prestations incompatibles, que des cas de prestations manquantes. En 2009, la CNIL a rendu son avis sur ce projet et le décret en Conseil d'État créant ce répertoire a été pris le 16 décembre 2009. La mise en service du RNCPS a débuté en 2010 et doit se poursuivre en 2011. Les premières utilisations anti-fraudes sont prévues au cours de l'année 2011.

- **Réforme des DADS :** une expérimentation d'une DADS mensuelle, avait été autorisée pour L'UNEDIC par la CNIL en décembre 2008, mais le décret nécessaire à cette mise en place n'a jamais été pris. Une telle évolution est utile pour la lutte contre la fraude car elle permettrait de disposer (un peu comme c'est le cas pour la CCMSA) d'une information sur les salaires perçus, de manière mensuelle, permettant de vérifier lors de la demande d'indemnités (chômage, IJ, RSA...), quasiment la totalité des périodes d'activités déclarées, alors qu'aujourd'hui cette information n'est disponible, avec les DADS actuelles, qu'environ une année après. Ce projet baptisé **Déclaration Sociale Nominative (DSN)** a fait en 2009, l'objet d'un rapport de présentation du projet par le GIP-MDS (Modernisation des Déclarations Sociales), et a connu une nouvelle avancée. En effet, le Conseil de Modernisation des Politiques Publiques (CMPP) du 30 juin 2010 l'a ajouté parmi les 15 nouvelles mesures de simplification engagées à cette occasion.
- La mise en place de fichiers recensant les infractions constatées et leurs auteurs (**fichier de fraudeurs**) a été engagée par les deux Caisses nationales « famille » et « maladie ». La mise en place officielle de ces fichiers nationaux, apparaît comme une mesure de bonne gestion, mais également comme un moyen de dissuasion de la fraude.

2. Les ouvertures d'accès de consultation aux fichiers détenus par un partenaire

Des dispositifs de consultation à distance de fichiers importants ont souvent été développés par les acteurs en assurant la gestion. Certains de ces accès étaient disponibles pour la lutte contre la fraude, mais cette situation n'est pas générale, et les contrôleurs n'ont pas un accès direct à tous les fichiers qu'ils seraient légalement autorisés à consulter, cette finalité n'ayant pas toujours été prévue dans les dossiers présentés à la CNIL. Trois ouvertures d'accès méritent d'être signalées :

1

LES ÉVOLUTIONS
DE LA PROTECTION
SOCIALE

- **DPAE** (Déclaration Préalable À l'Embauche) de l'ACOSS pour aider à contrôler la véracité des bulletins de paye produits ou l'absence d'une activité rémunérée non déclarée ;
- **SNGC** (Système National de Gestion des Carrières) de la CNAV pour aider à contrôler la véracité des bulletins de paye produits ;
- **FICOPA** (Fichier des Comptes Bancaires) de la DGFIP pour permettre de vérifier l'exactitude du titulaire du compte bancaire indiqué pour le versement des prestations et d'identifier les établissements bancaires détenant les comptes bancaires pour pouvoir exercer un droit de communication auprès d'eux. Une disposition de la loi de finance rectificative pour 2009 permet maintenant que cette consultation soit utilisable également pour le recouvrement des prestations versées à tort.

L'accès aux DPAE par Internet a été ouvert par l'ACOSS aux autres organismes de Protection sociale en octobre 2008. Près de 2 000 utilisateurs nouveaux ont ainsi eu la possibilité d'utiliser cette base pour vérifier les informations qui leur sont présentées dans le cadre de la lutte contre la fraude. Sur le dernier trimestre 2008 près de 17 000 requêtes de consultation avaient ainsi pu être réalisées par ces contrôleurs. En 2009, première année pleine d'ouverture de cet accès, le nombre total de consultations réalisées s'est élevé à 94 359, principalement réalisées par les CAF, les CPAM et Pôle Emploi. Grâce à cette consultation les agents des CAF peuvent maintenant aisément identifier des activités salariées dissimulées par les allocataires et ainsi beaucoup plus facilement mettre en évidence des dissimulations de revenus et l'intention frauduleuse de celles-ci.

La CAF de xx contrôle la situation de M. et Mme Y., couple marié qui perçoit le RMI, pour leur foyer avec 3 enfants à leur charge de 18, 20 et 22 ans. Ils ne déclarent aucun revenu à la CAF ni aux impôts. En préparant sa visite le contrôleur détecte que madame a fait l'objet de plusieurs DPAE en 2007, 2008 et 2009. En interrogeant l'entreprise concernée, celle-ci indique que madame a touché chaque année un peu plus de 7 000 € de revenus. Ces revenus n'ont pas été déclarés à la CAF et le foyer n'a pas effectué de déclaration d'impôt. Lors de la visite, madame interrogée indique comme son mari ne pas avoir travaillé depuis 2007. La non-déclaration de ces salaires aux impôts ne rendaient pas le couple imposable, mais réduisait leurs droits aux allocations familiales. Le caractère frauduleux a été établi suite à la dissimulation volontaire et répétée de ses revenus par madame.



L'ouverture des accès à **FICOPA** sur Internet a fait l'objet de nombreux échanges tout au long de 2009 et 2010 entre la DGFIP et chaque organisme de Protection sociale. Aujourd'hui cette consultation est ouverte pour l'ACOSS, la CCMSA, la CNAF, la CNAM, la CNAV, le RSI et la CNIEG. Ceux-ci ont ainsi pu réaliser plus de 85 000 consultations au cours de l'année 2009.

L'ouverture de l'accès au SNGC pour la CNAMTS, la CCMSA, la CNAF, Pôle Emploi et l'ACOSS a fait l'objet d'un dépôt de dossier auprès de la CNIL en août 2009 et cet accès est aussi maintenant ouvert aux différents organismes.

D'autres besoins importants d'ouverture d'accès à certains fichiers restent encore à couvrir notamment par la CNAF et la CNAMTS, pour des informations qui ne figureront pas au RNCPS.

3. Les croisements de fichiers

Les croisements de fichiers peuvent constituer un moyen de recherche des fraudeurs. En effet la comparaison, pour une même personne, des informations présentes dans les fichiers tenus par différents organismes peut montrer des divergences entre les informations concernant cette personne. Ces divergences peuvent résulter d'erreurs dans les fichiers, être l'indice d'une fraude, ou encore être normales car liées à une situation particulière de la personne concernée. Un contrôle mené sur les personnes pour lesquelles des divergences sont observées permettra d'identifier leur cause et ainsi de mettre en évidence les fraudes.

La DNLF a retenu dans ses axes stratégiques la volonté de faire mener certains croisements de fichiers entre les différents organismes, ces opérations devant bien sûr s'inscrire dans le respect des dispositions de la loi informatique et liberté. Une première liste de 10 croisements de fichiers nouveaux et prioritaires avait été retenue, début 2009. Cette liste a été établie à partir des réflexions déjà menées par les différents organismes et en discussion avec eux. Ils sont développés en les ciblant d'abord sur les fraudes les plus importantes (non-paiement de cotisations, fraude à la résidence, fraude aux minima sociaux...).

Les sept opérations déjà menées à leur terme sur les 10 prévues, ont permis en 2009 de détecter 153,2 M€ de versements effectués à tort, sans comptabiliser les dépenses évitées après découverte de la fraude. Ces paiements à tort ont concerné près de 128 000 personnes. On peut citer par exemple celle ayant conduit la CNAF à analyser les déclarations



trimestrielles de ressources d'un million de RMistes en les rapprochant des informations détenues par la DGFiP. Ce croisement a permis de détecter 8 041 foyers ayant dissimulé des revenus, auprès desquels il a été récupéré 16,6 M€.

Parmi celles encore en cours, on peut citer par exemple celle ayant trait aux **personnes ayant quitté le territoire mais continuant à percevoir des prestations**. Cette opération concernera plusieurs prestations sociales subordonnées à une résidence en France (CMU, RMI, minimum vieillesse...). Ces prestations sont « non exportables ». Afin d'identifier les personnes parties à l'étranger sans le signaler – et bénéficiant ainsi de prestations auxquelles elles n'ont plus droit – la loi prévoit qu'une vérification peut être effectuée, dans les fichiers de changements d'adresse de la DGFiP, par les organismes versant de telles prestations (**CNAMTS, CNAF...**). Le décret en Conseil d'État, avec avis de la CNIL, permettant le croisement sur les « non-résidents » (volet CNAMTS) a été publié le 26 octobre 2009.

En 2010, dix nouveaux croisements de fichiers ont été engagés, pour aider à détecter encore d'autres situations anormales, de stopper ces fraudes et de récupérer les montants indûment versés. Ces opérations, visent entre autres à lutter contre les fraudes aux cotisations sociales, les revenus non déclarés, les changements de situation familiale non déclarés, les logements fictifs, les faux isolements, les fraudes au chômage, à la cotisation CMU et aux prestations non exportables.

4. Le datamining

Sur un plan général, le datamining est un processus qui permet **d'extraire des informations pertinentes à partir de l'analyse d'une grande masse d'informations**. Le datamining regroupe l'ensemble des technologies susceptibles d'analyser les informations d'une base de données pour y trouver :

- des **comportements atypiques** (*par exemple dossiers comportant une prestation mais sans les autres prestations normalement liées*) derrière lesquels se cachent des anomalies pouvant avoir pour origine une fraude ;
- des **similitudes** à ceux d'autres dossiers frauduleux (*par exemple dossiers présentant des analogies avec les dossiers frauduleux ou les dossiers d'indus*) ;

- **d'éventuelles corrélations significatives et utilisables entre les données** (*par exemple réseau de relations permettant de mettre en évidence une fraude organisée*).



Le Datamining se distingue des traitements plus classiques de requêtage ou de rapprochement par le grand nombre de données mises en jeu pour un individu et au caractère parfois probabiliste des critères mis en jeu.

Suite à l'avis favorable rendu par la CNIL en mars 2010, **une expérimentation de datamining a été menée par la CNAF de septembre 2010 à janvier 2011**. Cette opération – menée dans 13 CAF – a confirmé l'efficacité du datamining par rapport aux contrôles traditionnels (au moins 50 % d'indus supplémentaires détectés). Par ailleurs, la CNAMTS a saisi la CNIL début 2011 afin de mener dans 9 CPAM une expérimentation de datamining relative à la détection de fraudes à la CMU-C.

Ainsi voit-on que la lutte contre la fraude par des moyens informatiques est un chantier en pleine évolution.

En effet, comme nous le savons bien, d'une part, nos organismes gèrent des masses d'informations croissantes, dans des délais de plus en plus contraints, et d'autre part, la technologie évolue, comme d'ailleurs les procédés de fraudes, individuelles, ou en bandes organisées.

S'agissant plus spécifiquement des croisements de fichiers, on ne saurait trop insister sur le fait que cette problématique est très complexe, pour les principales raisons suivantes :

- la question de l'informatique et des libertés doit d'abord évidemment être omniprésente ;
- les fichiers et bases de données des organismes et administrations sont conçues, en première analyse, pour les besoins de l'utilisateur, qui ne correspondent pas forcément avec ceux d'une autre administration ou organisme partenaire.

La masse et la complexité des informations à traiter expliquent la difficulté, pour les organismes, à réagir dans des délais aussi brefs qu'on pourrait le souhaiter.

Les règles de gestion et de conservation des données varient considérablement selon les différents acteurs : informations figurant dans des bases locales ne se trouvant pas forcément au niveau national, divergence des identifiants, différence des règles applicables en matière de prescription.

Ne doutons pas, dès lors, que la matière est loin d'être épuisée.



L'informatique au service du contrôle (l'exemple de l'évolution du contrôle dans les CAF)

Patrick Guéry

Agent comptable de la CAF des Yvelines

L'histoire du contrôle dans les Caisses d'allocations familiales remonte plus loin que les débuts de l'informatisation. Ainsi, cette histoire est façonnée, depuis l'origine, par le dialogue constant et parfois crucial entre deux grands principes posés par la loi : le principe déclaratif et son corollaire, à savoir le contrôle par les organismes des déclarations des allocataires¹.

L'opposition entre ces principes ou, plus modérément, la nécessité de trouver dans leur mise en œuvre le juste équilibre, a évidemment été nourrie par les progrès de l'informatisation. En effet, la puissance des processeurs a rendu possible la variabilité croissante des droits en fonction de l'évolution des situations des allocataires, et partant une complexification extrême de la législation, rendant plus fragile l'application du principe déclaratif. Parallèlement, l'informatisation a réduit le champ du déclaratif, *via* l'obtention directe de justifications auprès de tiers² et a renforcé les moyens du contrôle, mais sans pour autant endiguer une problématique particulièrement prégnante dans la branche famille, celle des indus qui continuent de représenter environ 2 Mds d'euros, soit de l'ordre de 3 % des prestations versées annuellement.

Les évolutions sociétales en cours ne font que confirmer l'acuité de ce dialogue entre le principe déclaratif et le contrôle avec, d'un côté l'injonction de simplifier les formalités administratives et de faciliter la vie des citoyens, *via* notamment les progrès de l'administration électronique, et de l'autre l'attention portée à la nécessaire maîtrise des finances publiques et à la lutte contre la fraude.

1. Article L. 583-3 du Code de la Sécurité sociale, alinéa 3 : « Lorsque ces informations ne peuvent pas être obtenues dans les conditions prévues au premier alinéa, les allocataires ou les demandeurs les communiquent par déclaration aux organismes débiteurs de prestations familiales » et alinéa 4 : « Ces organismes contrôlent les déclarations des allocataires ou des demandeurs, notamment en ce qui concerne leur situation de famille, les enfants et personnes à charge, leurs ressources, le montant de leur loyer et leurs conditions de logement ».

2. On estime à environ 10 % les données nécessaires au calcul des droits qui proviennent de la déclaration de l'allocataire ; il s'agit souvent de données d'une particulière importance, l'exemple emblématique étant celui de la déclaration d'isolement.



Dans ce contexte, nous nous efforcerons de montrer comment l'informatique s'est mise au service du contrôle, principalement depuis les années 2000. Cependant, il s'agira là de la deuxième partie. En effet, il a paru intéressant, dans une première partie, d'essayer d'expliquer comment les progrès de l'informatisation ont mis en question et conduit à reconcevoir les modalités et les principes mêmes du contrôle dans les CAF ; en quelque sorte, il s'agit du contrôle à l'épreuve de l'informatisation.

I. Le contrôle à l'épreuve de l'informatisation

Au point de départ, comme nous l'avons indiqué, les Caisses ont une obligation légale de contrôler les déclarations des allocataires. Une partie de ces contrôles prend la forme d'appels de pièces dans des cas précisément fixés par la réglementation : contrôle de l'activité professionnelle jusqu'en 1977³, contrôle de la scolarité. Un corps d'agents de contrôle, prêtant serment devant le tribunal, est par ailleurs créé ; ces agents effectuent les contrôles sur place et disposent, dès l'origine, de certains droits d'accès auprès des administrations et des autres organismes de protection sociale. À côté de ces contrôles, orientés sur le risque externe, la réglementation a conféré à l'agent comptable une responsabilité personnelle en ce qui concerne le risque interne ; ainsi, plusieurs textes, se fondant sur la séparation des ordonnateurs et des comptables, posent l'obligation pour l'agent comptable de contrôler les opérations de dépenses et de recettes⁴.

À ce stade, on observe un cloisonnement marqué entre ces deux dispositifs de contrôle. De même, il apparaît clairement que le contrôle est pour l'essentiel, si l'on exclut le traitement des appels de pièces par les techniciens chargés de la liquidation, l'apanage d'équipes spécialisées : celles du contrôle sur place d'une part, celles de la vérification comptable d'autre part. Or, on va voir qu'en une quinzaine d'années, sous la pression des progrès de l'informatisation, les fondements mêmes du contrôle et de la vérification comptable vont se trouver impactés, jusqu'à évoluer vers les concepts de contrôle interne et, plus récemment, du management par les processus.

3. La loi n° 75-574 de généralisation de la Sécurité sociale a supprimé la condition d'activité professionnelle pour les prestations familiales à partir de 1978.

4. On mentionnera le décret n° 59-819 du 30 juin 1959 qui, bien que promulgué à l'aube des progrès de l'informatisation qui ont suivi, a constitué le cadre de référence de la vérification comptable jusqu'en 1993.

1

LES ÉVOLUTIONS
DE LA PROTECTION
SOCIALE

Dès les années 1960-1970, les avancées de la mécanographie puis des gros systèmes centraux posent la question de la maîtrise des opérations de liquidation des droits et de paiement. Si l'on parle alors de « tunnel informatique » pour qualifier l'étape de traitement informatique sous la responsabilité du responsable du centre informatique, qui échappe *de facto* à la maîtrise directe des Caisses, c'est à cette période que remonte l'association obligatoire des directeurs et des agents comptables à l'élaboration et à la validation des traitements⁵.

Le début des années 1980 connaît de son côté des évolutions technologiques majeures qui mettent à mal les dispositifs antérieurs. Ainsi, la puissance des processeurs permet d'envisager des mises à jour quotidiennes des fichiers allocataires alors que la notion de « tunnel informatique » est bousculée par le développement de l'informatique dite « répartie » qui permet aux techniciens, *via* un poste passif, d'accéder au système d'information : consultation des fichiers dans un premier temps puis, dès le milieu des années 1980, saisie « à l'écran » tirant tout le bénéfice de contrôles intégrés qui apportent une assistance à la liquidation.

Ces évolutions technologiques, associées à l'accélération de législations nouvelles et au phénomène de complexité évoqué précédemment⁶, vont conduire à reconcevoir les modalités de la vérification comptable avec une avancée considérable dans le contexte juridique de l'époque : l'introduction de la sélectivité de vérifications jusqu'alors exhaustives. L'instruction dite « JF », diffusée par la CNAF le 25 octobre 1988, est intéressante à ce titre mais elle l'est plus encore par sa contribution à un début de décloisonnement des dispositifs de contrôle au sein de la branche famille. Ainsi, elle met l'accent sur la maîtrise de l'accès au système de traitement en conférant au directeur et à l'agent comptable une responsabilité conjointe en la matière ; de même, elle contribue à une meilleure concertation entre le directeur et l'agent comptable en matière de contrôle après paiement, en prévoyant que ce contrôle, exercé conjointement, porte sur la qualité de la liquidation et sur la prévention des fraudes. La dissociation entre la vérification comptable après paiement et le contrôle des allocataires se fait dès cet instant plus ténue, d'autant plus si l'on signale la proximité temporelle entre l'instruction JF et une circulaire ministérielle de 1987 qui

5. En contrepartie, il est admis que l'agent comptable peut limiter à 1 %, en vérification avant paiement, le contrôle de l'exactitude matérielle des calculs, et qu'il dispose d'un droit de test sur les fichiers utilisés par le centre de traitement (instruction CNAF dite « Jx » du 22 novembre 1976, prise en application de la circulaire ministérielle n° 4 SS du 16 janvier 1973 dite « Instruction J »).

6. Les années 1970 et 1980 sont marquées par le vote de nombreuses lois instituant de nouvelles prestations plus spécialisées ou/et modulées en fonction des ressources ; on voit aussi apparaître les prestations constituant des minima sociaux (AAH en 1975, API en 1976, RMI en 1988).

préconise l'association de l'agent comptable et de ses services à la définition et à la mise en œuvre du contrôle des allocataires⁷.



Ce début de décloisonnement représente une étape marquante, se posant en quelque sorte en prémisses d'un changement beaucoup plus radical : l'introduction dans les organismes de Sécurité sociale des concepts du contrôle interne. Parmi les travaux préalables à la rédaction du décret du 10 août 1993 qui porte cette novation⁸, il importe de citer la contribution de la CNAVTS intitulée « Le rôle de l'agent comptable dans un environnement automatisé »⁹. En proposant de « supprimer les dispositions de contrôle que l'évolution technologique a rendues inutiles et de tenir compte des nouveaux risques que cette évolution a engendrés », ce document montre clairement l'incidence de l'informatisation dans l'évolution portée par le texte final. Outre l'instauration d'un dispositif de contrôle interne, le décret de 1993 crée par ailleurs, pour la première fois, un cadre réglementaire s'imposant à l'agent comptable en ce qui concerne les vérifications correspondant aux objectifs généraux de fiabilité et de sécurité dès lors que l'organisme fait appel à des procédures informatisées¹⁰. Le cadre réglementaire connaîtra en outre une évolution notable en 2007 en débordant du cadre initial, la maîtrise du risque financier, pour évoluer vers une vision plus large de risque « notamment financier, direct ou indirect », qui ouvre à la prise en compte d'une dimension qualité¹¹.

Si le déploiement du contrôle interne au sein de la branche famille va connaître quelques tâtonnements¹², l'ouverture va se faire par le biais d'une orientation progressive vers un concept plus large de maîtrise des

7. Lettre ministérielle n° 227/G/87 du 4 septembre 1987 relative aux missions d'information et de contrôle des organismes débiteurs de prestations familiales, signée Michel Lagrave.

8. Le décret n° 93-1004 du 10 août 1993 a introduit dans le Code de la Sécurité sociale un article D. 253-46 disposant, à son premier alinéa, que « Sous réserve de leur compétence respective, le directeur et l'agent comptable conçoivent et mettent en place, en commun, un dispositif de contrôle interne permettant de pallier les risques financiers inhérents aux missions confiées aux organismes de Sécurité sociale ». Cet article a été abrogé par le décret n° 2007-1500 du 18 octobre 2007 au profit du nouvel article D. 122-7 dont le premier alinéa est libellé comme suit : « Sous réserve de leur compétence respective, le directeur et l'agent comptable conçoivent et mettent en place, en commun, un dispositif de contrôle interne .../... permettant de maîtriser les risques, notamment financiers, directs et indirects, inhérents aux missions confiées aux organismes de Sécurité sociale ».

9. Ce document a été particulièrement soutenu et défendu par François Fito, alors agent comptable de la CNAVTS.

10. Article D. 253-47 du Code de la Sécurité sociale, abrogé depuis par le décret n° 2007-1500 du 18 octobre 2007 au profit du nouvel article D. 122-9.

11. Voir ci-dessus renvoi 8.

12. Une première instruction de branche, en 1997, permettra aux Caisses de s'approprier les concepts de contrôle interne et d'opérer des décloisonnements grâce à une approche des risques par processus ; cependant, l'insuffisance de pilotage national de la démarche, associée à la lourdeur des méthodologies proposées, entraînera son essoufflement.



risques. Ainsi, à la suite de travaux conduits dans le cadre d'un chantier du plan d'action institutionnel 2001-2004, la CNAF diffusera le 20 juin 2005, après agrément ministériel, l'instruction de branche définissant les principes généraux, l'architecture et le pilotage de la maîtrise des risques dans la branche famille. L'apport majeur de ce texte, toujours en vigueur aujourd'hui, est de privilégier une vision globale et décloisonnée de la maîtrise des risques en insérant dans un même plan annuel les dispositifs de contrôle des déclarations des allocataires, appelées données entrantes, les dispositifs de contrôle métier et les dispositifs visant à la sécurisation des processus de gestion, le tout en veillant à l'adaptation des contrôles au poids des risques et en misant sur des sécurisations automatisées. Ainsi conçue, la maîtrise des risques apparaît comme un des trois grands axes de la convention d'objectifs et de gestion 2005-2008¹³.

Cette avancée importante pour la branche famille n'a pas permis, entre 2006 et 2008, d'obtenir la certification des comptes, la Cour des comptes ayant pointé des lacunes dans le pilotage de la maîtrise des risques et l'insuffisante prise en compte par le système d'information de risques majeurs, notamment ceux tenant à l'identité des personnes et au risque de double affiliation¹⁴. Gageons cependant qu'elle fut une étape nécessaire avant la phase en cours visant à refondre la maîtrise des risques dans le cadre plus global du système de management par les processus qui constitue un axe majeur de la convention d'objectifs et de gestion 2009-2012.

II. L'informatique au service de nouvelles dynamiques de contrôle

Si l'informatisation a fait évoluer en profondeur les dispositifs de contrôle, il est tout aussi vrai que, dans l'autre sens, l'impératif de toujours mieux maîtriser les risques, en tirant le meilleur parti des progrès de la technologie, a suscité une forte demande de développements informatiques au point que, dans une période récente, la branche famille a déployé des moyens importants pour assurer les évolutions nécessaires à une meilleure sécurisation de ses processus, condition nécessaire à l'obtention de la certification des comptes.

13. Avec les axes de la qualité, de la sécurité et de l'efficience, on a alors parlé de « triangle de la performance ».

14. La qualité du dispositif de maîtrise des risques constitue un point majeur sur lequel la Cour fonde son opinion. Cf. à cet égard l'article D. 122-7 alinéa 2 du Code de la Sécurité sociale : « Ce dispositif (de contrôle interne) respecte les instructions et les modalités de contrôle interne définies par l'organisme national dans le cadre du référentiel de validation des comptes prévu au II de l'article D. 114-4-2 ».



Cela étant, c'est dès les années 1980 que commencent à se développer les réceptions ou émissions de fichiers par échange de supports informatiques ou par réseau. Cette évolution, qui va trouver une de ses premières applications dans la fourniture des loyers par les gros bailleurs sociaux, contribue d'emblée à fiabiliser le processus de calcul des aides au logement tout en l'optimisant : automatisation de contrôles de cohérence sur l'évolution des loyers, réduction des tâches manuelles de saisie et du risque d'erreur y afférent, fiabilisation du système déclaratif par l'obtention directe des informations auprès de tiers, ce sont autant d'apports qui, encore aujourd'hui, sont attendus lors de la mise en place de nouveaux échanges, le plus emblématique étant, depuis 2008, l'acquisition directe des ressources auprès de la Direction Générale des Finances Publiques (DGFIP) et leur injection automatique dans le système d'information des CAF.

Il convient, à ce stade, d'indiquer que ces échanges de fichiers ont, très vite, été considérés comme un apport potentiel aux politiques de contrôle ; à cet égard, la circulaire ministérielle précitée de 1987 ¹⁵ appelle la CNAF à impulser la mise en œuvre d'actions pilotes et à poursuivre l'étude « de systèmes informatiques de transferts de données susceptibles à terme de faciliter les contrôles de ressources et de simplifier les relations avec les allocataires ». De fait, le contrôle des ressources sera la première application de ce type, mise en œuvre en 2001 sous l'appellation « TDF » (Transfert de Données Fiscales), après l'attente, plus longue que prévue, de l'avis favorable de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) finalement rendu le 15 novembre 2001. Si l'échange de fichiers ne permet pas de retrouver tous les allocataires percevant des prestations soumises à condition de ressources ¹⁶, cette procédure « TDF » constitue cependant une avancée considérable pour la fiabilisation de l'une des données les plus incidentes sur le calcul des droits, d'autant plus si l'on rappelle que la réglementation n'exigeait l'appel des avis d'imposition, à fin de contrôle, que pour l'aide personnalisée au logement.

Une autre avancée marquante a concerné les échanges de fichiers avec les ASSEDIC, désormais Pôle Emploi, en vue de contrôler les situations de chômage et de reprise d'activité, de plus en plus incidentes sur la détermination des droits, ces derniers étant de plus en plus impactés par

15. Lettre ministérielle n° 227/G/87 du 4 septembre 1987, *op. cit.*

16. Il existe encore aujourd'hui, pour l'obtention des ressources auprès de la DGFIP, environ 20 % de « non trouvés » : personnes ne faisant pas de déclaration d'impôts ou non trouvées par défaut d'identifiant commun entre la DGFIP et la CAF.



les changements de situation des allocataires. Si, dès 1995, la réception de fichiers issus des ASSEDIC a supprimé l'envoi de 2 millions de pièces justificatives chaque année et permis une mise à jour plus rapide du fichier des CAF en se substituant au questionnaire semestriel antérieur, c'est en 2003 que le système a été fiabilisé dans le sens de la complétude des situations contrôlées et de la réactivité des mises à jour consécutives à l'échange, grâce à l'injection automatique des données reçues dans les fichiers des CAF.

Quelques chiffres permettront de mesurer l'apport à la politique de contrôle de ces échanges de fichiers. Ainsi, en 2006, sur 378 M€ d'indus résultant des cibles de contrôle dites ordonnateurs, 63 % proviennent des échanges ; en 2007, 66 % sur un montant d'indus de 538 M€. En 2008, l'échange avec la DGFIP ne comporte pas d'impact financier du fait de l'injection directe des ressources déclarées aux impôts, avancée dont on mesure immédiatement l'intérêt en terme de prévention des indus : les échanges représentent alors 61 % d'un montant d'indus ramené à 356 M€.

En ce qui concerne le contrôle des ressources et de l'activité, la puissance des processeurs et la richesse des bases de données ont par ailleurs permis, dès les années 1980, d'effectuer le croisement automatique entre les ressources déclarées par l'allocataire et sa situation connue au mois le mois pour la même période. Aujourd'hui, ces contrôles appelés « Rac » sont déclinés pour les ressources annuelles mais aussi pour les ressources déclarées chaque trimestre par les bénéficiaires du revenu de solidarité active. Là aussi, l'apport à la politique de contrôle est réel, avec un effet de fiabilisation des fichiers allocataires. Ainsi, en 2010, les contrôles « Rac » ont permis la détection de 84,3 M€ d'indus sur un total de 552 M€¹⁷ pour l'ensemble de la politique de contrôle des déclarations des allocataires ; les échanges ont représenté quant à eux 160,6 M€, le solde étant représenté par les contrôles sur place (128,9 M€) et les contrôles sur pièces autres que « Rac » (178,2 M€).

À ces échanges de fichiers s'ajoutent des systèmes d'accès aux données détenues par d'autres administrations ou organismes de protection sociale. Ces systèmes sont en plein développement du fait de la conjonction entre les progrès techniques qui facilitent la communication entre les systèmes informatiques, généralement appuyée sur les technologies internet, et les évolutions législatives qui étendent de plus en plus

17. Les contrôles se traduisent aussi dans certains cas par le paiement de rappels de prestations ; en 2010, face à 552 M€ d'indus, les rappels ont représenté 330 M€ (source CNAF).



le droit de communication en faveur des organismes pour mieux lutter contre la fraude. C'est ainsi que l'accès direct aux bases ASSEDIC a été ouvert dès 2003 *via* une transaction nationale dénommée « Max3 », réécrite en 2007 dans les technologies internet sous l'appellation « Aida ». Parmi les évolutions plus récentes, on mentionnera l'ouverture d'un nouvel accès web au fichier des comptes bancaires (transaction « Ficoba 2 ») au profit des corps de contrôle, ou encore l'accès au service consultation du compte assuré sous le portail « Eopps » de la CNAVTS.

Le schéma directeur du système d'information, associé à la convention d'objectifs et de gestion 2005-2008, se fondant notamment sur la progression de l'usage d'internet pour accéder aux services disponibles, qui a caractérisé la période précédente (2001-2004), et sur le développement de l'administration électronique, entend « développer encore la démarche en améliorant les relations automatisées avec les institutions partenaires tant pour l'instruction des dossiers que pour le contrôle ». Le développement des concepts de référentiel et de portail vont alors dans ce sens. Il est cependant patent que cette stratégie, prioritairement orientée, à l'origine, sur une logique de qualité du service rendu à l'allocataire, va être rapidement centrée sur les impératifs de la maîtrise des risques sous la pression de la Cour des comptes ; ainsi, le projet de référentiel des personnes va se fondre dans l'important chantier de la création d'un Répertoire National des Bénéficiaires (« RNB »), qui comprend à ce jour plus de 37 millions de personnes référencées par leur Numéro d'Inscription au Répertoire (NIR), identifiant qui a donné lieu à une lourde opération de fiabilisation. Cette étape a permis à la branche famille de pallier le risque de double affiliation ou de « rôle » incompatible¹⁸ tout en anticipant le déploiement du Répertoire National Commun de la Protection Sociale (« RNCPS ») créé par une loi du 13 février 2008 et régi par son décret d'application du 16 décembre 2009.

À ce jour, le développement d'échanges ou d'applications au service du contrôle reste un sujet d'actualité. Ainsi, plusieurs programmes du plan d'action institutionnel 2009-2012 de la branche famille s'inscrivent dans cette dynamique. Outre la poursuite du développement du RNB et son interfaçage avec le RNCPS, on peut en effet mentionner, de manière non exhaustive, plusieurs projets de mise en place de nouveaux échanges informatisés : avec les services communaux en ce qui concerne les données d'état civil, avec les préfectures pour la mise en place d'un nouveau

18. Exemple d'incompatibilité de rôle : percevoir l'allocation de logement étudiant et ouvrir droit aux prestations en tant qu'enfant à charge sur le dossier du(des) parent(s).

1

LES ÉVOLUTIONS
DE LA PROTECTION
SOCIALE

circuit de gestion des titres de séjour. D'autres projets viseront à sécuriser les données sur le logement *via* la constitution d'un référentiel, en lien notamment avec la DGFIP, ou encore à recueillir les identités bancaires à la source par un accès aux données de Ficoba, sous réserve bien sûr d'un accord de la CNIL. Un autre projet notable, qui concerne cette fois l'amélioration des techniques de ciblage en vue de contrôles, concerne le « data mining », qui vise à cibler les dossiers à contrôler sur la base d'un score de risque, défini par comparaison de leurs caractéristiques avec un modèle prédéfini correspondant à des risques avérés, en lieu et place de la sélection actuelle sur la base de faits générateurs ; après une expérimentation dans 17 organismes, ce nouveau dispositif, qui a reçu l'accord de la CNIL le 15 avril 2010, doit être déployé en 2011 dans l'ensemble des CAF.

On voit qu'il n'existe plus guère de limites techniques au déploiement de nouveaux échanges et de nouvelles techniques de contrôle. Dans le même temps, la sophistication des outils n'est que la contrepartie de l'existence toujours accrue de nouveaux risques, au fur et à mesure de l'accroissement de la complexité et, d'un autre côté, de la simplification de la vie des usagers que le progrès technologique permet et qui devient dès lors revendiquée. Ainsi, on pourrait dire, en guise de première conclusion, que l'outil informatique participe à la recherche d'un équilibre entre simplification et contrôle et que, de ce point de vue, il existe une vraie continuité : en effet, nous l'avons écrit au début de cette contribution, c'est dès l'origine que la loi a posé les termes de cet équilibre nécessaire.

Une deuxième conclusion serait d'insister sur l'importance de la mission de la CNIL, institution que nous avons mentionnée à plusieurs reprises dans cet article. En effet, si l'on doit affirmer l'obligation et la légitimité des organismes de protection sociale à mettre tout en œuvre pour garantir le bon usage de l'argent public, on doit accepter en contrepartie qu'une autorité indépendante fixe des limites dans les cas où des moyens techniques devenus presque illimités pourraient créer le risque de l'intrusion et de la mise en cause de libertés publiques fondamentales. L'exemple de l'avis rendu sur la mise en œuvre du RNCPS illustre qu'il est possible de conjuguer l'efficacité d'un outil et l'existence de garde-fous destinés à protéger les citoyens.



Le RNCPS : « Répertoire National Commun de la Protection Sociale »

Claude Friconneau

Direction de la Sécurité sociale

SD-4 Bureau des systèmes d'information

I. Un répertoire unique pour la Protection sociale

La loi n° 2066-1640 du 21 décembre 2006 a créé l'article L. 114-12-1 du Code de la Sécurité sociale qui débute en ces termes : « Il est créé un répertoire national commun aux organismes chargés de la gestion d'un régime obligatoire de Sécurité sociale, aux caisses assurant le service des congés payés, ainsi qu'à l'institution mentionnée à l'article L. 311-7 du Code du travail (Pôle emploi) ».

Les partenaires concernés ont dénommé ce dispositif « Répertoire National Commun de la Protection Sociale » (« RNCPS »).

La loi de novembre 2010 portant réforme des retraites a étendu le RNCPS aux organismes chargés de la gestion d'un régime de retraite complémentaire ou additionnel obligatoire. Les organismes visés sont désormais au nombre d'une centaine, ils sont dits « contributeurs ». On y trouve notamment :

- les caisses nationales des branches maladie, famille, retraite de tous les régimes de base : CNAF, CNAMTS, CNAV, CNAVPL, CDC (pour la CNRACL et l'IRCANTEC, notamment), CCMISA, RSI, SRE ;
- les mutuelles délégataires de la CNAMTS ;
- les régimes spéciaux : CPRP SNCF, CNMSS, etc. ;
- le réseau des GAMEX ;
- l'AGIRC-ARRCO ;
- pôle emploi ;
- l'Union des CI-BTP (congés payés du bâtiment).

La liste exhaustive de ces organismes figure sur le portail www.securite-sociale.fr



De ces organismes dits « nationaux » dépendent plus de 1 400 organismes dits « gestionnaires » qui ont bien évidemment accès au répertoire.

Par ailleurs, la loi donne également l'accès au répertoire pour des organismes « non contributeurs » :

- les organismes de la branche recouvrement du régime général dans le cadre de l'exercice de leurs missions ;
- les collectivités territoriales pour les procédures d'attribution d'une forme quelconque d'aide sociale et les centres communaux et intercommunaux d'action sociale ;
- le centre de liaisons européennes et internationales de Sécurité sociale (depuis l'extension prévue par la loi de novembre 2010).

L'objectif de ce répertoire commun est à la fois de simplifier les démarches des assurés sociaux et de renforcer l'efficacité des organismes. Il a vocation à regrouper, sur la base du NIR, des données d'état civil et d'affiliation ainsi que la nature de prestations servies et les adresses déclarées par les assurés pour les percevoir.

Il s'agit d'un dispositif centré sur **l'aide à la décision**, complémentaire à d'autres sources d'informations utilisées par les agents.

II. Le contenu du répertoire

Le RNCPS recense les bénéficiaires de prestations sociales obligatoires (les prestations d'action sociale des caisses n'y figurent donc pas) ainsi que toutes les prestations qui leur sont versées, sans les montants.

Très concrètement il permet, sur la base du numéro de Sécurité sociale (NIR) qui constitue l'identifiant des bénéficiaires 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 l'assuré pour le versement des prestations. Ces informations sont partagées entre tous les partenaires.

Les données et informations contenues dans le RNCPS concernent les bénéficiaires de prestations quelle que soit leur qualité (ou rôle) : assuré, allocataire, ayant droit, etc. Les cotisants retraite n'y figurent donc pas tant qu'ils ne sont pas encore bénéficiaires de la dite retraite.

Les différents types de prestations sont au nombre de 180 ; ils concernent entre autres celles à « droits de tirage » (exemple le risque

maladie en nature pour lequel un stockage de décomptes eut été démesuré ; ou les droits à congés payés).

Le RNCPS est adossé au SNGI (Système national de gestion des identifiants) géré par la CNAVTS. Les bénéficiaires sont ainsi référencés par le NIR, comme le prévoit la loi.



Sont inscrits au RNCPS les bénéficiaires disposant d'un NIR ou d'un numéro en cours d'instruction administrative en instance d'attribution d'un NIR (dit « NIA », numéro identifiant d'attente) ; pour répondre aux objectifs de la loi, un chantier est en effet engagé pour améliorer le SNGI et y ajouter notamment la gestion de ces numéros identifiants d'attente « NIA ».

En cas de changement de NIR (ou d'attribution du NIR définitif), le dossier RNCPS suit automatiquement.

Par ailleurs, il convient de souligner qu'il n'y a pas de lien physique entre les bénéficiaires du répertoire : pas de chaînages de NIR au sein du RNCPS (donc pas de liens automatiques possibles). Cela n'est pas à confondre avec les mécanismes d'accès au SNGI et ses données propres qui intègrent les historiques de NIR attachés à un bénéficiaire.

III. Les finalités du RNCPS

Le RNCPS a pour objectif global d'améliorer l'efficacité des organismes :

- améliorer la qualité du service rendu en facilitant les démarches administratives et en diminuant le temps de traitement des dossiers ;
- optimiser la gestion des organismes ;
- améliorer l'information des organismes et ainsi contribuer à réduire les risques de fraude aux prestations sociales.

A. Une meilleure qualité de service pour les bénéficiaires

L'objectif est d'appréhender la qualité de service globalement, que ce soit au guichet, par téléphone et sur internet en prenant appui sur l'utilisation du répertoire commun par l'ensemble des agents concernés dans les organismes. Par exemple, à partir de la liste des types de prestations servies, il sera possible de signaler aux assurés des avantages auxquels ils pourraient avoir potentiellement droit.



1. Aider à renseigner les bénéficiaires sur la gestion de leurs droits

Cet aspect suscite une forte attente de la part des partenaires du projet. On peut citer à titre d'exemple les cas suivants :

- une détection des bénéficiaires potentiels qui n'auraient pas fait valoir tous leurs droits (exemples : oubli d'une majoration enfants sur retraite, droit potentiel à l'aide à la complémentaire santé...);
- la recherche de bénéficiaires ayant une demande de retraite de base (MSA, CNAVTS, RSI...) mais pas de demande de retraite complémentaire. Par exemple, par la consultation du RNCPS, un technicien pourra renseigner le bénéficiaire sur les différents organismes qui lui versent une retraite et les prestations complémentaires qu'il peut obtenir suivant son type de retraite et lui offrir une aide pour vérifier la complétude de demande de droits dans les différents organismes de retraite ;
- dans le cadre d'une demande quelconque d'aide sociale, le RNCPS est un outil qui peut aider à orienter une personne qui n'est pas bien au courant de sa situation ou qui a perdu ses documents (expression forte issue des Collectivités territoriales).

2. Simplifier les démarches

Le RNCPS est un composant indispensable de l'interopérabilité et peut permettre d'orienter efficacement les personnes grâce à la connaissance des autres organismes qui lui servent des prestations.

À terme, le RNCPS pourra accompagner de manière importante les démarches de simplification et de dématérialisation en permettant un « aiguillage » transparent entre les organismes et administrations qui gèrent un bénéficiaire. Cette fonctionnalité complémentaire du répertoire est dite « plate-forme d'échanges ». Elle n'est pas encore opérationnelle, les travaux sont en cours. Toute donnée connue par un régime ou administration pourrait ainsi potentiellement être récupérée par un agent habilité dans le cadre de ses missions sans besoin de solliciter l'assuré, induisant une large simplification.

3. Garder le contact avec les bénéficiaires

Lors de la constatation par un organisme de retour des courriers avec la mention postale « NPAI » (« n'habite pas à l'adresse indiquée »), la consultation du RNCPS peut permettre de retrouver le bénéficiaire s'il a

oublié de signaler son changement d'adresse à l'organisme alors qu'il l'a indiqué à d'autres partenaires.

L'adresse présentée par chacun des organismes au regard des prestations qu'il sert est d'un grand intérêt dans ce cadre.



4. *La fiabilité des données relatives aux droits et prestations*

Les données présentées par le RNCPS n'ont d'intérêt pour les partenaires que parce que leur fiabilité est garantie. Ainsi, les organismes peuvent, dans le cadre de leurs missions, vérifier la complétude des données fournies. *A contrario*, le répertoire ne contient pas l'exhaustivité du dossier administratif de l'individu : il ne peut donc exonérer d'une demande d'informations complémentaires si nécessaire auprès des organismes répertoriés.

B. L'optimisation de la gestion des organismes

1. *Aider à l'identification des bénéficiaires et ressortissants*

L'identification fiable des bénéficiaires et ressortissants est un point clé dans le traitement des prestations. Relié au SNGI, le dispositif permet aux organismes d'acquérir des éléments leur permettant de s'assurer de l'identification de la personne concernée afin de ne pas omettre la prise en compte de droits ou prestations dont elle pourrait bénéficier ou de ne pas verser de prestations indues du fait d'une erreur d'identification. Cette préoccupation vaut autant dans le cadre de la consultation du répertoire que dans le cadre de la future plate-forme d'échanges évoquée au chapitre 3.1.

L'ensemble contribue ainsi à la certification des identifiants, qui constitue l'élément de sécurisation de référence. Les extensions prévues pour le SNGI doivent permettre d'améliorer la récupération des NIR de personnes non connues, ainsi que la rectification des identités incorrectes. De même, le partage de la gestion des numéros identifiants d'attente (« NIA ») est très attendu par les organismes.

2. *Rationaliser collectivement l'identification et la prise en compte des décès*

Complétant les dispositifs existants, le RNCPS aidera à déceler les fraudes à l'identité.



Par ailleurs, un décès (ou un décès non déclaré) devrait pouvoir être constaté plus rapidement dès lors qu'il est connu d'un des partenaires et signalé au RNCPS.

3. Simplifier les contacts inter organismes

La prise de contact directe va être facilitée avec les organismes servant les prestations pour obtenir des informations nécessaires à leur gestion : les rattachements du bénéficiaire aux organismes sont très facilement accessibles.

4. Améliorer le pilotage de la Protection sociale

La vue consolidée inter régimes qu'offre le répertoire permet d'ores et déjà de collecter des premiers résultats statistiques importants, qui viennent compléter les outils de pilotage globaux de la Protection sociale.

Cela va permettre une meilleure connaissance de la situation globale des bénéficiaires. Par ailleurs, les éventuelles anomalies constatées, avec leur nature et leur volume, permettront de mieux orienter les efforts des organismes quant à l'amélioration des procédures administratives et des outils afférents.

C. L'information des organismes sur la situation des bénéficiaires

Le répertoire offre aux organismes une meilleure visibilité des prestations perçues par les bénéficiaires.

1. Des contrôles facilités

Les organismes vont pouvoir effectuer des contrôles lors de l'instruction ou de la révision du droit à telle ou telle prestation. On peut ainsi citer, à titre d'exemple :

- le partage et la vue synthétique des informations de la branche famille et de la branche vieillesse ;
- l'aide à la vérification des ressources et des cumuls inter prestations, qui entrent dans le calcul de certains plafonds (CMU, prestations non contributives et attribution de secours).



2. Le renforcement de la lutte contre la fraude par les organismes sociaux

Les dispositifs de lutte contre la fraude mis en place par chacun de ces organismes seront fortement renforcés par le répertoire commun, dans la mesure où il est fondé sur le NIR en tant qu'identifiant unique. Son contenu permettra d'obtenir une vue complète de la situation d'un bénéficiaire dans l'ensemble de la Protection sociale et de détecter les anomalies et de mettre en évidence des présomptions de fraudes.

Ainsi, il sera possible de vérifier les déclarations du bénéficiaire notamment lors de l'attribution d'avantages non contributifs ou de l'attribution de l'aide sociale par les collectivités.

Via les adresses des organismes prestataires, il y aura des possibilités accrues de contacter des personnes dans le cadre du travail dissimulé.

Seront également facilitées les enquêtes sur les cas de service d'une prestation soumise à condition de résidence en France alors que d'autres prestations du bénéficiaire sont servies à l'étranger.

3. La recherche de concurrence inter prestations

Les organismes vont pouvoir s'assurer de non redondances de prestations non cumulables en inter régime. Le dispositif de consultation est complété en effet d'un module dit « analyse des prestations » basé sur 150 règles et qui restitue des signalements si nécessaire.

Diverses enquêtes sont ainsi facilitées sur les éventuelles prestations incompatibles Chômage – Retraite, RMI – Retraite, Invalidité – Retraite. Sont cités par exemple :

- le bénéfice des prestations « majoration pour enfant », qui est en concurrence entre certains régimes de retraite ;
- le bénéfice de certaines allocations chômage non compatibles avec les pensions du régime général à taux plein ;
- les Pensions Temporaires d'Orphelin du Service des Pensions de l'État qui viennent en concurrence des prestations familiales et qui ne sont servies que pour la part qui dépasse le montant des allocations familiales ;
- la recherche de prestations en double, qui est facilitée (par exemple, attribution de deux minima vieillesse dans deux régimes différents).



4. Améliorer la prévention

En consultant le répertoire au préalable d'une décision, les situations décrites citées ci-dessus peuvent être détectées avant que ne survienne l'anomalie elle-même. Il sera possible de constater qu'un minimum vieillesse est

déjà servi par un autre organisme avant d'en attribuer un deuxième, même si le dispositif peut permettre évidemment des détections *a posteriori*. De même, les déclarations de ressources pourront être rapprochées du patrimoine connu du RNCPS.

L'action de prévention rejoint ainsi le volet « qualité de service – aide aux assurés » : il convient de rappeler que, face à une législation complexe, **beaucoup d'erreurs de la part des assurés ne sont pas volontaires.**

IV. La mise en œuvre du RNCPS

A. La conduite du projet

Afin de mettre en œuvre le répertoire, la direction de la Sécurité sociale a lancé un projet fin 2007.

Un comité de pilotage a été instauré, sous la présidence du Directeur de la Sécurité sociale. Ce comité, et le groupe maîtrise d'ouvrage associé, regroupent 14 organismes directement impliqués dans le projet : l'ACOSS, l'AGIRC-ARRCO, la CCMSA, la CDC (pour l'IRCANTEC et la CNRACL), le CI-BTP – Union des caisses de France, la CNAF, la CNAMTS, la CNAV, la CNAVPL, la CNMSS, la CPRP SNCF, Pôle emploi, le RSI, le SRE. Les régimes spéciaux sont informés par la CPRP SNCF et la CNMSS.

La direction de la Sécurité sociale coordonne les travaux. Elle est responsable du répertoire en tant que maître d'ouvrage ; elle a pris en charge la présentation du dossier à la CNIL ainsi que la préparation du décret pris en Conseil d'État (décret du 16 décembre 2009). Les travaux pour définir le contenu et le fonctionnement du dispositif ont été réalisés avec des groupes d'experts issus des différents organismes, réunis en fonction des thèmes à traiter.

B. L'opérateur du RNCPS

La CNAV est l'opérateur du RNCPS.

Les informations fournies au RNCPS sont sous la responsabilité des partenaires. Les rattachements aux organismes sont centralisés chez



l'opérateur, en revanche les prestations et adresses ont vocation à rester conservées par les partenaires (sauf impossibilités techniques particulières) : elles ne sont en effet collectées par le RNCPS que le temps nécessaire à leur consultation. Ainsi, le RNCPS est un répertoire « réparti ». Cette architecture, qui prévoit la non concentration des données en un lieu unique, a été appréciée par la CNIL.

C. La réalisation et la mise en œuvre

Une association étroite et permanente entre les équipes mobilisées et la direction du projet a permis d'aboutir au début de 2010 à la recette et au début du chargement de la première partie du dispositif.

Le chargement du répertoire se poursuit et devrait être globalement achevé fin 2011.

L'accès au répertoire est fortement orienté vers une consultation individuelle en temps réel (par le NIR). Cette consultation est offerte *via* le portail de la CNAV, dit « EOPPS » (Espace des Organismes Partenaires de la Protection Sociale).

Des consultations de type collectif (en masse) sont également prévues.

V. Un projet original

Le nombre très important d'organismes concernés et le travail partenarial, basé sur le volontariat des participants, constituent la principale originalité du projet. Les tâches communes ont été réparties entre eux en fonction des possibilités. Cet effort collectif majeur est particulièrement à souligner.

L'ampleur, la qualité et la richesse des échanges ainsi suscités – et le dispositif RNCPS en lui-même – font de ce projet un véritable exemple de **décloisonnement institutionnel et administratif**.



2

LE MANAGEMENT DE LA PROTECTION SOCIALE : TENDANCES ET ÉVOLUTIONS



Qu'est-ce qu'un risque social ?

François Ewald
Directeur de l'ENASS

Je ne pense pas que nous puissions dire que cette question constitue une catégorie juridique bien formalisée. En revanche, c'est un vocabulaire qui a commencé à apparaître à partir de la fin du XIX^e siècle, dans l'environnement de la naissance des assurances sociales. Jusqu'à ce que soit formalisée la notion de risques professionnels dans la loi sur les accidents du travail de 1898, la notion de risque ne figurait d'ailleurs pas dans les dictionnaires de droit. Rappelons-nous en effet que le risque a intégré le droit par l'intermédiaire des questions sociales.

I. La notion de risque

Peut-être faut-il, avant de parler de risque social, aborder la notion de risque. C'est également un terme tellement utilisé qu'il est difficile de s'entendre sur sa signification. Je m'appuie pour ma part sur une définition qui provient du monde de l'assurance.

Tout d'abord, la notion de risque suppose une représentation du monde. Dans cette représentation, les événements sont définis par la valeur elle-même exprimée sous la forme d'un prix. Dès lors, le risque est une valeur monétaire. C'est parce qu'à un moment donné nous avons eu des techniques qui ont permis de transformer des événements de la vie en des prix qu'a pu naître une activité économique basée sur le transfert et la couverture des risques, c'est-à-dire le monde de l'assurance. Ce monde de l'assurance travaille sur une représentation du monde réelle où celui-ci est transformé en des valeurs monétaires. À la probabilité d'un événement du monde réel, l'assureur donne un prix. Lorsque cet événement se réalise, il donne lieu à nouveau à une activité financière, c'est-à-dire au versement d'une indemnité correspondant à sa valeur.

Cette définition permet de comprendre la notion d'assurabilité : cette représentation du monde est particulière et ne permet pas d'intégrer tous les événements du monde. Elle est extrêmement parcellaire. Dès lors, ce qui ne rentre pas dans cette représentation sera déclaré inassurable.

2

LE MANAGEMENT
DE LA PROTECTION
SOCIALE :
TENDANCE ET
ÉVOLUTION

L'assureur travaille donc sur une représentation du monde fournie par ces techniques du risque et qui transforme les événements de la vie quotidienne en des valeurs monétaires. La conquête de cette représentation du monde – qui émerge avec Pascal, en tous cas pour sa formalisation mathématique – a une efficacité extraordinaire mais qui malgré tout ne permet pas de traiter de tous les événements, ce qui est à l'origine des problèmes d'assurabilité.

II. Le risque social

La notion de risque social est en premier lieu une spécification de cette catégorie plus large. Le monde de la Protection sociale est aussi un monde où les événements de la vie sont transformés en valeur monétaire et donnent lieu à circuits financiers. Nous sommes donc bien dans le même univers.

Je propose d'aborder cette notion à partir de trois dimensions. Tout d'abord, il faut considérer le risque social comme étant pris en charge par les institutions de Protection sociale. J'évoque dans ma présentation les « assurances sociales et ce qui leur ressemble ». Les frontières sont en effet floues, par exemple avec les mutuelles : s'agit-il d'institutions de Protection sociale, de marché, etc. ?

La deuxième dimension revient à considérer le risque social comme donnant lieu à des transferts sociaux, selon le principe de solidarité. C'est une définition politique qui dépend de la finalité donnée aux institutions qui prennent en charge ces risques.

Enfin, le risque social peut apparaître comme un risque dont la société définit les termes indépendamment de la nature objective des risques en question.

Nous pouvons donc considérer que les risques sociaux sont les risques pris en charge par les institutions de Protection sociale, dont le traitement est organisé de manière à ce que le prix du risque ne soit pas équitable, au sens de l'équité actuarielle. En d'autres termes, nous allons organiser des transferts sociaux à l'occasion de la couverture des risques, selon le principe de solidarité. De plus, le risque social est un risque dont la société définit les termes. Je vais y revenir.

Je vous propose de reprendre une par une ces trois définitions.



A. La définition institutionnelle

La notion de risque social est apparue lorsqu'une branche d'assurance a été dédiée à la couverture de ce type de risque, c'est-à-dire à la fin du XIX^e siècle avec la naissance des assurances sociales. Les premières ont concerné les accidents du travail et ont proposé une couverture des risques professionnels. Ont ensuite été promulguées en 1910 les lois sur les retraites ouvrières et paysannes, puis les lois de 1928-1930 sur l'Assurance maladie. Les clients de ces assurances sont alors les salariés. Le monde du salariat va ainsi devenir un univers de protection spécifique donnant naissance aux institutions que sont les assurances sociales.

La généralisation de ces assurances après la seconde guerre mondiale a abouti à la création de la Protection sociale. À la différence des assurances sociales, la Protection sociale s'adresse à tout le monde, y compris les non-salariés. La Protection sociale rassemble certes des assurances sociales, mais ayant comme destinataire la population toute entière, et non plus uniquement les salariés.

Ces institutions ont pour caractéristiques d'être globalement protégées de la concurrence, et d'avoir des statuts privilégiés ainsi qu'une fiscalité spécifique. La forme la plus évidente de cette protection vis-à-vis de la concurrence est celle du monopole public. Il ne peut en effet pas exister d'assurance sociale dans le cadre d'un marché. Si tel était le cas, les institutions seraient confrontées à des problèmes d'anti-sélection qui feraient disparaître les caractéristiques du risque en question. C'est la raison pour laquelle sont créées des institutions spécifiques, protégées de la concurrence, avec un monopole assorti d'une obligation d'assurance. Ces sont en outre des institutions qui ne relèvent pas de la compétence des traités européens.

Nous pouvons considérer que la tendance est plutôt à la réduction des privilèges dont disposaient les institutions marginales couvrant les risques sociaux. Ces institutions sont donc de moins en moins protégées de la concurrence. C'est vrai pour les IP et les mutuelles. Nous sommes maintenant recentrés sur ce qui ne relève pas de la compétence des traités, mais nous ignorons combien de temps cela pourra encore durer.

B. La définition politique

Cette définition politique est la définition par la finalité. Ce sont des risques dont la gestion est ordonnée sur le principe de solidarité. Comme vous le savez, les risques de l'assurance traditionnelle sont normalement

2

LE MANAGEMENT DE LA PROTECTION SOCIALE : TENDANCE ET ÉVOLUTION

tarifés sur le principe de l'équité actuarielle. Tous ceux qui souhaitent appartenir à une mutualité pour bénéficier des compensations qu'elle peut offrir y entrent en fonction de leur part propre dans la réalisation du risque. En d'autres termes, chacun paie pour sa part du risque, mais théoriquement personne ne paie en deçà ou au-delà de ce niveau. Les primes de couverture d'un même risque ne sont donc pas identiques selon votre situation. Dans le domaine de l'assurance automobile, la prime pour un jeune conducteur ne sera évidemment pas du tout identique à celle d'un conducteur plus âgé.

Cette tarification évite les transferts. Nous cherchons à les éviter puisqu'en cas de transferts, nous pouvons penser qu'il n'y aurait pas de demande d'assurance. En effet, vous acceptez de payer une prime dans une mutualité assurantielle parce que vous savez que vous payez le juste prix, et que vous ne voulez pas payer pour le risque des autres. Or en cas de transferts, il vous serait justement demandé de payer pour le risque des autres. Le client se retirerait alors de la mutualité puisqu'il lui aurait à payer davantage que la valeur de son risque et qu'il n'en verrait pas la justification. Dans la théorie classique de l'assurance, le prix d'équité est celui qui est défini de manière à ce qu'une personne souhaitant s'assurer accepte de le faire. Nous sommes bien dans un marché, ce qui pose la question de la condition à laquelle je suis prêt à payer une prime pour couvrir un risque. Cette condition, c'est l'équité du prix. Le prix est donc tarifé en fonction de cette équité, et les actuaires en définissent les conditions. Je rappelle que le prix d'équité est proportionnel à la probabilité de la réalisation du risque que vous faites courir à l'ensemble du groupe.

Dans une logique de solidarité, nous sommes affranchis de ces problèmes. Beaucoup de formules peuvent exister, mais la plus expressive est celle-ci : « cotiser selon ses moyens, recevoir selon ses besoins ». Le montant des cotisations est par exemple proportionnel aux revenus, mais le montant des prestations n'est pas proportionnel aux cotisations versées. Il dépend de vos besoins de santé. Une personne très riche de 20 ans peut ainsi être amenée à cotiser énormément compte tenu de ses revenus, alors qu'elle n'aura qu'un risque très faible en matière de maladie. Cela permet de payer les consommations médicales d'un individu très pauvre de 65 ans dont les cotisations seront très faibles, voire prises en charge. Cette formule est celle de Marx dans le programme de Gotha de 1871. Cette formule sous-tend donc le socialisme tel qu'il était rêvé au XIX^e siècle.

D'autres formules sont possibles, dès lors que nous distinguons la prime du risque. Cela donne lieu à de véritables paradoxes et à des régimes

2

LE MANAGEMENT
 DE LA PROTECTION
 SOCIALE :
 TENDANCE ET
 ÉVOLUTION

de solidarité mis en œuvre par des techniques d'assurance privée. Si nous observons le fonctionnement précis de nombreuses branches d'assurances, nous constatons, en tous cas pour toutes les assurances obligatoires, qu'elles introduisent beaucoup d'éléments de redistribution. Par exemple, le bonus-malus de l'assurance automobile est organisé de telle manière qu'il favorise les mauvais conducteurs. Si le jeune conducteur était tarifé au prix d'équité, il est probable qu'il ne pourrait pas acquitter la prime. Le bonus devrait être beaucoup plus élevé, c'est-à-dire que les meilleurs conducteurs devraient payer une prime bien inférieure, mais ce bonus est maintenu à 50 % pour introduire une redistribution avec ceux qui, sans cela, ne pourraient pas payer. Nous pouvons dès lors nous demander si même dans l'assurance privée, nous ne trouvons pas finalement que des risques sociaux. C'est une autre question.

C. La définition technique

Dans le cadre de sa définition technique, le risque est celui dont la société définit les termes, ce qui correspond à une approche philosophique de cette problématique. Dans la théorie classique du risque assurantiel, la notion clé est celle de l'aléa. L'aléa est un événement qui ne dépend pas de nous, ou en tous cas pas de l'assuré. L'assurance a justement pour fin de protéger les assurés d'événements qui ne dépendent pas d'eux. Nous avons à l'époque une vision du rapport de l'homme au monde qui n'est pas celle que nous avons aujourd'hui. Nous considérons en effet à ce jour que tout dépend de nous, et qu'il n'existe aucun événement n'étant pas lié à une part de l'activité humaine. Néanmoins, à l'époque, sur la base de l'aléa, les lois de l'assurance étaient considérées comme objectives et fondées par des observations statistiques. Les individus étaient alors invités à se plier à l'observation des lois de la nature pour organiser la couverture des risques.

La théorie du risque social est entièrement différente de cette vision. Elle sous-entend en effet qu'il n'y a de risque que de la société. C'est en d'autres termes la société qui les crée et les institue. De ce point de vue, les premiers types de risques sociaux ayant fait l'objet d'observation ont par exemple été ceux liés à la criminalité. Ketley, en 1830, concluait de l'observation des statistiques criminelles de la France que chaque année, « le budget de la France au crime » était constant. Sa proposition avait alors été de considérer que cela correspondait à une loi : la criminalité, prise globalement, ne dépend pas de la volonté plus ou moins bonne ou

2

LE MANAGEMENT DE LA PROTECTION SOCIALE : TENDANCE ET ÉVOLUTION

mauvaise des individus, mais elle est une fonction de la société. Le crime apparaît alors comme un événement touchant des individus, mais également comme caractérisant un groupe, en l'occurrence la société française.

Dans ce cadre, être victime de ce type de risques n'est plus seulement un événement aléatoire qui dépend plus ou moins de moi, mais un événement qui témoigne d'un certain état de la société française. Il est donc attribué d'abord à la société. Cette attribution d'un événement à la communauté est ce qui le socialise. En matière sociale, la grande découverte sera liée aux statistiques des accidents du travail. Si 100 morts sont comptabilisés une année N, ce nombre restera stable l'année suivante si rien n'est fait. Il en est de même pour la mortalité sur les routes. Vous ne pourrez pas savoir qui sera tué, mais vous pourrez savoir que certains auront plus de risques de l'être que d'autres. Le groupe en tant que tel présente ainsi une constance de risque. En 1860, l'assureur Hyppolyte Marestaing va ainsi considérer qu'une entreprise peut être caractérisée par ses risques d'accidents du travail, ce qui va donner naissance à l'assurance des risques.

134

L'idée que l'entreprise puisse être caractérisée par ses risques d'accidents du travail sera étendue à la société toute entière qui va donc se positionner comme gestionnaire de l'ensemble des événements qui lui sont attribuables. Les risques sociaux deviennent alors l'expression d'un état de la société. La gestion de ces risques est celle du contrat sur le rapport des individus aux événements, dans une société donnée. Le risque est ainsi l'expression d'un rapport social. Ce sera la grande thèse des solidaristes. À la fin du XIX^e siècle, avec la naissance de la sociologie, cette thèse revient à considérer que les risques sont avant tout des événements de la société qui affectent les individus, non de manière aléatoire mais en fonction de caractéristiques dont ces mêmes individus ne sont pas responsables. Il faut dès lors chercher à corriger ces mauvaises distributions, ce qui n'a pas lieu d'être dans une vision assurantielle et aléatoire du risque. Le risque social devient alors un risque que la société identifie et dont elle s'empare pour ensuite le manipuler en fonction d'objectifs relatifs à sa vision du contrat social. Cette localisation des risques dans la société permet de parler de socialisation des risques.

Les retraites constituent une illustration évidente de ce point. Il existe des contraintes financières, démographiques, etc., mais la création d'un régime de retraite vous offre une extraordinaire liberté vis-à-vis de nombreux facteurs pouvant définir la nature du risque : âge de retraite, taux de remplacement, etc. Ce sont des éléments sur lesquels les politiques

2

LE MANAGEMENT
 DE LA PROTECTION
 SOCIALE :
 TENDANCE ET
 ÉVOLUTION

ont un pouvoir décisionnel. Ainsi, face au problème des retraites, lorsqu'il est argué qu'il s'agit d'une contrainte démographique, certains répondent que nous pouvons néanmoins faire ce que nous voulons de la démographie, c'est-à-dire effectuer la gestion d'un rapport social qui sera l'expression d'un rapport de forces sociales. La réalité du risque sera celle de ce rapport.

Les trois déterminations que j'ai évoquées sont solidaires. Ce sont des risques politiques, et dont la couverture a des finalités politiques. Ils ne peuvent donc pour cette raison que relever d'institutions spécifiques hors marché.

III. La régulation

Plusieurs conséquences apparaissent dès lors évidentes. La logique de la couverture des risques sociaux, puisqu'ils sont portés par la société, conduit à en faire des risques politiques, c'est-à-dire de moins en moins sociaux, si du moins nous plaçons le social dans la relation de travail. Ces risques portent ainsi sur la société toute entière et font l'objet d'un financement qui relève de la fiscalité. Aujourd'hui, les risques sociaux sont de moins en moins positionnés dans une relation sociale et sont de plus en plus des risques liés aux citoyens, fiscalisés et relevant de l'existence. Lorsque vous organisez un régime de retraite, vous ne cherchez pas à couvrir les vieux travailleurs, mais à mettre en place un rapport collectif entre des moments de la vie. La vie collective se trouve ainsi organisée autour d'un certain schéma de vie.

IV. La théorie du risque

À la fin du XIX^e siècle, au travers des grands débats sur les accidents de travail, les retraites, etc., une nouvelle théorie du risque, distincte de la théorie de l'assurance, va se créer. Les risques sont construits, institués et produits. Nous n'y sommes pas uniquement confrontés, mais nous les organisons, en tous cas pour une certaine part. Les risques classiques peuvent alors apparaître comme des limitations. Aujourd'hui, nous constatons que cette socialisation des risques est par exemple très active autour de la problématique des tests génétiques. Dans ce domaine, nous avons la capacité d'avoir des informations de plus en plus abondantes et précises en matière de santé. La position de la société est que cette information

2

LE MANAGEMENT
DE LA PROTECTION
SOCIALE :
TENDANCE ET
ÉVOLUTION

n'a pas à être intégrée dans la gestion des risques collectifs. Il en est de même pour le problème de la distinction hommes femmes. Les hommes et les femmes n'ont pas la même espérance de vie : est-ce une raison pour que les tarifs d'assurance en tiennent compte ? La règle européenne de principe est de ne pas tenir compte de ces différences, à quelques exceptions près. La société décide donc de plus en plus des éléments à prendre en compte dans le cadre de la gestion des risques.

V. Le risque social a-t-il un prix ?

Il existe une économie spécifique, et il faut en étudier les aspects par rapport à l'individu et par rapport à la société. Au niveau de l'individu, le risque social a un prix exorbitant pour celui qui est en risque alors qu'il ne l'a pas mérité. En revanche, pour la société, le prix d'un risque social correspond au prix du coût social pour ne l'avoir pas pris en charge. Puisque le risque représente un coût social que la société va devoir gérer, le risque social est le prix à envisager en cas de non-traitement du problème. Si par exemple vous ne traitez pas le problème des mal-logés, cela entraînera des coûts (assistance, etc.). Le coût de ce type de risque est le coût des investissements que vous serez obligés de consentir en l'absence d'une gestion de ce risque en amont.

136

VI. Peut-on désocialiser les risques sociaux ?

La réponse est double selon moi. Nous pouvons en effet désocialiser les risques sociaux s'il s'agit de risques publics, dans la mesure où ils engagent la solvabilité de l'État. De même, cela est possible dès lors que l'organisation des prestations en termes de droits peut être considérée comme conduisant à des effets pervers : les individus ne se pensent pas comme membres du groupe avec les responsabilités associées, mais considèrent que leur sont donnés des droits à des prestations qu'il faut optimiser. Le mécanisme de la solidarité est dans ce cas profondément détourné au profit d'effets que les assureurs appellent « d'aléa moral » qui mettent en péril la gestion sociale des risques.

Je pense quoi qu'il en soit que nous resterons dans une vision socialisée des risques puisque nous ne reviendrons pas à l'état de nature et que la gestion des risques répond toujours à des politiques publiques.



Les grands équilibres du système public de la Sécurité sociale

Dominique Libault

Directeur de la Sécurité sociale

Le sujet qu'il m'a été demandé de traiter n'était pas évident à cerner, mais je pense que l'intérêt peut être de réfléchir sur ce en quoi l'assurance obligatoire solidaire se rapproche ou non de la gestion des risques en matière assurantielle classique. Nous pouvons donc nous intéresser aux spécificités de la gestion du risque en assurance sociale solidaire.

I. Les caractéristiques de la gestion du risque social

Tout d'abord, nous avons pour point commun d'être confrontés au problème de l'équilibre financier qui reste un sujet central. Je ne vais pas m'y attarder, puisque les journaux le font assez. Nous sommes face à des risques financiers considérables, et il n'est plus possible d'en faire abstraction. Le Premier ministre l'a rappelé hier dans le cadre de sa déclaration de politique générale. Dans le cas du risque social solidaire, l'appui de l'État ne nous permet pas de nous détacher de cet enjeu d'équilibre, même si la tentation est évidemment plus forte qu'ailleurs en considérant qu'il y aura toujours un réassureur bénéficiant de moyens illimités. Face à ce risque propre à l'assurance solidaire, il est nécessaire de rappeler sans cesse la nécessité d'un équilibre financier, c'est-à-dire celle d'équilibrer le risque en fonction des ressources du système. Soulignons que nous sommes passés pour le régime général d'un déficit de 10 milliards d'euros à un déficit de 25 milliards d'euros en 2010. Ces éléments mettent en jeu l'équilibre des finances publiques du pays.

De plus, contrairement à une idée répandue, il est plus compliqué de jouer sur les tarifs dans l'assurance solidaire que dans l'assurance privée. Pendant longtemps, il a été considéré que la gestion du régime obligatoire n'était pas difficile puisqu'il suffisait d'augmenter les ressources. C'est en effet ce qui a été pratiqué entre les années 1960 et 1980. Les

2

LE MANAGEMENT
 DE LA PROTECTION
 SOCIALE :
 TENDANCE ET
 ÉVOLUTION

déséquilibres potentiels ou réels étaient alors comblés par la décision des Pouvoirs publics d'augmenter les prélèvements obligatoires. Aujourd'hui, nous ne sommes plus du tout dans cette situation, et l'augmentation des tarifs et de la cotisation est un geste beaucoup plus difficile que celui d'une augmentation de la prime en matière d'assurance privée.

Il suffit pour le vérifier de se tourner vers les 15 ou 20 dernières années. Le pouvoir politique en place depuis quelques années en a fait un point central de sa doctrine. Les prélèvements obligatoires ne font plus l'objet d'augmentation de taux. Compte tenu des augmentations réalisées par le passé, ils ont déjà atteint un niveau très élevé. De plus, dans ces opérations d'augmentation, le décideur ne prend pas seulement en compte l'équilibre financier du risque, mais aussi l'incidence de ces décisions sur des éléments exogènes à la gestion du risque social : la compétitivité ; l'emploi ; l'acceptabilité politique ; la croissance ; etc. Nous sommes en effet dans un mode de décision publique où le décideur final est face à d'autres enjeux que l'équilibre financier des risques sociaux. De plus, le risque social représente une telle volumétrie par rapport à l'assurance privée qu'une décision d'augmentation tarifaire a nécessairement une très forte incidence, par exemple sur le pouvoir d'achat, la consommation ou la croissance. *In fine*, ces incidences peuvent même impacter les ressources réelles du système, les ressources de l'assurance solidaire étant fonction de la croissance *via* une indexation sur les revenus des ménages.

Face à la nécessité d'atteindre un équilibre financier, l'action sur les tarifs est donc beaucoup moins aisée qu'il y a 20 ou 30 ans et beaucoup plus rare. Cette atteinte de l'équilibre doit ainsi se faire en agissant sur la dépense et sur le risque. Nous retrouvons ici une problématique qui peut paraître proche de celle des assureurs privés. Ils peuvent certes augmenter les tarifs, mais ce n'est pas non plus pour eux une décision facile, au regard de la concurrence et de l'appréciation qu'en feront les assurés. Comme vous le savez, la gestion des risques sociaux essaie également de se professionnaliser et d'aller vers une gestion de plus en plus active du risque.

II. Contraintes et paradoxes

La gestion du risque social se trouve gouvernée par des contraintes ou des considérations assez différentes de celles que nous retrouvons généralement dans l'assurance privée.

2

LE MANAGEMENT
DE LA PROTECTION
SOCIALE :
TENDANCE ET
ÉVOLUTION

Dans le cadre de la problématique du risque, la notion d'aléa est très importante. Cet élément, couvert dans une assurance privée, est un événement imprévisible, extérieur, rare, indépendant de la volonté de l'intéressé et dommageable. À l'origine, l'assurance sociale suivait également ce système, par exemple en comblant l'absence de revenus en cas de maladie. Il en a été de même avec la retraite et l'assurance sociale mises en place par Bismarck en Allemagne.

Aujourd'hui, compte tenu de l'extension considérable des assurances sociales et d'un changement de philosophie engendré par cette extension elle-même, le raisonnement est différent. La Sécurité sociale vous accompagne tout au long de la vie, de la naissance à la mort, et pour des événements qui ne sont ni imprévisibles, ni extérieurs, ni dommageables pour l'intéressé. Par exemple, la Sécurité sociale propose des allocations en fonction du nombre d'enfants. Le fait d'avoir des enfants étant généralement un choix de la part des familles, ce n'est donc pas un risque négatif que couvre la branche Famille. Il en est de même pour la branche Vieillesse. Il suffit de regarder les récents événements pour constater que l'arrivée à l'âge de la retraite n'est aucunement vécue comme un risque négatif. C'est au contraire un événement espéré et attendu. Nous sommes donc bien face à quelque chose de moins en moins aléatoire ou redouté.

L'Assurance maladie s'est aussi transformée. Elle vous accompagne également tout au long de la vie puisqu'elle prend en charge une multiplicité d'actes qui pour l'essentiel, en tous cas en nombre, sont de plus en plus des actes de prévention plutôt que des actes curatifs. Ce sont d'ailleurs autant de gestes qui sont préconisés par les Pouvoirs publics. Le recours à l'Assurance maladie ne doit pas être rare et tardif, mais au contraire présent tout au long de la vie. Notre volonté est que la plus grande partie de la population intègre ce fonctionnement. En ce sens, l'Assurance maladie est devenue une Assurance santé, et les assurances sociales sont des Assurances vie. C'est une garantie offerte à tous les membres de la société pour les accompagner dans tous les événements de leur vie et leur permettre de développer leur vie de manière satisfaisante, notamment en ayant des enfants et en restant en bonne santé le plus longtemps possible.

Parmi les caractéristiques majeures des assurances sociales, il faut également souligner que leurs problèmes financiers ne sont pas dus à leur échec mais à leur succès. Ce système a en effet formidablement réussi. La Protection sociale a considérablement participé à l'augmentation

2

LE MANAGEMENT
 DE LA PROTECTION
 SOCIALE :
 TENDANCE ET
 ÉVOLUTION

de l'espérance de vie en bonne santé. Or c'est précisément ce phénomène qui aujourd'hui aboutit aux problèmes de soutenabilité du système.

Au regard de ces spécificités, nous ne pouvons pas nous contenter de penser qu'il faudrait limiter le recours au système de protection, puisqu'au contraire nous encourageons la population à faire appel à lui en ayant des enfants, en faisant de la prévention maladie, etc. Ceci constitue le paradoxe de la gestion du risque social : la Protection sociale est là pour que nous nous en servions, mais il faut limiter le montant des dépenses afférentes.

Nous n'avons donc pas le même rapport à l'aléa et à la survenance de la protection tels que nous les connaissons dans la plupart des systèmes classiques d'assurance privée.

Par ailleurs, nous sommes dans l'assurance solidaire, ce qui implique que les tarifs ne soient pas établis en fonction du risque. Dès lors, il ne peut y avoir de sélectivité. Le fait de préférer le « bon risque » et exclure le « mauvais risque » constitue généralement une composante importante de la gestion des assurances privées. En ce qui nous concerne, nous nous concentrons d'une certaine manière sur le mauvais risque, avec par exemple le système ALD (Affections de Longue Durée) de l'Assurance maladie : plus vous êtes malade, mieux vous serez pris en charge par l'assurance solidaire.

Les contraintes pour équilibrer le système sont donc très fortes. Nous ne pouvons pas jouer sur les tarifs ni opérer une sélection du risque. Nous ne pouvons même pas essayer de réduire les occurrences du recours à la Protection sociale, puisque nous souhaitons précisément le contraire. Le système apparaît très déséquilibré du fait même de son succès, c'est-à-dire du vieillissement de la population, les dépenses augmentant ainsi plus vite que les recettes. À ceci s'ajoutent des événements démographiques, le progrès médical, et le ralentissement de la croissance potentielle de l'économie. Nous ne pouvons en effet plus compter sur l'augmentation des ressources telle que nous l'avons connue entre les années 1960 et 1980. Dans ce cadre, la gestion des risques au sein d'une assurance solidaire devient un exercice assez compliqué.

III. Les leviers de gestion

L'un des premiers éléments de gestion du risque est de peser sur les prix de ce qui est acheté, notamment en matière d'Assurance maladie : prestations, services et produits de santé. L'objectif va donc être, pour une

2

LE MANAGEMENT DE LA PROTECTION SOCIALE : TENDANCE ET ÉVOLUTION

qualité donnée, de les acheter le moins cher possible. Les assureurs privés peuvent également viser cet objectif en travaillant avec des offreurs. Ils le font notamment sur l'optique. Les Pouvoirs publics disposent néanmoins de quelques armes supplémentaires par rapport à ces assureurs classiques, puisqu'ils peuvent administrer les prix. L'exemple typique est celui du médicament, dont les prix sont définis au sein du Comité Économique des Produits de Santé (CEPS). Il faut tout de même prendre en compte pour cette définition du prix le soutien à la recherche et à l'innovation. Nous avons une industrie de santé assez forte en France et nous entendons la soutenir. La fixation du prix ne sera donc pas dirigée uniquement par le souhait de l'assureur santé.

Cette politique de prix administrés était assez peu répandue il y a encore quelques années dans les pays européens. Aujourd'hui, de plus en plus de pays y viennent. La gestion du risque que nous avons en France fait globalement consensus. Nous fêtons en ce moment le départ de Noël Renaudin, le Président du CEPS, qui est peu connu médiatiquement mais qui l'est beaucoup dans notre secteur. Il exerçait cette fonction depuis 10 ans, et tout le monde souligne l'excellence de son travail et l'efficacité du système mis en place. Le secteur de l'industrie pharmaceutique lui-même ne remet aucunement en cause ce système de prix administrés.

Peser sur les prix des services de santé suppose également de négocier les tarifs des professionnels de santé, ce qui se traduit par ce que nous appelons la politique conventionnelle : l'Assurance maladie négocie des tarifs, notamment avec les médecins, selon un système de règlement conventionnel. Les prix que va payer l'assureur ne sont donc pas fixés de manière totalement indépendante de lui. Cela est par ailleurs à l'origine du problème des dépassements d'honoraires, compte tenu de la non concordance entre le prix de l'assureur et le prix que paye l'assuré.

En ce qui concerne ensuite les offreurs de soins publics, les politiques de prix relèvent de la tarification à l'activité. Le prix payé est ainsi le même pour tous les offreurs, pour une activité donnée, ce qui oblige ceux qui sont les moins efficaces à le devenir davantage. À défaut, certains dans le domaine privé peuvent disparaître. Dans le public, cette disparition d'un établissement est moins envisageable. L'établissement doit alors par exemple se rénover, ce qui risque de l'exposer à des déficits budgétaires. L'action sur les prix se double ainsi d'une action sur l'efficacité, l'objectif étant de faire en sorte que les prestations de santé payées par l'Assurance maladie coûtent le moins cher possible.

2

LE MANAGEMENT DE LA PROTECTION SOCIALE : TENDANCE ET ÉVOLUTION

Ce sont des domaines très spécifiques à la puissance publique, puisque entrent en jeu des politiques de prix et de pilotage d'établissements. Au sein de la Sécurité sociale comme de la CNAM, cela nous conduit à encourager des pratiques telles que la chirurgie ambulatoire, c'est-à-dire des pratiques moins coûteuses pour le système de santé. Nous approfondissons ces stratégies en utilisant des outils et leviers organisationnels spécifiques dont disposent les Pouvoirs publics, à l'instar des Agences Régionales de Santé (ARS) créées récemment. Nous avons ainsi donné 10 objectifs très directs de gestion du risque aux ARS pour 2010 et 2011.

La gestion du risque se traduit donc par une action sur les prix et sur l'efficacité des acteurs de soins. L'intérêt de la gestion du risque assurantiel obligatoire est ainsi d'aller en amont de la constitution de la dépense elle-même pour essayer d'en réduire la progression autant que possible. Une meilleure organisation du système favoriserait cette recherche d'économie. Le lien entre la politique assurantielle et la politique d'organisation du système est évidemment fondamental dans la gestion du risque aujourd'hui. Les ARS illustrent cette fusion de la vision de l'Assurance maladie et de celle de l'organisation de la santé. Elles réunissent en effet au niveau local des intervenants de l'Assurance maladie et des intervenants de l'État pour encourager cette stratégie.

Agir en amont sur la dépense et sur le système signifie aussi agir sur les comportements individuels. Nous retrouvons ici certaines actions que nous avons déployées, par exemple avec le parcours de soins institué en 2004. Comme vous le savez, notre organisation du comportement individuel est moins contraignante qu'elle ne l'est dans d'autres pays, par exemple en Angleterre. Nous préservons donc la liberté de choix, qui fait partie des valeurs essentielles en France. Nous essayons néanmoins de guider et d'orienter directement ou indirectement les comportements de recours au système de soins : choix d'un médecin traitant ; adoption des médicaments génériques ; etc.

L'assureur public ne peut donc pas tout faire par rapport à l'assurance privée, mais il dispose par ailleurs de leviers spécifiques en s'appuyant sur les prérogatives des puissances publiques, l'enjeu étant de tirer le meilleur parti de cette capacité.

En matière d'Assurance retraite, nous retrouvons également une problématique similaire autour de la gestion du risque. L'objectif est également de travailler en amont de la retraite pour préserver le plus longtemps possible la capacité de travail des intéressés et faire en sorte que le

2

LE MANAGEMENT
 DE LA PROTECTION
 SOCIALE :
 TENDANCE ET
 ÉVOLUTION

passage à la retraite soit retardé. C'est aussi une rupture très forte dans les politiques économiques et sociales de la France. Dans les années 1970 et 1980, la stratégie des Pouvoirs publics de l'époque était au contraire, face à la montée du chômage, de favoriser le départ précoce des salariés. Cela s'est concrétisé avec la réforme de la retraite de 1982 et le départ à 60 ans, mais cette réforme avait été elle-même précédée d'une stratégie identique dans les années 1970 avec la « garantie de ressources ». Cette garantie représentait 70 % de la rémunération brute. De nombreux salariés étaient ainsi partis à la retraite avant la réforme de 1982, ce qui avait donné lieu après celle-ci à un transfert massif de personnes qui étaient sous cette garantie vers le régime de retraite classique.

Aujourd'hui, le raisonnement est inverse. Face à la dégradation du ratio démographique entre actifs et inactifs, il est considéré essentiel de maintenir les seniors plus longtemps en activité. En France, nous comptabilisons 17 % des 60 à 65 ans en activité, contre 43 % en Allemagne ou 64 % en Suède. Pour gérer le risque retraite, il faut donc trouver une solution pour maintenir les salariés en activité plus longtemps : politique d'emploi des seniors ; politique de prévention de la pénibilité ; etc.

La gestion du risque retraite se déplace aujourd'hui sur ces sujets. C'est la raison pour laquelle vous trouvez dans les plans retraite des armes qui sont celles des Pouvoirs publics et qui se traduisent par de fortes incitations à l'égard des acteurs économiques pour mettre en place cette gestion préventive en faveur du travail durable. Il s'agit de la « taxation conditionnelle ». La récente réforme prévoit en effet une taxation en cas l'absence de plan de prévention de la pénibilité. Une taxation peut également intervenir si l'entreprise ne met pas en place un plan d'égalité hommes femmes, l'un des sujets soulevés à l'occasion de la dernière réforme ayant été les inégalités de retraite entre hommes et femmes. Ces inégalités ne sont que le reflet des inégalités salariales et de carrière pendant la vie professionnelle. Pour agir sur l'équité au moment de la retraite, il faut agir sur la rémunération et le déroulement des carrières pendant la vie professionnelle.

La gestion du risque se joue donc avec des instruments nouveaux visant les comportements et les pratiques des individus comme des entreprises afin que le système de redistribution puisse continuer de fonctionner dans des conditions équilibrées.

Avant de laisser place au débat, je souligne que la nature spécifique des risques couverts est importante. La notion même de risque est délicate, puisque qu'il faut se défaire de la définition classique du risque qui ne

2

LE MANAGEMENT DE LA PROTECTION SOCIALE : TENDANCE ET ÉVOLUTION

correspond pas à ce que couvre la Protection sociale solidaire en France. Réussir à maîtriser les dépenses nécessite d'utiliser des outils que seule la puissance publique peut mobiliser. Je crois en l'efficacité de l'assurance obligatoire publique sur ces sujets, puisque seule cette assurance peut porter la solidarité. De plus, face à ces risques, elle constitue l'une des meilleures solutions pour maîtriser la dépense. Dans le domaine de la santé, je suis plutôt satisfait des résultats que nous enregistrons en France. Au début des années 2000, nous en étions à une progression des dépenses d'Assurance maladie de plus de 7 %. Aujourd'hui, nous en sommes à 3 %. Nous avons donc réduit de moitié cette progression. Cela s'est fait certes grâce en partie à des changements de périmètres, à l'instar des remboursements, mais ils restent tout de même minoritaires dans les stratégies. Par exemple, parmi les 2,4 milliards d'économies réalisées cette année par rapport aux évolutions tendancielle, les remboursements n'en représentent que 15 %. Il faut également rappeler qu'ils contrebalancent la croissance des ALD.

Il existe donc certes des effets de périmètres, mais aussi des actions de fond visant à maîtriser la dépense de santé elle-même, ce qui a une incidence sur l'évolution des dépenses des complémentaires. Ce résultat est notable. Les États-Unis sont confrontés à une croissance extrêmement forte de la dépense de santé, ce qui est largement dû selon moi à la faiblesse de l'assureur public santé qui ne permet pas de jouer les facteurs d'augmentation de la dépense. Sur les 3 ou 4 dernières années, nous avons obtenu de meilleurs résultats que l'Allemagne en termes d'évolution des dépenses de santé. Ce constat pourrait s'inverser, les Allemands étant parfaitement capables de mettre en place des réformes rudes. En France, nous parvenons toutefois depuis 2004 à agir dans la continuité. Le modèle allemand peut toutefois nous inspirer au regard de sa répulsion pour les déficits. Nous avons encore à progresser dans ce domaine, puisque nous tolérons des déficits qui ne seraient pas acceptés dans d'autres pays. En conclusion nous avons des instruments qui progressent en matière de gestion des risques, mais ceci ne suffit pas à lui seul à résoudre les problèmes d'équilibre à brève échéance. Le Premier ministre a annoncé hier une concertation nationale sur la Protection sociale. Ce sera l'occasion d'évoquer ces problèmes.

A collage of several black and white photographs of business professionals in various settings, including meetings and presentations, arranged in a perspective view that recedes into the background.

Le RSI, un régime jeune confronté à de nombreux défis

Matthieu Perrot

Directeur de la Caisse Poitou-Charentes

Alain Clicq

Directeur de la Caisse RSI Île-de-France Ouest

Guy Delaugeas

Directeur de la Caisse RSI Aquitaine

Françoise Dumas

Directrice de la Caisse RSI Alpes

Francis Lavaud

Directeur de la Caisse RSI Pays-de-Loire

Frédérique Miny

Directrice de la Caisse région Rhône

Le Régime Social des Indépendants (RSI) a fêté en juillet 2011 ses cinq ans d'existence. Qualifiée de « plus grande réforme de la Protection sociale depuis 1945 », la construction du premier régime professionnel de Protection sociale en France justifie un premier bilan.

Le RSI a pour mission d'assurer depuis juillet 2006 la Protection sociale obligatoire de plus de cinq millions de chefs d'entreprise indépendants – actifs et retraités – artisans, commerçants, industriels et professionnels libéraux, ainsi que leurs ayants droit.

I. Deux réformes ambitieuses : le RSI en 2006 et l'Interlocuteur Social Unique (ISU) en 2008 pour simplifier la Protection sociale des indépendants

A. Le RSI, naissance d'un nouveau régime unifié pour la santé et la retraite des indépendants

La Protection sociale apparaît en France dans l'immédiat après-guerre. Pierre Laroque et les fondateurs de ce système basé sur la solidarité

2

LE MANAGEMENT DE LA PROTECTION SOCIALE : TENDANCE ET ÉVOLUTION

nationale défendaient la mise en place d'une Protection sociale universelle et gérée dans un contexte d'unité administrative.

Cependant, en France, les professions indépendantes ont souhaité, compte tenu de leurs particularités, créer des régimes propres aux commerçants, aux artisans et aux professions libérales. Les régimes de Sécurité sociale des travailleurs indépendants non agricoles ont ainsi été créés en 1949 pour les risques vieillesse, invalidité décès des artisans (AVA) et des commerçants (ORGANIC). À partir de 1969, cette couverture a été complétée par l'Assurance maladie pour les artisans, les commerçants, les industriels et les professions libérales (CANAM). Le système qui s'est construit en France a ainsi pris en compte la spécificité des professions indépendantes. En contrepartie, la coexistence de structures différentes a rendu complexe la vie administrative des ressortissants d'où, en 2006, la fusion des trois régimes conclue par la création du Régime Social des Indépendants.

Cette réforme portée par les Pouvoirs publics et les élus du régime vise à atteindre trois objectifs principaux.

Tout d'abord, il s'agit de procurer aux indépendants un véritable guichet unique pour toutes les questions concernant l'Assurance maladie et maternité obligatoire, l'Assurance vieillesse de base et complémentaire et l'Assurance invalidité-décès. Cette démarche s'inscrit dans la poursuite d'une simplification déjà engagée avec la création des Centres de formalités des entreprises, la déclaration unique des revenus pour tous les organismes sociaux ou le développement des prélèvements automatiques. Pour mémoire, l'ambition politique de l'époque était de favoriser la création d'un million d'entreprises en cinq ans¹. L'objectif est donc, à l'instar de la MSA pour les professions agricoles, de fonder une véritable « maison sociale des indépendants », concept énoncé dès les années 1970 par certaines organisations syndicales de travailleurs indépendants.

Ensuite, la connaissance globale de la situation des ressortissants doit permettre d'assurer une meilleure réactivité capable de prévenir d'éventuelles difficultés que les indépendants peuvent rencontrer tout au long de leur vie.

Enfin, en fusionnant trois réseaux, le dernier objectif est de faire des économies de gestion par la réalisation de restructurations et d'optimisation des dépenses (mise en commun des moyens, réduction d'effectifs...).

1. Objectif fixé par le Président Jacques Chirac.



La création du RSI est la reconnaissance du caractère singulier des travailleurs indépendants. Elle repose par ailleurs sur le choix de laisser aux chefs d'entreprise plus de place dans la gestion et le pilotage de leur Protection sociale. C'est la raison pour laquelle les Caisses du RSI sont administrées par des élus qui sont tous des artisans, des commerçants ou des professionnels libéraux. Chacun d'entre eux exerce ou a exercé une activité indépendante. La création du RSI constitue une première étape de cette grande réforme achevée en 2008 par la mise en place de l'Interlocuteur Social Unique (conformément à l'ordonnance n° 2005-1529 du 8 décembre 2005).

B. Le deuxième étage de la réforme : la mise en place de l'ISU au 1^{er} janvier 2008

Le but est de simplifier encore davantage les démarches administratives des assurés en matière de recouvrement. En devenant l'Interlocuteur Social Unique des travailleurs indépendants, le RSI a pour nouvelle mission de prélever l'ensemble des cotisations et contributions personnelles du chef d'entreprise (y compris la CSG, la CRDS et les cotisations pour les allocations familiales auparavant recouvrées par l'URSSAF).

Avec l'ISU, l'assuré reçoit un seul « avis d'appel » regroupant l'ensemble des cotisations dont il doit s'acquitter pour sa Protection sociale, au lieu des trois qui lui étaient adressés avant la réforme.

Certaines fonctions sont déléguées au réseau des URSSAF, mais l'ensemble du dispositif devient en principe transparent pour l'assuré qui n'a plus qu'un seul interlocuteur : le RSI.

L'ISU doit se traduire ainsi par une réelle simplification des démarches sociales et une amélioration de la qualité de service. De plus, le fonds social du RSI, dont les compétences sont élargies, permet à présent, avec la connaissance de la situation du travailleur indépendant dans son ensemble, de mieux prévenir d'éventuelles difficultés et de faire preuve d'une réelle réactivité en cas de « coup dur ». Par ailleurs, les aides financières portent désormais sur l'ensemble des catégories de cotisations, ce qui, pour l'assuré, est plus avantageux.

Cette réforme fonde ainsi un régime de Protection sociale moderne, réactif et adapté aux spécificités des travailleurs indépendants.

2

LE MANAGEMENT
 DE LA PROTECTION
 SOCIALE :
 TENDANCE ET
 ÉVOLUTION

II. Quel bilan d'étape tirer de ces deux réformes en 2011 ?

A. La création du RSI : une construction rapide et réussie à mettre à l'actif de ce régime

Alors que les réformes des structures s'étalent sur de longues années dans tous les réseaux de Sécurité sociale (départementalisation des CAF et des CPAM, régionalisation des URSSAF, restructuration territoriale des MSA), le RSI s'est créé en quelques mois entre 2006 et 2007. La suppression des Caisses professionnelles (coiffure, boulangerie, boucherie, hôtellerie...), le choix de la localisation des sièges sociaux, la nomination des directeurs et des agents comptables des nouvelles Caisses RSI, les élections des conseils d'administration locaux puis du conseil d'administration national et de son Président se sont effectués dans des délais jusque-là jamais appliqués dans une réforme de ce type. Cette opération a permis de réorganiser le réseau en passant de 90 Caisses à 30, avec tous les impacts que l'on peut imaginer pour les directions, les salariés et les conseils d'administration de ces organismes.

Conformément à la convention d'objectifs et de gestion conclue entre l'État et la Caisse nationale du RSI pour une durée de cinq ans (2007-2011), le réseau RSI s'est déployé progressivement. Les conventions collectives des personnels des trois anciens réseaux ont été harmonisées, les questions immobilières traitées, les méthodes de gestion rapprochées (retraite, recouvrement...). Un travail très important de convergence a aussi été réalisé afin d'offrir à tous les indépendants des droits sociaux équivalents, notamment en matière d'action sociale. Enfin, au prix d'un effort conséquent, l'ensemble des personnels a été formé pour que le RSI soit en mesure d'exercer pleinement sa mission : offrir à ses ressortissants une couverture sociale unifiée.

Avec la mise en place du RSI, les indépendants peuvent désormais bénéficier d'un véritable guichet unique. Sur le terrain une offre de service globale est en cours de déploiement pour offrir un panel de services élargi, de la création de l'entreprise au décès de l'assuré.

Le RSI accompagne ainsi les porteurs de projets et les créateurs en participant aux salons de la création d'entreprise ou en intervenant dans les sessions de formation organisées par les chambres de métiers et de l'artisanat ou les chambres de commerce et d'industrie. Des rendez-vous individuels de conseil social gratuits sont aussi proposés aux créateurs

2

LE MANAGEMENT
DE LA PROTECTION
SOCIALE :
TENDANCE ET
ÉVOLUTION

d'entreprise. Le RSI reste aux côtés de ses ressortissants en cas de difficultés en proposant des échéanciers, des recalculs de cotisation ou des aides financières. Avec la crise économique, ce dispositif a fait la preuve de son efficacité. En apportant une vision globale du dossier, il a en effet permis d'aider de façon significative des entreprises en difficultés qui n'ont plus qu'un seul interlocuteur.

Côté santé, le RSI gère aussi les remboursements de soins par l'intermédiaire des organismes conventionnés (assureurs ou mutuelles) dans le cadre d'une délégation de gestion. Les soins non pris en charge par l'Assurance maladie peuvent par ailleurs faire l'objet d'une aide financière si la situation personnelle de l'indépendant ou de sa famille le justifie.

Dans le même temps, le RSI a développé une politique de prévention ambitieuse, dans le cadre des orientations de l'UNCAM (campagne bucco-dentaires, dépistage du cancer du sein et du cancer colo-rectal) et a également déployé une offre spécifique pour les indépendants en leur proposant un véritable parcours prévention (bilan de prévention, portail « ma prévention santé »...). D'importantes innovations sont mises en œuvre en matière d'éducation sanitaire comme l'opération RSI Diabète généralisée à toutes les Caisses en 2009, ou les premières expérimentations de prévention des risques professionnels concernant les coiffeurs et boulangers démarrées en 2010.

Par ailleurs, la loi HPST² lui reconnaît un rôle à part entière dans la gestion du risque et le pilotage de l'offre régionale de soin. À ce titre, le RSI occupe une place importante au sein des ARS³.

Dans la sphère de la retraite, une politique dynamique de droit à l'information a été développée dans le cadre de la loi de 2003. Des données régulières sur leurs futurs droits sont envoyés aux ressortissants du RSI qui sont invités dans les « salons retraite » avec les autres régimes pour faire un point global de leur situation.

Enfin, le RSI travaille en réseau avec ses partenaires naturels : organismes de Protection sociale, chambres de commerce et d'industrie, chambres de métiers et de l'artisanat, élus locaux, collectivités locales, experts-comptables, centres de gestion agréés, syndicats et organisations professionnelles, associations...

L'efficacité de ce réseau et la coordination des actions de chacun des acteurs renforce d'autant le sens que le RSI entend donner à son action.

2. Loi Hôpital Patient Santé Territoire.

3. Agence Régionale de Santé.

2

LE MANAGEMENT
 DE LA PROTECTION
 SOCIALE :
 TENDANCE ET
 ÉVOLUTION

Toutes ces avancées sont aujourd'hui bien réelles même si le démarrage chaotique de l'ISU a été un frein à la qualité de l'offre de service proposé.

B. La mise en place de l'ISU : un déploiement difficile et inachevé

1. L'ISU : un démarrage technique délicat

Le déploiement de l'ISU au 1^{er} janvier 2008 a donné lieu à une opération complexe qui a engendré des perturbations dans la gestion des dossiers des indépendants. Si l'objectif de l'ISU est louable, les conditions de déploiement n'ont pas facilité une montée en charge fonctionnelle du projet. Tout d'abord, le planning des opérations a été précipité. À peine le RSI était-il en ordre de marche après sa fusion, qu'il a fallu lancer les opérations liées à l'ISU. Compte tenu des échéances, il n'a pas été possible de tester suffisamment la mise en œuvre opérationnelle et informatique de cette réforme.

Les systèmes d'information des deux réseaux ACOSS et RSI n'ont pas permis d'assurer la continuité de service que les ressortissants étaient en droit d'attendre. Plus particulièrement les deux systèmes d'information, ont vite montré leur incompatibilité, le premier étant centré sur l'assuré en prenant en compte ses cotisations et ses prestations, le second étant davantage un système de recouvrement de masse.

Les difficultés similaires rencontrées par Pôle Emploi en 2010 confirment que ce type de réforme est très lourd à gérer. Au niveau technique, des anomalies ont affecté les comptes des assurés, provoquant du mécontentement, même si les comptes touchés restent minoritaires et que des solutions individuelles et personnalisées ont été trouvées au cas par cas. La fusion de l'ensemble des bases a causé des problématiques connues dans ce genre d'opération : difficultés d'appariements, de doublons, de risques manquants⁴...

Un travail important a été réalisé par la Caisse nationale RSI qui a mandaté une mission ISU pour travailler avec l'ACOSS sur la régularisation des dysfonctionnements. À ce jour, de nombreuses anomalies ont été corrigées. Cependant le couplage informatique entre le réseau des URSSAF et celui du RSI génère encore des problèmes qui doivent être traités manuellement, ce qui accroît la charge de travail des équipes des deux réseaux et dégrade la qualité de service.

4. Assurés avec un risque santé et pas de risque retraite ou inversement.

2. L'ISU : un schéma de partage entre les opérateurs peu efficient

Au-delà des difficultés techniques d'application, le schéma même de l'ISU génère de la complexité non seulement pour les structures gestionnaires, mais aussi pour les assurés qui peinent à comprendre les missions de chacun de leurs interlocuteurs.

En matière de cotisations et de recouvrement, il est affirmé que « le RSI est l'Interlocuteur Social Unique ». Mais, les textes fondateurs prévoient que le RSI doit déléguer aux URSSAF une partie des missions dans le domaine du recouvrement. Le partage qui a été déterminé n'est pas toujours lisible pour l'assuré. Par exemple, un ressortissant qui n'a pas payé ses cotisations relève de l'URSSAF pendant les trente premiers jours de retard par rapport à l'échéance, puis du RSI à partir du trente et unième.

En outre, les URSSAF interviennent pour le compte du RSI directement auprès de l'assuré, ce qui est source d'incompréhension pour l'assuré qui ne sait pas toujours à quel interlocuteur s'adresser.

Enfin, la gestion est très lourde pour les deux organismes : double saisie dans des systèmes d'information différents, échange quotidien de courrier, mail ou fax, utilisation intensive du portail « ISU » créé pour gérer les liens entre les deux réseaux. Cette complexité qui devait être transparente pour l'assuré augmente la charge de travail et la non-qualité. La cause principale de ces dysfonctionnements résulte pour beaucoup de l'instabilité dans les échanges de flux informatiques entre les deux réseaux.

Si le bilan de la création du RSI est très positif, la mise en place de l'ISU n'a pas encore atteint à ce jour la simplification et l'efficience recherchées par cette réforme.

Les difficultés techniques de mise en œuvre de l'ISU ne doivent pas pour autant remettre en cause l'existence du Régime Social des indépendants, justifiée par les caractéristiques particulières de la population prise en charge. Consolider l'ISU pour renforcer toute la dynamique amorcée par la mise en place du RSI, tel sera l'enjeu de la deuxième COG.



2

LE MANAGEMENT
 DE LA PROTECTION
 SOCIALE :
 TENDANCE ET
 ÉVOLUTION

III. 2012/2015 – deuxième COG : quel avenir pour le RSI ?

A. Stabilisation et finalisation du processus de la réforme ISU

1. *L'ISU doit être doté d'un applicatif informatique optimisé, partagé et dédié à la gestion des indépendants*

Le premier objectif que doit atteindre le RSI en partenariat avec l'ACOSS est de stabiliser et d'optimiser le dispositif ISU. Il convient tout d'abord de développer un véritable outil dédié et commun qui permettra à l'ensemble des intervenants de disposer d'une information fiable et identique sur le compte de l'assuré. Cet outil devra être à disposition du RSI, des Organismes conventionnés, et des URSSAF avec bien entendu des fonctionnalités ouvertes à la carte selon les missions de chacun.

Il devra aussi s'inscrire dans le cadre d'une consultation par l'assuré de son compte cotisant. Il serait souhaitable que ce nouveau système d'information, fonctionnel et moderne soit également couplé avec la téléphonie afin que chaque conseiller puisse avoir une vision immédiate de la synthèse du compte de l'assuré dans une réelle dynamique de gestion de la relation client. Il faudra par ailleurs que cet applicatif « ISU2 » permette de gérer l'ensemble des problématiques liées aux cotisations, à savoir le calcul et le recouvrement mais aussi l'ouverture des droits à IJ, les droits acquis pour les retraites et le parcours contentieux.

2. *Le schéma initial de partage des missions doit être réévalué*

Les règles de partage des missions entre le RSI et les URSSAF ne sont pas toujours opérationnelles et génèrent des charges de travail incompatibles avec l'objectif de rationalisation des coûts de gestion poursuivi par les deux réseaux. Par ailleurs, cette complexité suscite un investissement considérable dans des développements informatiques destinés à appliquer au mieux la réforme initiale.

Il est urgent de revoir ce schéma qui est trop compliqué pour les assurés et non opérationnel sur le terrain. En région, ce partage de compétence entraîne lourdeur et dysfonctionnement. Par exemple, les salariés des URSSAF renvoient le courrier des changements d'adresse aux Caisses



RSI dont c'est la compétence, les salariés du RSI saisissent des informations dans le portail ISU qui seront ressaisies une deuxième fois dans le SNV2⁵...

Souvent d'ailleurs, sur le terrain, les deux réseaux, confrontés à d'inextricables difficultés, s'entendent pour simplifier ce schéma en étant plus souple dans le partage de compétences entre les deux réseaux.

Ces exemples montrent qu'il est indispensable de remettre à plat ce schéma initial, sans *a priori*, afin d'en optimiser le fonctionnement. La vie des deux réseaux s'en trouverait facilitée avec, pour effet, d'offrir à nouveau un service de qualité à l'ensemble des ressortissants. Cette réflexion devrait être menée au niveau national à partir d'une région pilote dont la totalité du fonctionnement et des liens RSI-URSSAF seraient audités afin de fiabiliser le nouveau dispositif et d'identifier tous les gains de productivité possibles.

C'est cette démarche d'optimisation du service et de simplification des modes de gestion qui doit guider une évolution future des compétences des deux réseaux et non la recherche d'un simple compromis acceptable par les deux institutions.

B. Le RSI : des atouts à valoriser

1. Un opérateur important de la Protection sociale et une population gérée en forte augmentation

Le RSI gère aujourd'hui 2,1 millions d'actifs, couvre 3,5 millions de ressortissants pour la santé et 2 millions pour la retraite. À ce titre, il verse 6,6 milliards de prestations maladie et 7,8 milliards de pensions de retraite.

Par ailleurs, le RSI connaît une véritable dynamique positive dans l'évolution du nombre de ses ressortissants. Depuis plusieurs années consécutives, le nombre de cotisants du RSI est en progression et cette hausse s'accélère. Sur les dix dernières années, la croissance annuelle moyenne a été de + 1,9 % sur la période 1999-2003 et de + 4,2 % sur la période 2003-2008. Avec la création du statut d'auto entrepreneur, le RSI a enregistré une hausse de ses effectifs de 14 % pour la seule année 2009.

Cette évolution rend d'autant plus légitime le maintien d'un régime pour les indépendants.

5. Système d'information des URSSAF.

2

LE MANAGEMENT
DE LA PROTECTION
SOCIALE :
TENDANCE ET
ÉVOLUTION

2. Un laboratoire de démocratie sociale

Les Pouvoirs publics, à la demande des élus du régime ont maintenu un rôle important pour les administrateurs. Ces derniers ont été élus en 2006 par l'ensemble des indépendants. Malgré un taux de participation de l'ordre de 25 % (proche de ceux des élections aux chambres de commerce ou de métiers), c'est plus d'un million d'électeurs qui ont participé au scrutin, ce qui leur donne une légitimité particulière.

Au niveau national, les élus ont un rôle important pour mener des réflexions sur les évolutions de la Protection sociale des indépendants. On peut citer récemment l'élaboration du Livre blanc du RSI, le débat sur l'instauration d'un risque AT/MP⁶ pour les indépendants, le chantier de la dépendance ou de la pénibilité dans le cadre de la réforme des retraites 2010. Ces réflexions peuvent aboutir à des réformes d'envergure comme par exemple la fusion prochaine des régimes de retraite complémentaires obligatoires des artisans et commerçants⁷.

Par ailleurs, en lien avec la Direction générale, les administrateurs sont associés aux grandes orientations du régime. C'est le cas, par exemple, du processus de préparation de la future COG⁸.

Au niveau local, les administrateurs ont un pouvoir important dans la gestion des Commissions d'action sanitaire et sociale. Leur implantation locale et leur réseau permettent des relations privilégiées entre le RSI et les acteurs socio-économiques locaux. Enfin, le binôme entre un Président, qui apporte son expérience du monde des indépendants et un Directeur régional qui maîtrise la conduite stratégique de projet et l'expertise de la gestion d'un organisme permet une complémentarité bénéfique.

3. Un réseau reconfiguré

Le RSI a été restructuré à marche forcée : suppression des Caisses professionnelles, passage de 90 à 30 organismes en 2006. Cette démarche a permis des gains de productivité et l'optimisation des moyens. Le réseau est maintenant plus homogène et le pilotage par la Caisse nationale gagne en efficacité compte tenu du resserrement des structures régionales. Cette organisation permet à la Caisse nationale de jouer son rôle de tête de réseau tout en associant les Caisses à la réflexion nationale et en permettant des expérimentations locales, source de richesse et d'efficience.

6. Accident du Travail et Maladie Professionnelle.

7. Cette réforme votée par les élus sera appliquée au 1^{er} janvier 2013.

8. Convention d'Objectif et de Gestion.



En outre, des mutualisations sont en cours afin de dégager de nouvelles sources de productivité. On peut citer notamment la coopération renforcée des services médicaux en inter-régions, la plateforme de service d'Auray, point d'entrée unique de l'immatriculation, les services inter-Caisses du contentieux, le contrôle des organismes conventionnés.

4. Un guichet unique avec un fort maillage territorial

Le RSI couvre à ce jour l'Assurance maladie-maternité et invalidité décès, la retraite de base, la retraite complémentaire et la gestion complète des cotisations. Il est à noter que là où un salarié et son employeur relèvent de la CPAM, de la Carsat, de l'URSSAF, de l'ARRCO et de l'AGIRC, le chef d'entreprise qui relève du RSI a un seul interlocuteur pour toutes ses démarches. Seules les allocations familiales restent gérées par le Régime général. Cette maîtrise de l'ensemble de la Protection sociale des indépendants permet une prise en charge globale des assurés.

Par ailleurs, le RSI est le point unique d'instruction de l'affiliation des travailleurs indépendants (affiliations / modifications / radiations) dans le domaine de la Protection sociale obligatoire.

Avec plus de 130 sites permanents d'accueil du public, la couverture territoriale du RSI est très étendue. Une politique ambitieuse de plusieurs centaines de points d'accueil décentralisés dans les mairies, les chambres de commerce ou de métiers, permet par ailleurs de recevoir les assurés au plus près de chez eux. Enfin, compte tenu du partenariat avec les organismes conventionnés et les URSSAF, ce maillage est complété par plus de 700 sites supplémentaires, quand bien même ces derniers n'offrent pas un véritable guichet unique.

Cette implantation est une des forces du RSI. En effet, contrairement à la population salariée majoritairement urbaine ou périurbaine, les indépendants sont souvent répartis sur l'ensemble du territoire français. Le RSI contribue à l'aménagement du territoire en leur offrant un service de proximité, que ce soit en ville ou en milieu rural. À noter que de nombreuses réunions d'information sur la retraite, la prévention, les charges sociales sont effectuées sur tout le territoire afin de lutter contre l'isolement des indépendants installés dans les plus petites communes.

5. Une action sanitaire et sociale volontariste, véritable amortisseur des difficultés rencontrées par les indépendants

Le RSI propose une action sanitaire et sociale variée et adaptée aux besoins des travailleurs indépendants fragilisés, dans le cadre de leur

2

LE MANAGEMENT
 DE LA PROTECTION
 SOCIALE :
 TENDANCE ET
 ÉVOLUTION

activité professionnelle ou de leur vie personnelle. Cette politique vise à assurer la pérennité des entreprises, pour faire face aux accidents de la vie, maintenir le lien social, aider au maintien à domicile des personnes âgées.

En 2009, 115 millions d'euros ont été consacrés à l'ensemble de ses actions (105 millions pour les aides individuelles et 10 millions pour les actions collectives). Les actions collectives concernent essentiellement la participation au financement de projets de création ou de rénovation de structures d'accueil pour les personnes âgées ou handicapées, en contrepartie de la réservation de lits pour les ressortissants du RSI⁹. L'action sociale individuelle se répartit en 68 millions pour la branche vieillesse (aide à domicile, télé alarme, aide au chauffage, aide exceptionnelle pour personne en grande précarité...), 30 millions pour aider les entreprises en difficulté (travaux dans une rue, impayé d'un client, difficultés pour passer le cap de la troisième année d'activité...) et 5 millions pour l'action sanitaire (aide pour les prothèses auditives, les frais dentaires ou l'achat de lunettes pour les personnes à revenus modestes...). Enfin, 2 millions sont consacrés aux secours des victimes de catastrophes naturelles et d'intempéries (Klaus en 2009, Xynthia en 2010).

La capacité du RSI à intervenir en urgence dans toutes ces situations a fait ses preuves, et est reconnue par tous les intervenants locaux : mairie, préfecture, chambres de commerce et de métiers, experts-comptables...

C. De nouveaux défis à relever

1. *Un rôle innovant à développer dans l'offre de service adaptée aux travailleurs indépendants*

Les travailleurs indépendants constituent une population spécifique qui a longtemps été opposée aux principes même du système de protection sociale fondée sur l'obligation. L'augmentation de l'espérance de vie, l'accroissement du coût de la santé et le travail de terrain des organismes de gestion les ont finalement conduits à reconnaître le bien-fondé de ce modèle.

Cependant, les chefs d'entreprise ont des comportements différents de ceux des salariés. Ils paient eux-mêmes l'intégralité de leurs charges sociales et en cas de baisse de leur activité, ils peuvent voir leurs revenus diminuer très fortement. Par ailleurs, ils doivent toujours optimiser leur stratégie entre revenus, charges et investissement, contrairement au salarié

9. À ce titre, 21 158 places sont réservées fin 2009.

2

LE MANAGEMENT DE LA PROTECTION SOCIALE : TENDANCE ET ÉVOLUTION

qui connaît une plus grande régularité dans ses ressources. Une activité commerciale, artisanale ou libérale est par essence fragile. Elle est particulièrement soumise aux aléas de la conjoncture économique et de la vie personnelle des chefs d'entreprises indépendantes.

En outre, ils ne disposent pas des informations fournies aux salariés des entreprises par un service de ressources humaines ou les représentants du personnel et sont souvent seuls pour gérer toutes les facettes de leur activité.

C'est pourquoi, aux côtés des experts-comptables, le RSI a un rôle primordial de conseil à jouer dans l'aide à la création d'entreprise, l'accompagnement lors de la troisième année d'activité, le conseil retraite...

Le RSI doit également accentuer son action auprès des indépendants au plan de la santé au travail. Son ambition est de collaborer avec le Régime général pour contribuer à prévenir les risques professionnels des boulangers, maçons, coiffeurs, gérants de pressing... Ce travail d'information sur les bonnes pratiques professionnelles qui est déjà mené en solitaire par le RSI va gagner en efficacité par ce partenariat avec les CARSAT.

Le RSI, géré par des professionnels élus, permet de prendre en compte l'approche spécifique des travailleurs indépendants vis-à-vis des problèmes de santé, approche différente de celle des salariés. En effet le travailleur indépendant privilégie trop souvent la gestion de son entreprise, parfois au détriment de sa propre santé. Il ne « consulte » que lorsqu'il ne peut plus faire autrement. Son capital santé peut s'en trouver atteint, ainsi que la pérennité de son entreprise.

En lien avec l'AGEFIPH ¹⁰, le RSI informe également les indépendants en situation de handicap sur les aides leur permettant de poursuivre leur activité : acquisition d'outils spécifiques, de véhicules adaptés, reconversion professionnelle...

Par ailleurs, sans aller jusqu'à récupérer la gestion des prestations familiales (comme le fait la MSA) le RSI devra renforcer son partenariat avec les CAF : dispositifs concertés d'aides individuelles aux indépendants précarisés, et travail commun d'information des indépendants sur le dispositif du RSA.

10. Association pour l'aide à l'accès dans l'emploi des personnes en situation de handicap.

2

LE MANAGEMENT
 DE LA PROTECTION
 SOCIALE :
 TENDANCE ET
 ÉVOLUTION

2. *Le RSI doit être en pointe sur la simplification des démarches administratives et de la réglementation*

Le RSI doit plus que tout autre organisme de Sécurité sociale être en veille de solutions simplifiant encore et toujours les démarches administratives de ses ressortissants. À cet égard, des projets d'amélioration de l'offre de service dématérialisé sont en cours de réflexion (démarche administrative par Internet, visio-guichet...).

Le RSI devra continuer à s'impliquer en faveur d'une simplification de la réglementation applicable aux indépendants. Si certaines réserves peuvent être émises sur le statut d'auto-entrepreneur (risque de sous-déclaration, d'externalisation de salariat, de concurrence déloyale), reste que ce statut, en facilitant la vie administrative des entrepreneurs au plan des charges sociales, peut constituer ainsi une première étape vers la construction d'une entreprise pérenne.

Afin que les indépendants maîtrisent davantage leur Protection sociale, des réformes concernant la retraite pourraient aussi être envisagées (validation des quatre trimestres par année civile, retraite de base par points...). Même s'il n'est pas facile de concilier équité et simplification, le RSI, au même titre que l'ensemble de la Sécurité sociale, aurait sûrement intérêt à engager un vaste chantier de réflexion sur les textes réglementaires qui lui sont applicables. Simplifier les règles de droit permettrait une meilleure compréhension des assurés et des économies de gestion importantes dans le traitement des activités gérées.

Enfin, pour achever la réforme du RSI, la question de confier au régime la gestion des retraites des professions libérales devra être reposée¹¹.

Le RSI a fêté en juillet son cinquième anniversaire. En dépit des difficultés techniques et organisationnelles rencontrées par le RSI et l'ACOSS, qui retardent les effets bénéfiques de la réforme de l'ISU, le RSI est désormais un acteur reconnu et légitime dans le monde de la Protection sociale.

La COG 2012-2015 devrait lui permettre de fiabiliser le système d'information de l'ISU et de développer une offre globale de service de qualité pour ses 5 millions de ressortissants. Ces avancées permettraient de le consacrer comme l'opérateur de référence de la gestion sociale des indépendants.

11. La gestion de la retraite des professions libérales reste gérée par la CNAVPL et des Caisses spécifiques.



3

REGARDS
DES ACTEURS



Le développement du système de santé marocain

Giovanni Cascone

Membre du Centre de Recherche sur la Coopération au Développement (CIRPS)
de l'Université de Rome « *La Sapienza* »

Le Maroc a franchi une étape importante dans la modernisation du secteur de la santé et notamment de son financement, avec l'adoption (août 2002) de la loi portant Code de la Couverture Médicale de Base. Dans le préambule il est dit : « l'amélioration du niveau de santé constitue une des composantes essentielles de la politique de développement social prônée par Sa Majesté le Roi Mohammed VI, qui vise à garantir la pleine participation des citoyens au développement durable du pays ». L'État marocain s'est engagé donc à renforcer, adapter et réformer le système national de santé, y compris les fonctions et services essentiels de Santé publique, pour assurer un accès universel à des services de santé fondés sur la bonne qualité et qui puissent être durablement assurés à l'avenir.

La couverture prospectée par la loi 65-00 comprend le système d'Assurance Maladie Obligatoire (AMO), en vigueur depuis septembre 2005 comprenant aujourd'hui environ 11 millions d'assurés et le Régime d'Assistance Médicale (RAMED) qui vise à la couverture de la population plus démunie avec le but d'assujettir à terme environ 8,5 millions de personnes.

L'AMO couvre à l'heure actuelle seulement les travailleurs du secteur formel, privé et public. Les efforts plus récents en ce qui concerne la mise en œuvre de l'AMO ont été concentrés sur l'affinement des outils de régulation du dispositif et de maîtrise des dépenses, notamment en ce qui concerne l'optimisation de la prise en charge des Affections de Longue Durée (qui constitue 44 % des dépenses CNOPS et 60,5 % des dépenses CNSS), la mise en place du suivi médical coordonné, la promotion des médicaments génériques.

Concernant plus particulièrement le Régime d'Assistance Médicale des avancées récentes ont eu lieu. La volonté gouvernementale de généralisation du RAMED, après deux années d'expérimentation dans une région pilote, a enfin abouti à un arrêté conjoint qui stipule son achèvement courant

3

REGARDS DES ACTEURS

2011. En conséquence, les outils opérationnels nécessaires à son application sont en cours de développement par les acteurs concernés d'une manière coordonnée et concertée.

La carte du Régime d'Assistance Médicale donnera accès aux soins effectués dans les hôpitaux publics relatifs aux hospitalisations médicales et chirurgicales, aux consultations spécialisées, aux analyses diagnostiques, à la prise en charge des affections de longue durée et aux services d'urgence.

Les conditions politiques et financières du pays apparaissent favorables à une avancée accélérée et un effort d'une envergure tandis que les défis présentés par la situation actuelle demeurent difficiles.

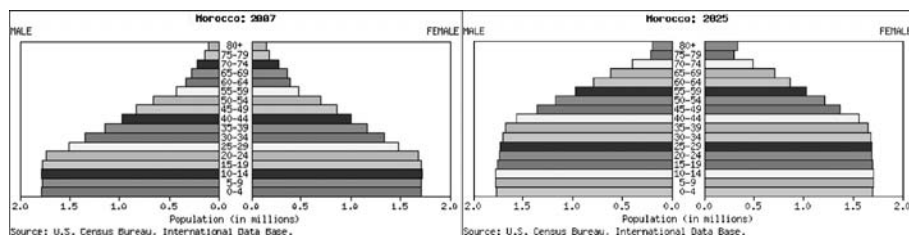
À ce regard il faut rappeler que le Maroc, comme d'autres pays de la région, passe par une transition démographique caractérisée par une diminution de la fertilité et une augmentation de l'espérance de vie, menant à un accroissement de la population jeune et à un changement en cours dans la composition de l'âge.

Les avancements et les enjeux du système de santé

Le pays compte environ 30 millions d'habitants (RGPH 2004 = 29 891 708) dont 55 % résidant en milieu urbain et 45 % en milieu rural. Pendant les quarante dernières années, on a enregistré un important déclin de la natalité, de la mortalité infantile et une substantielle baisse de la mortalité. La natalité a diminué de 19 % en vingt ans. La mortalité infantile a régressé de 102 ‰ en 1971 à 36 ‰ en 2007. L'indice synthétique de fécondité est passé de 6 en 1980 à 2.3 en 2009.

Les tableaux ci-dessous donnent la perspective de cette transition démographique et de ses conséquences sur l'évolution de la composition de la population marocaine.

Figure 1 : La transition démographique du Maroc



3

REGARDS
 DES ACTEURS

Les résultats positifs de Santé publique obtenus par le Gouvernement dans les vingt années précédentes (taux de couverture vaccinale, diminution de la mortalité infantile), ont été consentis par l'allocation des dépenses publiques vers les services ruraux de base en donnant la priorité à l'exécution des grands programmes de Santé publique. Ces investissements doivent encore être rentabilisés jusqu'à aujourd'hui par un flux adéquat de moyens de fonctionnement. Au niveau des stratégies sanitaires publiques, le Maroc est confronté à un double enjeu :

- la mise à disposition de soins simples et efficaces dans un milieu rural qui à 40 % est sous-équipé, dispersé et caractérisé par une modeste consommation de soins ;
- la nécessité de régler les flux de services médicaux dans un milieu urbain dense en ressources médicales dans lequel la consommation médicale et l'offre augmentent constamment.

Dans le secteur public, cette action, menée sur deux fronts, s'avère difficile. En effet, le ministère de la Santé – étant financeur, gestionnaire et producteur de soins publics – est soumis à différentes demandes internes de ressources. Celle en provenance de l'offre urbaine oriente les dépenses de santé.

Par ailleurs, la répartition géographique de l'offre de soins est très inégale avec une forte concentration de l'axe Rabat-Casablanca aux dépens des zones rurales. Ce déséquilibre est accentué par l'absence de complémentarité entre l'offre publique et l'offre privée de soins. Cette dernière qui connaît un essor important depuis maintenant plusieurs décennies.

Le système de santé marocain est constitué par le secteur public et le secteur privé. L'État possède un vaste réseau de services ambulatoires constitués de 2 300 centres de santé et dispose de 86 % de la capacité hospitalière organisée en 115 hôpitaux publics (environ 28 000 lits). L'État est le principal producteur de soins hospitaliers.

Le secteur privé s'est développé à partir des années soixante et est très développé dans les grandes villes en particulier sur cet axe Rabat-Casablanca. Elle est de qualité très hétérogène, ne correspond pas toujours aux besoins des populations, et a tendance à opérer de façon totalement séparée, voire concurrente des établissements publics de soins. L'absence de réglementation du secteur empêche également d'avoir des données plus précises sur les activités du secteur privé. Celui-ci nécessite une action vigoureuse pour son intégration dans le système de santé du pays.

De plus le Maroc a été classé par l'Organisation Mondiale de la Santé parmi les 57 pays souffrant de la plus grande pénurie de personnel

3

REGARDS
 DES ACTEURS

médical, outre un déficit quantitatif net de personnels soignants dans les établissements publics estimé par le MS lui-même à 7 000 médecins et 9 000 infirmiers. Il est manifeste que les ressources humaines de santé souffrent de déséquilibres géographiques importants particulièrement pour les postes à forte valeur ajoutée, et de différences d'attractivité entre secteur privé et public au détriment de ce dernier. Selon les statistiques officielles, sur les seize mille médecins généralistes qui exercent actuellement dans les secteurs public et privé au niveau national, près de la moitié exercent à Rabat et Casablanca, tandis que la région de Taza Al Hoceima-Taounate (TAT) n'en compte que quatre cent. La situation est encore plus grave dans le domaine des spécialités médicales et chirurgicales.

En général, on remarque l'absence d'un cadre légal de gestion des carrières des agents adapté aux défis essentiels mais aussi une capacité du ministère à gérer les ressources humaines par l'utilisation d'outils de management modernes qui demeure insuffisante.

Il faut aussi souligner que la structure du financement des dépenses de santé reste inéquitable au Maroc, malgré des efforts faits ces dernières années. Le budget de la santé ne représente que 1,2 % du Produit Interne Brut et environ 5 % du Budget Général de l'État. Ce ratio est faible et place le Maroc derrière les pays de la région.

Figure 2 : Comparaison régionale sur le financement de la santé

Moyenne 2000-2008	Maroc	Algérie	Libye	Tunisie	Égypte	Jordanie
Dépenses publiques de santé en % du total des dépenses publiques	5,2	8,8	7,9	7,2	7,9	9,7

Source : OMS, Health Financing data.

En plus de lourdes charges sont payées par les populations rien que pour l'achat des médicaments dont l'accessibilité financière est un problème réel.

En ce qui concerne le secteur public, qui est toujours entièrement géré par le ministère de la Santé, l'approche budgétaire reste celle d'un budget de moyens, dont les allocations ne sont pas liées aux performances. Il y a une faible cohérence entre les politiques de santé et les actions entreprises, car il ne s'agit pas de processus, mais de procédures budgétaires

3

REGARDS DES ACTEURS

plus axées sur le financement d'infrastructures d'équipements, de frais de personnel que sur les activités proprement dites. Enfin – compte tenu du type de plan comptable (comptabilité administrative) toujours en usage dans les établissements de soins – l'information sur les coûts est de faible qualité, voire inexistante. Le retard dans la mise en place d'une comptabilité analytique contribue à cette insuffisance d'information.

Bien que le ministère des Finances, pour sa part, ces dernières années a consenti des efforts dans le secteur, notamment avec une augmentation en 2009 de 20 % du budget du ministère de la Santé par rapport à 2008, le niveau de financement du secteur public, certes insuffisant, est aggravé par l'inadéquation des modalités d'allocation des ressources. Celles-ci ne sont reliées ni au volume réel des activités ni à leur qualité. Par ailleurs, il faut noter un transfert important des dépenses de santé sur les ménages qui, en raison du déséquilibre de l'offre, dépensent eux aussi plus en milieu urbain.

Les défis de la réforme

Après plus de vingt ans de réflexion, la réforme de la Couverture Médicale de Base est maintenant engagée. Toutefois la manière et le rythme de mise en œuvre de la réforme a rendu difficile la prévisibilité de la séquence et du calendrier des actions futures.

Des interrogations demeurent encore, à la veille de la généralisation du Régime d'Assistance Médicale, sur les modalités de gestion du régime et sur les mécanismes qui lui permettront de se traduire par une réelle amélioration de l'accès à des soins de qualité pour les plus pauvres.

La mise en place du RAMED, avec la disparition des certificats d'indigence, induira inévitablement une motivation des diverses populations non couvertes aujourd'hui, pour s'inscrire dans le régime AMO des salariés et celui des Indépendants. Cela ouvre une perspective intéressante vers une accélération des activités visant à la mise en œuvre d'un régime solidaire pour les indépendants à l'intérieur de la logique AMO et en application de la loi 65-00.

L'extension de l'Assurance Maladie Obligatoire de Base aux indépendants renforcera la mutualisation, atténueront les divergences entre les divers régimes et donneront plus de poids à l'AMO dans le système de financement de la couverture médicale. Il est souhaitable que dans les

3

REGARDS DES ACTEURS

bénéficieront donc d'une part importante des financements apportés par l'Assurance maladie ce qui creusera encore l'écart entre les secteurs public et privé.

Il faut aussi rappeler que, même si la création d'une agence spécialisée placée sous la tutelle du ministère de la Santé va effectivement dans le sens du renforcement du pilotage dans ce secteur, les conditions ne sont pas encore remplies pour que l'Agence nationale pour l'Assurance maladie puisse assurer pleinement ses fonctions de régulation et de pilotage.

Enfin, faute d'avoir redéfini ses missions à l'occasion de la mise en place de la Couverture Médicale de Base, le ministère de la Santé continue de gérer et de faire fonctionner son patrimoine d'établissements de soins, plutôt que de se concentrer sur ses fonctions de régulation, de mise en œuvre de programmes de Santé publique et de pilotage stratégique du secteur. Ce positionnement se traduit par le fait qu'il joue un rôle central en matière d'offre de soins, en particulier pour les plus démunis. En revanche, il s'est jusque-là insuffisamment consacré à l'élaboration, l'adoption et la mise en œuvre des outils de régulation nécessaires à l'utilisation optimale des ressources et des possibilités de réorganisation offertes par la Couverture Médicale de Base (carte sanitaire, régionalisation, politique du médicament, etc.).

Conclusions

Les actions qui seront entamées dans les mois prochains seront cruciales afin de l'extension de la Couverture Médicale de Base. À ce regard le gouvernement marocain est appelé à confirmer l'existence d'une ferme volonté politique, notamment qui puisse s'inscrire dans la direction de :

- la mise en place d'un système de gestion et financement du RAMED transparente et efficace conformément à la loi 65-00 ;
- l'identification et la mise en place rapide d'un régime de couverture pour les travailleurs indépendants en cohérence avec le dispositif législatif courant ;
- la valorisation du rôle du médecin généraliste en lui attribuant aussi des fonctions de « gate keeper » ;
- la mise à niveau d'une manière décentralisée de l'offre du système public ;
- la réglementation de l'offre privée en l'ouvrant à l'accès universelle ;



- le développement par conséquence des complémentarités entre offres publiques et privées ;
- la définition d'un chemin raccourci pour l'harmonisation de tous les systèmes de couverture médicale dans un cadre de solidarité sociale ;
- l'introduction d'un mécanisme de formation des prix des médicaments qui soit dans l'intérêt du consommateur et qui correspondent aux standards internationaux.

Présentation de l'auteur : Giovanni Cascone

Il a étudié en Italie et en Angleterre où il a achevé des Maîtrises en Santé publique et économie de la santé. Il est aussi spécialiste dans le domaine de la coopération au développement et durant les dernières 25 années a travaillé dans une vingtaine de pays en tant que conseiller de différentes agences de coopération internationale.

Il est aussi membre du « Centre de Recherche sur la Coopération au Développement (CIRPS) » de l'Université de Rome « *La Sapienza* ».

Bibliographie

Belghiti A. (2005), *Principes généraux de la planification stratégique à l'hôpital*, Ministère de la Santé, Rabat.

Bensaïd D. (2006), *Étude des déterminants de l'utilisation des maisons d'accouchement au Maroc*, Royaume du Maroc, Ministère de la Santé et OMS, Rabat, 124 p.

Dialmy A. (2001), *La gestion socioculturelle de la complication obstétricale dans les régions de Fès-Boulemane et Taza-Al Hoceima-Touanate*, Pr Abdessamad Dialmy, Fès.

Dumoulin J., Toumi A. (2005), *Évaluation de l'approvisionnement du secteur public en médicaments au Maroc*, OMS, mai 2005.

ENA (2007), *Rapport de mission de suivi de la réforme de l'administration publique au Maroc*, mars 2007.

Muffler N., El Hassane Trabelssi M., De Brouwere V. (2007), *Scaling up clinical audits of obstetric cases in Morocco*, Trop. Med. Int. Health, 10 (12), p. 1248-1257, October 2007.

OMS (2007), *National Health Account*, EMRO.

OMS (2004), *Au-delà des Nombres. Examiner les morts maternelles et les complications pour réduire les risques liés à la grossesse*, OMS, Genève.

3

REGARDS DES ACTEURS

OMS (2007), *Maternal Mortality in 2005*. Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank, WHO, Geneva.

Royaume du Maroc, ministère de la Santé (2005), *Enquête sur la Population et la Santé Familiale (EPSF)*,

Maroc 2003-2004, Rabat.

Royaume du Maroc, ministère de la Santé (2007), *Direction de la planification et des ressources financières*, La Santé en chiffres 2006, Rabat.

Royaume du Maroc, ministère de la Santé (2006), *Direction de la population*, statistiques.

Royaume du Maroc, ministère de la Santé (2007), *Santé, Vision 2020*.

Royaume du Maroc, ministère de la Santé, *Stratégie et plan d'action*, 2008-2012.

Royaume du Maroc, *Loi de finances 2008*, n° 38-07 pour l'année budgétaire 2008.

Royaume du Maroc, *Projet de loi de finances*, n° 40-08 pour l'année budgétaire 2009.

Royaume du Maroc, *Projet de loi de finances*, n° 36-09 pour l'année budgétaire 2010.

Royaume du Maroc, ministère de la Santé, *États d'exécution du budget d'investissement pour chacune des années 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009*.

Royaume du Maroc, ministère de la Santé, *Bilan 2009 du plan d'action 2008-2012*.

Royaume du Maroc, ANAM, bilan des activités 2009.

Wakim R. (2006-2007), *Évaluation de l'expérimentation de la procédure d'accréditation hospitalière*, programme conjoint de coopération OMS/MS.



Le grand chantier de la réforme du système de santé chinois

Sarah Aubert-Videcoq

Directrice de la Caisse primaire d'Assurance maladie de l'Ardèche

Raynal Le May

Directeur de la Caisse d'allocations familiales de l'Essonne

Le système de santé chinois est à l'image de sa Nation, en plein chantier. Un chantier qui mérite d'être étudié au moins à trois titres :

En premier lieu, pour son intérêt historique car l'organisation du système de santé chinois n'a pas été linéaire. Elle s'est construite, déconstruite et reconstruite en s'appuyant sur les concepts et valeurs des différents régimes successifs qui ont fait l'histoire politique et sociale de la Chine.

Ensuite, pour la multiplicité des questionnements qu'elle porte en son sein sur ce que doit être un bon système de santé. Les réformes en cours en Chine rencontrent peu ou prou tous les débats actuels qui se tiennent en France ou en Occident autour du coût de la santé et de l'organisation des soins : place des soins primaires et de l'hôpital, périmètre d'intervention de l'État, responsabilité des territoires, articulation entre la couverture publique et les assurances privées, logique de prévention et de soins, efficacité et maîtrise des coûts, etc.

Enfin, pour l'ampleur de la tâche. Cette nation de 1,3 milliard d'habitants mène à un rythme soutenu une ambitieuse réorganisation de son système de santé. La regarder c'est aussi s'interroger sur la capacité qu'ont les États aujourd'hui à conduire des réformes d'ampleur dans un calendrier resserré.

Paru en avril 2009, les « principes directeurs pour l'approfondissement de la réforme du système de santé » définissent les orientations pour les 10 années à venir. Ce document comporte un important plan triennal 2009-2011 de 124 milliards de dollars, articulé autour de l'idée que les soins primaires sont un Service public et que d'ici 2020 le système de santé de base devra garantir des « soins sûrs, efficaces, facilement accessibles et abordables » pour toute la population. Le programme est lancé.

I. La santé à l'épreuve de la libéralisation économique

Bientôt trente-cinq années que Mao est mort. Trente-cinq années au cours desquelles la Chine a fait l'apprentissage d'un système de santé non exclusivement régulé par l'État. Cette histoire a d'abord commencé par deux échecs.

A. Une histoire qui se déroule en trois actes

La Chine a connu successivement les deux grands modes de régulation possibles de son système de santé (par l'État, par le marché), à chaque fois dans une forme très poussée, avant de se résoudre à chercher un modèle plus équilibré.

Sous l'ère de Mao (1949-1976), l'État s'occupait directement du bien-être des populations en prenant en charge le coût des soins. À la campagne, comme à la ville, les Chinois étaient essentiellement soignés dans des structures de proximité qui combinaient logique de soins et de prévention. Sur cette même période, les grands indicateurs sanitaires ont sensiblement progressé. L'espérance de vie est passée de 35 à 68 ans et la mortalité infantile de 200 à 35 ‰. Certes le coût de la santé n'était pas élevé mais le mécanisme de fixation des prix était artificiel. Le mode d'allocation des ressources était artificiel et porteur de déséquilibres entre l'offre, la consommation et les besoins, générant des abus et de la surconsommation.

À la mort de Mao, le système de santé chinois s'est libéralisé comme l'économie de ce pays. Le développement économique devient la priorité d'action. Une profonde réforme fiscale a transféré les pouvoirs budgétaires aux provinces ce qui a transformé l'organisation du système de santé sur au moins trois niveaux :

- la décentralisation de la gouvernance : c'est désormais aux échelons locaux d'administration territoriale (régions, province, cantons, municipalités) que revient le rôle de gestion de la politique de santé, l'État n'intervenant que pour fixer les grandes orientations ;
- le renforcement de la place de l'hôpital : l'offre de soins se restructure. Les centres de proximité ne sont plus financés par l'État et les moins rentables disparaissent au profit des hôpitaux qui fonctionnent désormais sur le principe de la rentabilité économique avec la pleine responsabilité des pertes et des profits. Les gros établissements urbains se modernisent profondément en investissant fortement sur des équipements et des techniques modernes ;

3

REGARDS
DES ACTEURS

- l'organisation du financement du système autour du paiement direct : l'ancien système de solvabilisation de la demande qui était assuré à la ville par l'État ou les entreprises d'État et à la campagne par les coopératives locales disparaît. Faute d'un nouveau relais assurantiel, la plus grosse partie du financement des soins incombe désormais au patient lui-même. La part du paiement direct passe de 21 % en 1980 à 61 % en 2000.

Cette dérégulation a sans doute été excessive. Sur cette même période, le système de santé a connu un certain nombre de déconvenues sérieuses. Son coût s'envole et le renoncement aux soins aussi. Entre 1990 et 2000, le volume d'activités de la consultation externe et de l'urgence a baissé de 16 %. La charge de travail par médecin a été réduite d'un tiers. Parallèlement, de nouvelles inégalités ont vu le jour et se sont creusées entre la ville et la campagne entre les provinces riches et les provinces pauvres ¹.

L'année 1998 ouvre le troisième et dernier acte de cette histoire avec, comme but affiché, de tirer les leçons des échecs passés. Une décision du Conseil d'État établit, cette année-là, « une Assurance maladie de base pour les travailleurs de villes et bourgs ». Une nouvelle vague de réformes successives est lancée pour reconstruire un vrai système d'assurance sociale afin de mettre un terme aux renoncements aux soins. Cette nouvelle histoire continue de s'écrire aujourd'hui avec la multiplication des projets de réformes dans plusieurs domaines :

- l'offre de soins et le renforcement du rôle des soins primaires : réformer le mode de fonctionnement des hôpitaux, construire de nouvelles structures en adéquation avec les besoins des populations (nouveaux hôpitaux, secteur ambulatoire articulé autour de centres de soins de proximité en charge du soin mais également de la prévention), développer de nouveaux cursus de formation afin d'améliorer le niveau de compétence des médecins... ;
- la régulation adaptée des prix des biens et produits de santé : passer d'une logique de prix régulés à une logique de prix négociés, réformer le système de marge sur la vente des médicaments...
- l'efficacité du fonctionnement du système : repenser la gouvernance, unifier les différents régimes, optimiser l'utilisation des moyens...

1. Jian Chen, *La transition économique et les réformes du système de santé chinois*, p. 20.

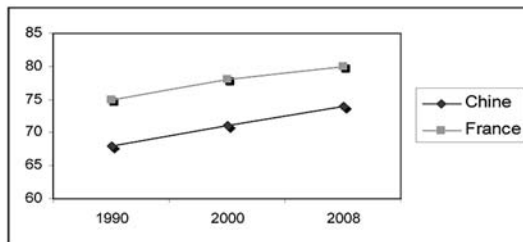
B. Un état de santé fragile mais qui s'améliore

L'étude des statistiques sanitaires de la Chine fait apparaître un pays dont l'état, après s'être un temps dégradé, s'améliore mais qui reste en deçà des standards qu'on observe dans les pays occidentaux.

L'espérance de vie est de 74 ans aujourd'hui, soit 6 ans de moins qu'en France. Par contre, elle a progressé de 3 ans par tranche de 10 années, ce rythme est analogue à ce qui est observé dans les pays occidentaux. Le taux de mortalité infantile est égal à la moyenne régionale asiatique, soit 21 ‰. La France se situe aujourd'hui à 4 ‰. Au cours des 20 dernières années, ce taux a été divisé par deux.

Par contre, l'espérance de vie en bonne santé présente encore un écart de 10 ans environ : 66 ans en Chine, 76 ans en France. Les maladies transmissibles représentent 20 % des pathologies rencontrées (6 % en France) et les pathologies respiratoires restent une cause importante de décès. Les cancers, les diabètes et l'hypertension artérielle sont en augmentation. Parmi les facteurs de risque, le tabac occupe une place importante avec un taux de fumeurs chez les hommes de 59,5 % contre 36,4 % en France. Il s'agit d'un vrai problème de Santé publique². De façon plus générale, la croissance économique pèse sur la santé des Chinois, les maladies liées à la pollution atmosphérique étant en nette augmentation.

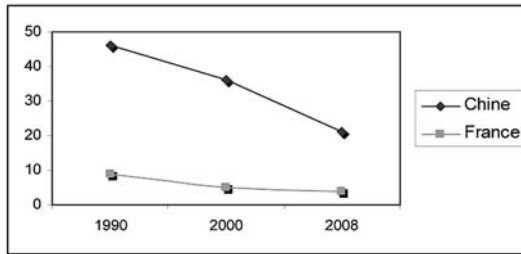
Par ailleurs, avec la suppression sur la période 1976-1998 de la gratuité des services de prévention, la Chine a pris du retard dans ce domaine. La relance des centres de proximité vise notamment à reconstruire une vraie politique de prévention publique.



Espérance de vie (source : OMS)

2. Richard Herd, Yu-Wei et Vincent Koen, « The smoking epidemic », in *Improving China's Health System*, OCDE, février 2010, p. 9.

Depuis janvier 2011, selon le ministère de la Santé, il est interdit de fumer dans tous les lieux publics internes, les lieux de travail et les moyens de transport. Les salariés de ce ministère perçoivent une prime de 500 yuans s'ils s'abstiennent de fumer pendant un an.



Mortalité infantile (source : OMS)

Répartition des causes de décès pour maladie

	Chine	France
Maladies cardio-vasculaires	33 %	31 %
Cancer	20 %	29 %
Pathologies respiratoires chroniques	17 %	5 %
Diabète	1 %	2 %
Autres maladies chroniques	8 %	19 %
Maladies infantiles	10 %	6 %
Accidents	11 %	8 %

Source : OMS.

II. Une assurance santé pour 1,3 milliard de Chinois

Il s'agit sans doute de l'un des aspects les plus ambitieux de la réforme du système de santé chinois. L'extension de la couverture à l'ensemble de la population est planifiée avec, comme horizon, l'année 2020.

A. Une couverture santé qui se généralise

En 15 ans, la Chine a réussi à mettre en place une couverture santé obligatoire pour une grande partie de sa population. En 2003, le taux de couverture était de 15 % à peine. En 2008, selon les données officielles, il serait de 85 %.

Le système est fondé sur un double niveau : une couverture obligatoire de base et une couverture complémentaire facultative gérée par les assurances privées.

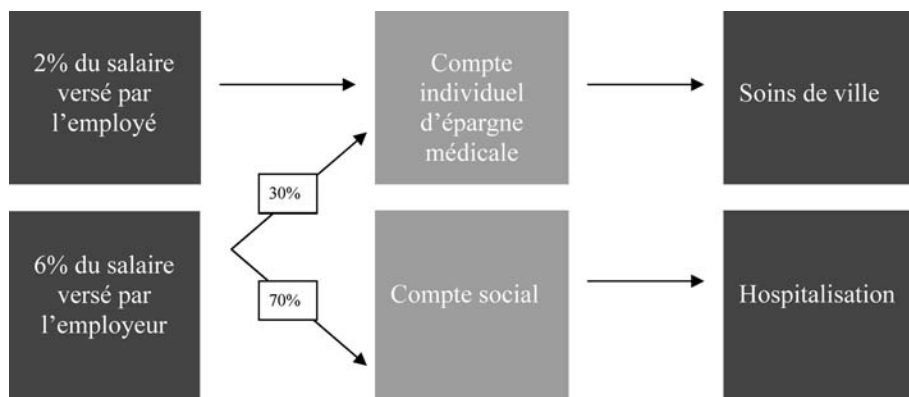
3

REGARDS DES ACTEURS

La couverture de base comprend deux grands régimes : le régime des salariés en milieu urbain et l'assurance coopérative en milieu rural pour les paysans.

Le premier, mis en place en 1998, couvre les salariés et les anciens salariés. Il est financé par une contribution salariale et patronale assise sur le salaire avec un système de pré-compte qui vient alimenter deux types de compte :

- un compte individuel d'épargne médicale pour les dépenses ambulatoires ;
- un compte social fondé sur la mutualisation des contributions pour la prise en charge des frais d'hospitalisation.



La transition économique et les réformes du système de santé chinois (source : Jian Chen, p. 28)

Pour sa part, le régime de coopérative en milieu rural a été institué en 2003. Il s'agit d'un fonds alimenté par trois sources de financement différentes : le paysan lui-même, l'État et l'échelon d'administration territoriale. Comme pour le régime urbain, il est composé de deux parties : un compte familial d'épargne médicale et un fonds de mutualisation.

Le régime d'Assurance maladie des ruraux connaît un développement rapide grâce au soutien financier de Pékin³. Les populations rurales sont, en effet, incitées à intégrer la couverture maladie par un mécanisme de cotisation volontaire subventionné par l'État.

La priorité actuelle du gouvernement chinois est d'achever la généralisation de la couverture en l'étendant également aux catégories pas ou peu couvertes : les enfants, les personnes âgées et les personnes sans activité.

3. Richard Herd, Yu-Wei et Vincent Koen, *Improving China's health care system*, OCDE, février 2010, p. 23.



Cependant, des difficultés subsistent comme celle de la couverture sociale des 200 millions de travailleurs migrants qui n'a pas de droit dans les provinces ou municipalités où ils travaillent. La réforme annoncée du Hu quo⁴ constituerait un important levier de nature à favoriser la généralisation de l'assurance santé.

B. Les niveaux de prestation restent faibles

L'extension de la couverture maladie pose corrélativement la question du niveau de la prise en charge.

Le niveau des remboursements reste faible. Seuls les soins liés à la maladie sont pris en charge, la perte de revenu n'est pas assurée⁵. Les remboursements comportent une franchise et un plafond. Les taux de prise en charge varient en fonction du territoire de résidence (province riche/province pauvre), du régime d'appartenance (urbain ou rural) et de la nature de la dépense (ambulatoire ou hospitalier).

Au total, 47 % des frais médicaux sont aujourd'hui encore à la charge du patient.

Les taux de couverture sont liés au niveau de développement économique de la zone. Dans les provinces riches comme l'Est du pays, les plafonds de prise en charge sont plus élevés ainsi que les taux de remboursement. La municipalité de Pékin a ainsi progressivement amélioré son niveau de couverture entre 2005 et 2009.

Si au cours des dernières années, l'effort en matière de couverture a été important, le système d'Assurance maladie chinois est encore loin d'offrir les conditions optimales de prise en charge de ce risque (voir tableau p. suiv.).

C. Une gestion morcelée

Le système souffre de surcroît de sa gestion qui reste très morcelée. En Chine, c'est l'échelon territorial (selon les cas, régional, provincial, ou municipal) qui gère l'Assurance maladie. Il n'existe pas une organisation définie nationalement mais autant d'organisations possibles qu'il y a de régions. L'État ne dispose aujourd'hui que d'un pouvoir d'orientation.

4. Le hu quo ou hu kou est le livret de résidence. Il limite les déplacements des habitants des zones rurales vers les zones urbaines ou d'autres provinces.

5. Sauf pour la maternité.

Niveau de prestations du régime urbain. Exemple de la municipalité de Pékin. Année 2009

Bénéficiaires	Soins ambulatoires			Soins hospitaliers et affections de longue durée		
	Franchise de remboursement	Taux de remboursement	Plafond de remboursement	Franchise de remboursement	Taux de remboursement	Plafond de remboursement
Bénéficiaires actifs	1 800 yuans	50 %	20 000 yuans	1 300 yuans	Au moins 85 %	170 000 yuans
Bénéficiaires retraités	1 300 yuans	85-90 %	20 000 yuans	1 300 yuans	Au moins 95 %	170 000 yuans

Source : La Protection sociale chinoise : les défis du développement et de la performance (Séminaire d'étude 2009, EN3S, Zhiqun Li, p. 30).

Un grand nombre de ministères interviennent sur ce sujet sans que ce soit la compétence exclusive d'un seul. Au total, cet émiettement génère des inégalités et difficultés administratives pour les Chinois.

La persistance de deux régimes, l'un pour les urbains, l'autre pour les paysans, renforcent également les inégalités entre la ville et la campagne.

Sur le plan financier, l'absence de mutualisation des fonds à un niveau national lie le Chinois à la situation économique de sa région. Dans une région riche où les fonds collectés sont plus importants, la couverture santé sera meilleure qu'ailleurs.

La portabilité des droits d'une Caisse à l'autre en cas de mobilité géographique reste compliquée, l'assuré devant faire l'avance de la totalité des frais.

Enfin, l'efficacité globale du système reste tributaire de cette organisation. La gestion de trésorerie n'est pas optimisée puisqu'il n'y a pas de mutualisation nationale des recettes et l'absence d'un vrai système d'information rend difficile la construction des éléments de connaissance, d'analyse et de pilotage des paramètres techniques.

Certes, l'État a plusieurs fois affiché son souhait d'une reprise en main nationale de ce système, mais son organisation décentralisée rend plus difficile qu'ailleurs ces évolutions.

III. Une offre de soins à redessiner

C'est dans ce domaine que les débats et les critiques sont les plus nombreux. La Chine dispose d'un système hopitalo-centré tourné prioritairement vers le curatif où la médecine traditionnelle chinoise coexiste



avec la médecine occidentale. Avec une population qui connaît un rythme de croissance soutenu, la question de l'offre de soins, de sa structure et de sa répartition sur le territoire constitue un élément crucial. Tout aussi important est le débat autour du coût des soins dans un pays où les éléments de régulation du système sont peu ou mal définis et où le revenu par tête reste faible.

A. De nouveaux services qui se développent

Le gouvernement chinois a lancé un plan d'investissement important afin d'accroître l'offre de soins par la construction de 1 000 nouveaux hôpitaux par an.

Le nombre d'hôpitaux reste effectivement encore insuffisant avec une structure pour 65 000 habitants contre une structure pour 20 000 en France.

Ce plan s'inscrit dans la première vague de réforme, des années 2000, qui a modifié la classification des hôpitaux afin de sortir de cette logique où ils ne fonctionnaient que comme des entreprises privées sans financement en provenance de l'État⁶.

Le niveau d'équipement des hôpitaux urbains est globalement de qualité. Dans un pays où l'offre hospitalière a longtemps été régie par les seules lois du marché, la recherche et l'innovation ont été utilisées dans une stratégie de captation de clientèle, la plus riche notamment.

Parallèlement, l'État chinois cherche à recréer un réseau de médecine de proximité assurant le soin primaire et la prévention. Ce sont plusieurs milliers de structures de proximité qui devraient voir le jour. Le système de soins chinois reste en effet aujourd'hui beaucoup trop centré sur la prise en charge en établissements. L'hôpital représente 95 % de l'offre de soins totale et 80 % des soins primaires. Les soins dispensés à l'hôpital sont parfois inadaptés aux besoins du patient et source de gaspillage notamment lorsqu'il s'agit de pathologies bénignes.

B. Les déséquilibres restent nombreux et le coût des soins élevé

Lorsque le regard étranger se tourne vers le système de soins chinois c'est souvent pour présenter d'interminables files d'attente devant les gros

6. Il existe désormais deux catégories d'hôpitaux. D'un côté les hôpitaux non lucratifs subventionnés par l'État et dont les prix sont contrôlés par le gouvernement. De l'autre, les structures totalement privées qui assument la pleine responsabilité des pertes et des profits.

3

REGARDS
 DES ACTEURS

hôpitaux urbains. Les patients ont le libre choix de l'établissement hospitalier. En Chine, pour consulter à l'hôpital, il n'existe pas de système de prise de rendez-vous. La presse se fait souvent l'écho de patients se levant aux aurores parcourant plusieurs centaines de kilomètres afin de venir consulter dans les hôpitaux des plus grandes villes⁷. Pourtant, depuis novembre 2009, tous les établissements publics de niveau provincial doivent mettre en place un service de consultation sur rendez-vous. Les établissements de niveau inférieur sont encouragés à le faire. L'avis publié en février 2010 par le ministère de la Santé reprend cette préconisation afin d'améliorer le service des hôpitaux publics⁸. Pour éviter ces difficultés, la municipalité de Pékin veut également favoriser l'accès aux soins de proximité en améliorant le taux de prise en charge dans les dispensaires de quartier.

La persistance d'un circuit de financement de l'hôpital fondé sur un taux de marge sur la vente des médicaments constitue une des difficultés majeures auxquelles se heurte encore la Chine. Dans ce pays, il n'existe pas de réseau structuré d'officines. Les Chinois vont à l'hôpital pour acheter leurs médicaments. Les médecins hospitaliers sont autorisés à facturer sur cette vente une commission. Ce système a été dévoyé et est à l'origine de médicaments au coût très élevé. Pour compenser les pertes engendrées par des soins dont le prix est fixé administrativement sans lien avec le coût économique du soin, pour compenser également la faible rémunération du personnel hospitalier, les dérives se sont multipliées. L'État a élaboré en 2010 une liste de 307 médicaments qui ne peuvent être vendus avec commission. Ces médicaments sont utilisés dans le traitement des pathologies les plus courantes. Cette liste est assurément une avancée tant en terme d'accès aux soins que de maîtrise de leur coût, mais elle ne résout pas la question du financement de l'hôpital qui reste aujourd'hui sans réponse.

La nature et le niveau de formation des professionnels de santé notamment dans le domaine des soins primaires constituent un autre point de préoccupation. La compétence des médecins de village est souvent critiquée. Le cursus de formation de médecin en médecine générale n'a été introduit qu'en 1999. En 2007, seul 1/5^e des Universités de médecine chinoises dispense cet enseignement. Les médecins les mieux formés exercent prioritairement dans les grands hôpitaux urbains ce qui nourrit

7. « Online reservations little help for patients, specialists overwhelmed », *Global Time*, 17 septembre 2009.
 8. Site internet ambassade de France : www.ambafrance-cm.org



une médecine à deux vitesses. La Chine s'est donc fixée comme objectif prioritaire d'améliorer la formation de son personnel médical⁹ et infirmier¹⁰.

IV. Un bilan en demi-teinte

De nombreuses réformes ont été lancées afin de construire un système de santé répondant mieux aux besoins des populations. Certains résultats sont déjà tangibles. D'autres se font plus attendre.

A. Un volontarisme politique fort à l'appui des différentes réformes

La Chine, pays au développement économique exceptionnel, est également un État qui fait face à des problèmes sanitaires et sociaux importants : migration des populations rurales vers les villes, vieillissement rapide de sa population, évolution épidémiologique, etc. Pour Pékin, la Sécurité sociale est devenue un levier de stabilité et de cohésion sociale. Tous les discours publics récents des autorités chinoises sur ce sujet témoignent de cette ambition.

Il est désormais important d'accompagner le développement économique non pas par un désengagement de la sphère sociale mais, au contraire, par un investissement sur les politiques du welfare.

La méthode employée à l'appui de cette réforme est au demeurant révélatrice de la stratégie de la Chine dans son développement. Certains la qualifient de démarche de « petits pas » où on expérimente la réforme sur une partie du territoire avant de passer en phase de généralisation. La méthode s'appuie également, dans une logique de benchmark, sur une observation active des mécanismes et bilans de modèles étrangers tels que les États-Unis, le Japon, la France, l'Allemagne, la Grande-Bretagne, le Japon et la Malaisie. La démarche est guidée par un esprit pragmatique où la stratégie est progressive et séquentielle.

La Chine consacre aujourd'hui 4,3 % de son Produit intérieur brut à la dépense de santé. En chiffre brut, ce montant a été doublé au cours des dix dernières années (43 dollars par habitant en 2000, 108 en 2007).

9. Jian Chen, *La transition économique et les réformes du système de santé chinois*, p. 17.

10. En chine les études de médecine durent cinq ans et les études d'infirmier durent trois ans.



3. *L'adaptation et la régulation de l'offre*

Les ressources de santé sont insuffisantes et leur répartition sur le territoire est déséquilibrée. La volonté politique de développer l'offre notamment en zone rurale risque de se heurter à l'absence de mobilité des médecins formés et qualifiés qui ne veulent pas exercer en zone rurale dans les dispensaires. La Chine devra poursuivre ses efforts en matière de formation de ses professionnels de santé et réfléchir à un système permettant une meilleure répartition de ces derniers sur le territoire.

Plusieurs dispositifs de fixation du prix des produits et des services en santé coexistent. Ils obéissent à des logiques différentes et parfois contradictoires comme l'illustrent les mécanismes mis en œuvre pour réguler le médicament. Les médicaments essentiels sont vendus sans marge mais les autres continuent d'augmenter le revenu des médecins sans que l'intérêt du malade soit totalement garanti. Dans un pays soucieux d'améliorer l'efficacité de son système de santé, les mécanismes de régulation de type prix/volumes montrent leur limite. La maîtrise médicalisée est clairement identifiée par le gouvernement chinois comme un axe prometteur d'une régulation en devenir. Les références de bonne pratique et les protocoles de soins figurent au rang de ses priorités.

4. *La place de l'État et des territoires*

Les grandes bases de la réforme du système d'Assurance maladie et de l'offre de santé sont désormais écrites. Le passage d'une économie planifiée à une économie de marché a éloigné l'État de ce qui était, sous Mao, un Service public. La mise en œuvre de la Sécurité sociale a été confiée aux échelons locaux pour les responsabiliser financièrement. Si le choix du territoire local paraît incontournable dans une logique de gestion de proximité et raisonnable au regard de l'étendue du territoire, cette organisation est aussi un frein quand il s'agit de la réformer en profondeur. Le positionnement de l'État face aux territoires reste à consolider.

5. *L'optimisation de la gestion des organismes d'Assurance maladie*

Lors de nos différents échanges, nos interlocuteurs chinois se sont toujours montrés attentifs aux conditions de développement de leur système mais également très soucieux d'en améliorer la gestion. Les concepts de gestion par processus, de « gestion verticale » et de « standardisation » portés par Pékin et certaines provinces mettent en évidence la volonté

3

REGARDS DES ACTEURS

d'améliorer l'efficacité du système, sa productivité et la fiabilité de sa gestion. Le gouvernement provincial du Shaanxi a, par exemple, développé des normes de gestion et d'organisation applicables à l'ensemble de la province. Cette standardisation porte sur les prestations, les prélèvements mais concerne également le modèle informatique de traitement, les formulaires, l'organisation du poste de travail et de l'identité visuelle des espaces d'accueil. Pour reprendre une terminologie qui nous est familière, une organisation en réseau à l'échelle d'un territoire qui compte plus de 37 millions d'habitants...

6. *La solvabilisation de la demande*

L'écart entre le taux de couverture annoncé, souvent proche de 100 % pour les urbains, et la réalité de l'accès aux soins doit être souligné. En cas de pathologie lourde notamment, le reste à charge demeure important y compris pour les populations urbaines. Le renoncement aux médicaments et aux actes complémentaires reste encore important. Le système est triplement régulé : un ticket modérateur à l'entrée, un reste à charge en fonction de l'acte et un plafonnement des prises en charge. Ces mécanismes cumulatifs sont de puissants facteurs de renoncement aux soins.

Pourtant, l'économie socialiste de marché a plus que démontré sa capacité à produire une croissance à deux chiffres. Ce dynamisme économique a permis de financer un système de Protection sociale qui s'étoffe à mesure que le pays s'enrichit. La dimension sociale de cette économie socialiste de marché reste encore très en retrait de nos standards occidentaux. L'assurance santé est pourtant identifiée par les autorités chinoises elles-mêmes comme un moyen de se hisser vers ce qu'ils appellent « la société harmonieuse ». L'émergence de cette « société harmonieuse » reste toutefois conditionnée à la capacité des Chinois à accéder à un système de soins de qualité en fonction de leurs besoins et non de leurs moyens.



Sources

- Rapports, articles

Approfondir la réforme du système médical et de santé, SSCBC, 16 septembre 2009.

Han M. Zhuang, *Chine : le nouveau système de Sécurité sociale*.

Stueker Hubert, *EU-China social security reform cooperation project. Situational analysis report*.

Chen Jian, *La transition économique et les réformes du système de santé chinois*, Mémoire universitaire.

Dehaye Jean-Charles, *Petite synthèse sur les réformes en cours de l'Assurance maladie* (article).

Herd Richard, Yu-Wei, Koen Vincent, *Improving China's health care system*. OCDE (rapport).

Étude économique de la Chine, Synthèse OCDE, février 2010.

Réformes du système de santé chinois ; vers une couverture universelle, AISS, 23 septembre 2009.

La Chine qui vient, hors série, n° 2010-5 du 30 septembre 2010, courrier international.

La couverture sociale : un challenge majeur pour la Chine, La newsletter trimestrielle France-Chine Express, janvier-mars 2008. Consultable sur www.ccifc.org/

Li Zhiqun (2009), *La Protection sociale chinoise : les défis du développement et de la performance*, Séminaire d'étude, EN3S.

Global Time. « Online reservations little help for patients, specialists overwhelmed », 17 septembre 2009.

Notes de voyage, EN3S, septembre 2009 (Raynal Le May, Directeur de la CAF de l'Essonne) et EN3S, septembre 2010 (Sarah Videcoq-Aubert, Directrice de la CPAM de l'Ardèche).

- Sites internet

Santé et Protection sociale, rubrique Chine : www.gipspi.org

OMS : www.who.int/countries/chn/fr/

A collage of several black and white photographs showing diverse groups of business professionals in various settings, such as meetings and presentations.

Approche croisée sur l'intégration sociale en Europe

Quelles coopérations entre acteurs du champ social ?

Sihem Anne Essayah

Membre d'un groupe de recherche sur l'économie sociale et solidaire

Résumé

Dans un contexte marqué d'incertitudes, l'intégration économique européenne relève de différentes approches. Au sein de l'Europe élargie, celle liée à la politique sociale, plus particulièrement en France, constitue un enjeu majeur.

Pour des objectifs d'intégration européenne visant une justice distributive, prenant en compte le monde du travail et la société civile, notre approche met en avant deux catégories d'acteurs extra-institutionnels (externes aux institutions publiques), parties prenantes du dialogue social et du dialogue civil : les syndicats et les organisations de l'économie sociale et solidaire.

La méthodologie liée à cette démarche prend appui sur l'observation participante dans le domaine syndical et celui de l'économie sociale et solidaire. L'interaction entre les trois composantes – emploi, droits sociaux et solidarité – ouvre la voie pour un contrat social à réinventer.

I. Introduction

Au-delà des conséquences économiques de la crise de 2008 en Europe, les retombées sociales sont de plus grande ampleur.

Une approche structurelle semble être nécessaire à la faveur de mécanismes faisant fonction d'amortisseurs socio-économiques, tout en mettant en avant le rôle d'acteurs non institutionnels en lien avec le monde du travail et celui de l'économie sociale et solidaire.

3

REGARDS
DES ACTEURS

L'Union européenne composée de vingt-sept États membres constitue un marché intérieur diversifié mais dont la population est vieillissante. L'intégration économique est liée à une intégration sociale dont les contours sont sans cesse à définir, compte tenu de disparités inéluctables entre la vieille Europe du Traité de Rome et les nouveaux entrants.

Plusieurs chercheurs et économistes, comme Pigasse *et al.* (2009), s'accordent à dire qu'un nouveau modèle de croissance est à inventer. Si le recours à l'endettement trouve ses limites, d'autres voies sont à trouver pour rendre la demande plus solvable. Celle-ci subit depuis une vingtaine d'années une érosion, avec la tendance à mieux rémunérer le capital que le travail.

Au début de l'année 2011, le taux de chômage global dépasse les 10 % dans la zone euro et il est deux fois plus élevé chez les moins de 25 ans (données de l'Union européenne).

La montée des précarités et des travailleurs pauvres constitue l'une des priorités d'action de l'UE 2020.

La Commission européenne a mis en place en décembre 2010 une plate-forme de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale. Le concept d'innovation sociale est mis en avant, par le soutien à projets, tout en accordant une importance centrale au marché du travail, à la Protection sociale, à l'éducation et à la formation tout au long de la vie. Ce sont là des éléments essentiels pour un développement économique durable.

Une vision pluridisciplinaire est à privilégier. À un problème supranational, des réponses globales s'imposent, tenant compte de facteurs structurels en Europe, tels le vieillissement démographique et la faiblesse du tissu industriel dans certains pays comme la France. Ces caractéristiques ne favorisent pas toujours la compétitivité, pourtant inscrite dans la stratégie de Lisbonne.

L'analyse présentée ci-après concerne en premier lieu les caractéristiques sociales de l'Europe, les leviers liés à l'emploi, le cadre réglementaire et le rôle des principaux acteurs.

La seconde partie de notre développement s'attachera à cerner les déterminants de l'intégration sociale. Pour cela, seront mis en avant le rôle d'acteurs non institutionnels – les syndicats et les entreprises de l'économie sociale et solidaire – et des voies de coopération possibles.

II. État des lieux sur l'Europe sociale

Dans une société de l'abondance et de l'accumulation de richesses, il est paradoxal de voir une augmentation continue des précarités ; en Europe, le nombre de pauvres est estimé à 80 millions. L'augmentation continue des dépenses sociales n'ayant pas réduit la pauvreté, il en ressort une inefficacité des politiques sociales de certains pays, dans un mode de gestion publique pourtant soucieux de performances et de quantifications diverses (Damon, 2010).

La lutte contre la pauvreté trouve ses fondements dans les systèmes de Protection sociale de la vieille Europe, selon la conception de Beveridge ou de Bismarck, s'appuyant respectivement sur la solidarité nationale ou sur un système assurantiel. Le second, s'appuyant principalement sur les actifs, trouve ses limites si le niveau d'emploi est insuffisant.

A. Problématiques sociales et levier de l'emploi

Le critère de pauvreté est variable selon le revenu moyen dans chaque pays et les disparités.

Au sein de l'OCDE, les États-Unis pays le plus riche a un taux moyen de pauvreté de 17 %, atteignant 20 % pour les jeunes (OCDE, 2009).

Dans la plupart des pays européens, les dépenses sociales représentent en moyenne le quart de la dépense publique. Toute économie gagne à privilégier l'emploi et sa qualité, principale source de croissance et de financement.

1. Nécessaire adaptation du système de Protection sociale

Les institutions de Sécurité sociale, telles qu'elles existent en Europe, permettent de se prémunir contre les risques individuels traditionnels liés au cycle de la vie. S'y ajoutent dans un cadre élargi de Protection sociale, l'indemnisation du chômage et la prévoyance collective. La société actuelle génère de nouveaux risques collectifs liés au mode de vie et favorisés par la société de consommation.

Pour cela, entre les deux modes de financement et de prise en charge, l'assurance ou la solidarité, la seconde tend de plus en plus à pallier l'insuffisance du mode assurantiel assis sur les cotisations et l'emploi.

Les Européens, attachés à une philosophie sociale, confient l'essentiel de la gestion des risques à l'État providence.

3.

REGARDS
 DES ACTEURS

En raison du chômage grandissant, le modèle de Protection sociale glisse vers une solidarité institutionnalisée entre actifs et inactifs. Or, la baisse continue de la proportion des actifs et la hausse de celle des inactifs nécessite la redéfinition des sources de financement, par les autorités nationales respectives.

Par ailleurs, de nouvelles formes de solidarité méritent d'être développées, dans un projet social commun, telles des formes de service civique, formatrices et à valoriser, pour des personnes peu qualifiées ou des contrats de solidarité temps, pour des chômeurs ou des jeunes retraités.

2. Nécessaire concertation sociale en matière d'emploi

La qualité des relations sociales entre les partenaires sociaux renforce la protection des salariés tout en contribuant à la compétitivité. Des mécanismes distributifs cohérents de Protection sociale visent à encourager le travail ; régulé par les Pouvoirs publics, celui-ci devant être « décent » selon les critères de l'OIT (Servais, 2004). La politique actuelle de la Suède privilégiant l'emploi à la pérennisation d'aides sociales, y compris pour les personnes d'origine étrangère, semble donner ses fruits, le taux de chômage moyen étant inférieur à 7 %.

Un conflit de logiques sociales différentes peut apparaître entre une autonomie normative des partenaires sociaux et une politique active d'un État providence. La concertation entre les acteurs sociaux est à privilégier, avec pour axe principal l'égalité des chances et de traitement. Tout en étant un droit fondamental, cela favorise le développement des capacités professionnelles et l'employabilité.

Pour les populations éloignées de l'emploi, notamment les jeunes, les dispositifs de stages et de formations en alternance ne sont pas suffisamment développés. Les accords entre partenaires sociaux, pouvant associer sur le terrain des entreprises d'insertion sont exceptionnels. Afin de répondre au critère de qualité du travail, tout emploi mérite d'être inscrit dans un parcours professionnalisant favorisant l'insertion. Cela mène à rechercher l'appui de partenaires sociaux, plus particulièrement les syndicats, ayant une position privilégiée par l'observation participante sur le terrain. Il appartient aussi à chaque État de reconnaître ces acteurs et de favoriser leur accès à l'information, sans entrave au droit de la pratique syndicale.

3

REGARDS DES ACTEURS

B. Un cadrage réglementaire assez structurant

Boulte (site Fonda), membre du réseau européen des associations (EAPN) a établi une approche pragmatique de l'Europe sociale, précisant que la construction européenne trouve aussi son origine dans des considérations sociales. À chaque étape de la construction européenne, du Traité de Rome au Traité d'Amsterdam, puis dans la stratégie de Lisbonne en 2000, l'inclusion sociale est au cœur des politiques européennes.

La réalité sociale de l'Europe est marquée par la diversité des systèmes sociaux fondés sur les relations professionnelles, l'emploi, la Protection sociale, le droit du travail et incluant l'éducation, la formation, la Santé publique et la lutte contre les discriminations (Quintin *et al.*, 1999). Certains doutent cependant de la politique d'intégration sociale, vu la diversité des caractéristiques des différents États, dans une économie mondialisée (Védie, 2004).

Conformément au Traité constitutionnel, l'Union a pour objectif l'emploi, l'amélioration des conditions de vie et de travail, permettant une Protection sociale adéquate, le dialogue social et la lutte contre les exclusions.

L'Europe sociale est un élément clé de la transformation économique, par la modernisation des systèmes de Protection sociale. Dans ce domaine, une place importante est accordée à la négociation dans le respect du principe de libre circulation. On peut citer la directive temps de travail de 2008, limitant la durée hebdomadaire de travail à 48 heures ; l'implication de certains syndicats l'ayant favorisé.

Il s'agit aussi de faire converger compétitivité économique et progrès social, dans une économie mondialisée. De fait, les partenaires sociaux et les représentants de la société civile y trouvent leur place dans la consultation menée par la Commission de Bruxelles (Accord, 31 octobre 1991).

Le Parlement européen et le Conseil économique et social permettent respectivement un dialogue civil et démocratique, la définition et l'élaboration de normes sociales européennes.

Dans ses livres verts, l'Union a établi des dispositifs, dont la « Méthode Ouverte de Coordination » (MOC), devant favoriser le soutien aux organisations de la société civile. La Commission est appelée à proposer les modes de financement de politiques publiques des États et collectivités. L'intégration des questions sociales nécessite l'intervention coordonnée d'organismes publics, de partenaires sociaux et associations, visant à favoriser l'interaction entre politiques et acteurs de terrain.



Or, le plus souvent, plus particulièrement en France, il y a une faible reconnaissance de certains acteurs, comme ceux du monde associatif, non associés à l'élaboration des politiques publiques.

Le réseau européen des associations contre l'exclusion sociale, EAPN, dénonce à fin 2010 la non-mise en œuvre de ce dispositif (site de l'Union) et des objectifs dont le contenu diffère selon les pays, comme en matière de mesures incitatives à l'emploi.

Il s'agit là d'un levier pouvant favoriser l'association des partenaires sociaux à la définition des orientations sur l'emploi et un moyen de mettre à plat les disparités entre modèles nationaux. L'épisode peu glorieux du « plombier polonais » lors du débat français en 2005, était révélateur d'ambiguïtés sur des schémas sociaux réducteurs.

Des fonds structurels sont prévus pour corriger des déséquilibres régionaux, à hauteur de 45 % du budget communautaire (OCDE, 2010). Leur promotion et mise en œuvre devraient permettre de développer la solidarité européenne, plutôt que l'attractivité immédiate des marchés de pays émergents. À long terme, cela ne peut nuire à la compétitivité, y compris pour un pays comme l'Allemagne.

C. Rôle des principaux acteurs

Des États généraux de l'Europe se sont tenus à Strasbourg en 2010 (site de l'Union européenne). Un atelier a traité de « l'action de terrain au-delà de l'Année européenne 2010 de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale ».

Des constats sur le fonctionnement de dispositifs communautaires et des propositions émises sont utiles, nous permettant aussi de cerner dans la partie suivante les déterminants de l'intégration sociale.

L'emploi ne prémunit pas contre la pauvreté : 8 % d'Européens ayant un emploi vivent sous le seuil de pauvreté. En amont de la prochaine stratégie EU 2020, la question des politiques de l'emploi et la lutte contre l'exclusion sociale se pose, sachant que les acteurs institutionnels ont du mal à lier et à coordonner politiques de l'emploi et problématiques de pauvreté.

L'assouplissement de dispositifs institutionnels favoriserait l'implication d'autres acteurs :

3

REGARDS DES ACTEURS

- Des acteurs sociaux de terrain expérimentent et développent sans cesse des actions luttant contre la précarité sociale. L'atelier cité a permis, par la présence d'acteurs respectifs, y compris du monde syndical, de confronter les différences de perception et de percevoir des moyens de rapprochement.

Agir sur le taux d'emploi pour lutter contre la pauvreté ne pourrait suffire. Une précarité de l'emploi se développe, menant des États membres à mettre en place des dispositifs facilitant les effets d'aubaine ou les trappes à pauvreté ; les minima sociaux se situant plutôt en dessous du seuil de pauvreté.

L'emploi constitue une composante parmi d'autres facteurs d'inclusion sociale. Il y a aussi l'accès aux différents services éducatifs, culturels et de Protection sociale, ainsi que la construction de parcours structurants pour les personnes, permettant une perspective d'avenir. Les acteurs extra-institutionnels pourraient y jouer un rôle facilitateur.

- Des accords cadres européens issus du dialogue social, comme celui sur le marché du travail inclusif, facilitent l'instauration de recommandations. Il appartient alors aux partenaires sociaux et aux États membres de les faire vivre, pouvant rapprocher ainsi les sphères économique et sociale.

En matière d'emploi, il vaudrait mieux ne pas s'enfermer dans les notions formelles de qualifications. L'approche allemande privilégie celle de « compétence de base sous-jacente » facilitant les passerelles ou mobilités entre emplois proches, en complétant par des formations plutôt courtes.

Dans ce cadre, des acteurs locaux, sur appel à projet, peuvent expérimenter et évaluer des pratiques sociales novatrices, comme le programme PROGRESS, tout en bénéficiant d'un financement communautaire. L'enjeu serait d'utiliser ensuite ces dispositifs associés, afin de produire des directives ou textes d'orientation pour de nouvelles politiques publiques nationales, visant des emplois de qualité, soucieux de conditions de travail respectant la dignité des personnes et adaptées à leurs possibilités.

L'interaction avec la sphère économique est forte, par rapport aux risques des plans d'austérité dictés par les autorités de Bruxelles. Ainsi tel que le soulignent F. Lefresne et C. Sauviat (2010), il est important que dans la politique européenne, le chômage soit corrélé à des causes structurelles et une inadaptation de l'offre à la demande de travail. Plus les individus restent au chômage, plus leurs qualifications s'érodent compromettant le retour sur le marché de l'emploi.



La partie ci-dessus montre une pluralité d'acteurs visant l'inclusion sociale. Cependant, ce sont les interactions entre parties prenantes qui peuvent favoriser l'intégration sociale au sein de l'Union.

III. Déterminants et enjeux de l'intégration sociale

La crise de 2008 a révélé les insuffisances de l'État providence pour assurer une régulation efficace évitant la fragilisation sociale. Des systèmes anciens de Protection sociale, notamment en Europe de l'Ouest, ont permis cependant d'assurer un rôle d'amortisseur des effets de la crise, par des minimas sociaux, l'indemnisation du chômage et des systèmes de retraite issus de régimes obligatoires.

Cela éclaire également sur l'encastrement de l'économie dans le social (Laville, 2010) donnant du sens à l'activité marchande.

A. Développement du rôle d'acteurs non institutionnels

La complexité du fait social rend nécessaire la prise en compte de parties prenantes non institutionnelles, les syndicats au titre du monde du travail et les entreprises ou organisations représentant les populations fragilisées ou la société civile. Ces acteurs gagnent aussi à adapter leurs modes d'action aux attentes de leurs publics.

1. Un renouveau syndical nécessaire

Face aux enjeux du XXI^e siècle, la consolidation de la solidarité professionnelle entre des salariés, mis en concurrence par la mondialisation, est nécessaire. Cela passe par l'internationalisme syndical, en premier lieu à l'échelle de l'Europe. Ainsi, après l'instauration en 1973 de la Confédération Européenne des Syndicats (CES), a été fondée fin 2006 la Confédération Syndicale Internationale (CSI). Son objectif est que la mondialisation fonctionne en faveur des salariés, des sans-emploi et des pauvres, annonçant ainsi un processus d'envergure, à travers l'exercice du droit de négociation collective près des multinationales (Sohier, 2010).

C'est dans cette perspective que se situe le renforcement des fédérations syndicales internationales (global unions) regroupant des syndicats par grands secteurs d'activité.

Il ne s'agit pas de sous-estimer le rôle de l'action syndicale dans le cadre national, mais de mettre en exergue la nécessité de meilleures

3

REGARDS DES ACTEURS

concertations ou coordinations de stratégies syndicales dans un cadre élargi, face au risque de concurrence entre salariés de régions différentes du monde.

La mondialisation de l'économie a fait naître d'autres mouvements d'expression ou de contestation au sein de la société civile. Dans le cadre de ces nouvelles dynamiques sociales, le mouvement syndical doit repenser sa stratégie et ses moyens d'action, voire rechercher des coalitions. Aucun mouvement ne peut porter à lui seul, à une échelle supranationale, un nouveau projet social.

Une telle démarche commence au niveau de l'entreprise, de l'échelle locale à la dimension internationale, visant l'exercice de la responsabilité sociétale, pour un développement soutenable.

Cela intègre dans la négociation avec l'employeur ce qui a trait aux conséquences externes de l'activité de l'entreprise.

2. *Soutien de l'Économie Sociale et Solidaire (ESS)*

L'ESS a pour objet l'aide ou l'appui pour la réinsertion et l'inclusion sociale, autant que possible par le travail.

L'histoire de ce pan de l'activité économique croise aussi celle du syndicalisme, surtout au XIX^e siècle, par des Caisses d'entraides ou des mutuelles. C'était justement face aux dérives du capitalisme et de conditions de travail précaires que ces mouvements s'étaient développés.

Des structures mutualistes actuelles en sont issues. Ce sont des besoins sociaux et des services divers qui rendent nécessaires ces structures où l'objet économique est indissociable des préoccupations sociales. Certains mouvements médiatisés, lors de forums sociaux mondiaux, visent à interpeler les institutions européennes ou internationales, suscitant les solidarités à tous niveaux.

L'ESS est bien partie prenante du mouvement de transformation sociale que prônent les mouvements syndicaux à l'échelle européenne.

Des alliances sont à rechercher entre acteurs respectifs du monde syndical et de l'ESS – les premiers agissant dans l'entreprise, veillant à l'exercice de la responsabilité sociale et les seconds agissant pour l'insertion sociale et l'emploi.

De telles mobilisations trouvent généralement un bon écho chez les jeunes, ayant besoin de valeurs se rattachant à un idéal sociétal.

Un renouveau syndical favoriserait l'attractivité de nouvelles recrues, notamment en France où le taux moyen de syndicalisation n'est que de 8 %, pour des raisons multiples dont certaines historiques.

B. Coopération favorisant l'intégration sociale



Notre approche met en avant l'intégration sociale, compte tenu du caractère déterminant de ses leviers pour l'intégration économique.

Des disparités majeures dans ce domaine constituent un frein à l'intégration visée par l'Union européenne et à la satisfaction des critères de convergence.

Le rapprochement du concept d'*encastrement* (embeddedness) développé par Polanyi et Granovetter (Laville *et al.*, 2010) établit la relation entre l'économique et le social. L'interaction entre ces deux dimensions est surtout perceptible dans l'économie sociale et/ou solidaire. L'activité économique, par l'emploi et la production de biens ou services, y est justement *réencastree* dans un projet social.

Dans ce cadre, le concept d'encastrement met en avant les relations sociales et les réseaux, d'où l'importance accordée à la coordination.

À l'échelle européenne, ce mécanisme ne donne pas toujours satisfaction aux acteurs, mais constitue un élément fondamental pour légitimer toute forme de coopération entre parties prenantes non institutionnelles.

1. Concilier la gouvernance et l'intégration sociale

Le Livre blanc de la gouvernance européenne rédigé en 2001 a énoncé des principes de légitimité, d'efficacité et de justice et « une notion intégrée de gouvernance publique européenne ». Celle-ci est définie par les règles, processus et comportements qui influent sur l'exercice des pouvoirs.

S'agissant de démocratie délibérative ou participation (légitimité, justice), les acteurs représentant la société civile, tels les EESS et les syndicats, fonctionnent selon ce principe. Aussi, « la gouvernance européenne devrait... favoriser l'engagement civil ».

À cet effet, la Commission et les autres institutions de l'Union ont besoin de savoir comment gérer la légitimité, à partir de la notion de cohésion territoriale inscrite dans la Constitution des 27 membres.

Ne doit-on pas privilégier une évolution des rôles, alliant activités marchandes et non marchandes, sphères publique et privée, entreprise et société civile ?

3 REGARDS DES ACTEURS

La centration sur les composantes essentielles de légitimité, efficacité et justice sociale, favorise la cohérence entre les différentes parties prenantes et une bonne gouvernance.

Ainsi, tel que la mettent en avant Bonnafous-Boucher et Pesqueux (2006), l'approche par les parties prenantes, conçue depuis les années 1960 (Freeman), est étendue aux emboîtements possibles entre sphère publique et sphère privée, par la recherche de pertinence des choix pour les agents économiques et les individus, au-delà des préoccupations de performance.

Candela Castillo (sous la direction de Bonnafous-Boucher *et al.*, 2006) associe l'exercice de l'intégration à la légitimité participative. « On parvient ainsi à la possibilité d'une société civile européenne ». Cependant, son expression devrait être au centre de la gouvernance.

Cela met en exergue la distanciation de fait entre les citoyens et instances européennes : le Président de la Commission n'est pas pour le moment nommé par le Parlement européen.

La légitimité de la gouvernance nécessite la création d'un espace public délibératif ; les États et les institutions centrales ne pouvant apporter des solutions à tout problème dans une économie globale.

Le principe constitutionnel de *subsidiarité* permettrait justement de « reconfigurer » la gouvernance, afin qu'elle s'exerce à plusieurs niveaux ou *multilevel governance*. Ces dispositions ont pour corollaire la nécessaire construction de la cohésion territoriale.

Une forme d'autorégulation par des parties prenantes, plus particulièrement celles que nous avons mises en avant, serait possible, si la Constitution est susceptible d'intégrer leur représentation dans des instances territoriales. Il s'agirait là d'une redistribution de pouvoir dans le cadre d'un projet social européen, favorisant l'équité sociale et l'égalité des chances.

2. Favoriser les interactions pour une plus-value sociale

Les interactions prennent tout leur sens au niveau des parties prenantes sur le terrain, s'agissant des représentants du monde du travail, les syndicats et des organisations agissant en économie sociale et solidaire.

Concernant les syndicats, plusieurs analystes prônent la voie d'un syndicalisme de services, à l'instar d'une étude du Centre d'analyse stratégique en France (Verrier, 2010), comme moyen de revitaliser la relation syndicale, à l'instar du « modèle » nordique ou outre Manche, liant syndicalisation et bénéfice de services. Certaines propositions sont émises dans ce sens :

3. REGARDS DES ACTEURS

- ne pas se limiter au seul champ professionnel, en proposant des services répondant à certains besoins des salariés, telles des informations pour de meilleures conditions de logement ;
- s'appuyer sur la participation à la gestion d'organismes paritaires ou tripartites pour proposer notamment des dispositifs d'accompagnement des parcours professionnels, l'aide ou le conseil à la gestion de carrière et pour des formations ;
- un autre domaine d'action, visant à mutualiser des services pour les PME et TPE, concerne des complémentaires d'assurance et de prévoyance.

Certaines confédérations syndicales en France adoptent cette logique de l'espace social individualisé.

Une telle démarche est en cohérence avec les préoccupations de responsabilité sociale, devant être mises en avant par les entreprises dans leur dialogue social avec les partenaires sociaux.

Tout syndicat peut jouer un rôle actif dans l'établissement et le contrôle des règles de sécurisation des emplois, tenant compte des évolutions du marché du travail et de l'emploi.

Ainsi, un syndicalisme à bases multiples, alliant à la fois négociation et services personnalisés aux adhérents, peut contribuer à la mise en place d'un maillage territorial de proximité au plus près des bassins d'emploi.

À côté de ces formes d'action, certaines organisations syndicales réfléchissent à des partenariats possibles avec d'autres acteurs, notamment associatifs en amont des dispositifs d'insertion professionnelle, s'appuyant sur leur participation à la gestion d'organismes paritaires ou tripartites, dans l'objectif d'accompagnements coordonnés auprès des personnes.

Cela peut concerner les agences publiques pour l'emploi ou les organismes collecteurs de fonds pour la formation professionnelle.

Certaines entreprises sociales sont actives dans ces domaines, contribuant à la formation et au développement des compétences de personnes défavorisées.

Le réseau EMES, European Research Network (site EMES) défend la nécessité de politiques coordonnées du marché de l'emploi, afin d'aider un large éventail de personnes défavorisées (chômeurs et personnes handicapées) en risque d'exclusion permanente du marché de l'emploi et d'exclusion sociale de la société civile (Spear *et al.*, 2003).

Des groupements d'ESS agissent dans ce sens dans différents pays européens sous le sigle WISE (Work Integration Social Enterprises).

3

REGARDS
DES ACTEURS

Parmi les grandes entreprises de l'ESS, la Croix Rouge Française développe des expérimentations novatrices, avec le concours d'un groupe de chercheurs universitaires. Axée sur l'évaluation de sa gouvernance, cette démarche s'inscrit dans une stratégie d'ouverture favorisant les partenariats.

Les acteurs et organisations présentés ci-dessus disposent d'une certaine autonomie dans leur fonctionnement par rapport à des institutions publiques, ce qui favorise les initiatives contribuant à l'intégration sociale.

Ces formes d'action relèvent d'un entrepreneuriat social, pour lequel la promotion des bonnes pratiques mérite d'être élevée au niveau européen, à travers la MOC, afin d'améliorer les cadres de référence et les moyens d'action.

Pour le moment, cela n'est pas effectif dans la stratégie EU 2020. Le directeur de l'Institut européen Trade Union (Pochet, 2010) souligne l'absence des acteurs concernés – partenaires sociaux et représentants ministériels de l'Emploi, de la Sécurité sociale et de l'Éducation – dans le processus de réforme du marché du travail.

IV. Conclusion

La présentation ci-dessus s'est attachée à faire ressortir les enjeux d'une politique sociale européenne assise sur des bases plurielles. Il en ressort que le progrès économique est indissociable d'une régulation sociale favorisant l'expression et l'action sur le terrain de parties prenantes extra institutionnelles.

Les socles sociaux fondamentaux étant la Protection sociale et l'emploi dans des économies confrontées à la montée des précarités et à un chômage persistant, voire structurel, l'association des partenaires sociaux et des acteurs de l'économie sociale et solidaire constitue une condition de réussite de l'inclusion sociale.

Cela passe par un système institutionnel européen de coordination d'interfaces utiles. Une démocratie participative de type bottom up mérite d'être développée, à travers un syndicalisme européen actif de négociation pour des accords étendus sur les conditions de travail, de couverture santé des plus fragiles et d'insertion sociale intra communautaires.

Par ailleurs, un lobbying propositionnel auprès des institutions européennes, par des acteurs extra institutionnels semble devoir s'imposer sur les questions sociales, dans une vision globale de développement durable,



privilégiant le temps long et non le court terme sur lequel se base la logique financière. Leur action peut être menée de concert avec des associations d'administrateurs indépendants d'entreprises et des représentants de la société civile.

Cette position tend à être ralliée par les dirigeants d'entreprises du secteur marchand, notamment les PME jouant un rôle social. Le bon fonctionnement à long terme de la société dans son ensemble est aussi un gage de leur pérennité.

En définitive, des valeurs partagées ou « shared value », selon l'expression de Porter (Porter *et al.*, 2011), entre tous les acteurs – institutions, entreprises et acteurs extra institutionnels – peuvent être développées selon un cercle vertueux pouvant réconcilier progrès économique et progrès social, en misant sur l'entrepreneuriat social.

Un moyen pour crédibiliser cette approche dans l'entreprise serait de l'inscrire dans sa stratégie.

Bibliographie

- Bonnafeuf-Boucher M., Pesqueux Y. (2006), « Décider avec les parties prenantes », Éditions la Découverte.
- Boulte P. (2005), « Modèles sociaux européens », la Tribune Fonda, www.fonda.asso.fr
- Candela Castillo J. (2006), « Vers une notion intégrée de bonne gouvernance publique européenne », in « Décider avec les parties prenantes », sous la direction de M. Bonnafeuf-Boucher et Y. Pesqueux, Éditions la Découverte, pp. 189-211.
- Damon J. (2010), *Éliminer la pauvreté*, PUF.
- Laville J.-L., Glémain P. (2010), *L'économie sociale et solidaire aux prises avec la gestion*, Desclée de Brouwer.
- Lefresne F., Sauviat C. (2010), « La crise comme révélateur des enjeux de l'Union européenne », *Chronique internationale de l'IRES*, n° 127, novembre, pp. 56-71.
- OCDE, « Panorama de la société 2009, les indicateurs sociaux de l'OCDE », la Documentation Française.
- Pigasse M., Finchelstein G. (2009), *Le monde d'après – une crise sans précédent*, Plon.
- Pochet P., « EU 2020 Social impact of the new form of European governance », *ETUI Policy Brief*, 8 pages, Issue 5/2010, www.etui.org

3

REGARDS DES ACTEURS

Porter M., Kramer M. (2011), « The big idea: creating shared value », *Harvard Business Review*, janvier-février.

Quintin O., Favarel-Dapas B. (1999), *l'Europe sociale. Enjeux et réalités*, la Documentation Française.

Servais J.-M. (2004), *Normes internationales de travail*,

Éditions LGDI.

Sohier J. (2010), *Le syndicalisme en France*, Vuibert.

Spear R., Bidet E. (2003), « Le rôle des entreprises sociales dans les marchés européens de l'emploi », *European Research Network, Working Papers series*, n° 04/01, 46 pages.

Vedie H.-L. (2004), *l'Europe à vingt-cinq*, Dunod.

Verrier B. (2010), « Le syndicalisme de services : une piste pour un renouveau des relations sociales », *La note de veille, Centre d'Analyse stratégique*, n° 190, août, 10 pages, www.strategie.gouv.fr



L'Hospitalisation À Domicile (HAD)

Rym Ben Bachouch

Docteur en génie informatique à l'INSA de Lyon (Bourses doctorales EN3S – année 2010)

Sous la direction de

Alain Guinet

Professeur en génie industriel à l'INSA de Lyon

Laboratoire Décision et Information pour les Systèmes de Production (DISP)

Introduction

Depuis une vingtaine d'années le nombre de lits dans les établissements hospitaliers et les cliniques privées n'a fait que diminuer. Le vieillissement de la population a engendré une augmentation du nombre de personnes atteintes de maladies chroniques dégénératives qui donnent lieu à des incapacités fonctionnelles et à des handicaps. Les patients qui subissent des traitements pour des maladies chroniques évolutives ou des soins palliatifs souhaitent une prise en charge qui les soustrait le moins possible à leur environnement familial pour des raisons de confort personnel. Par ailleurs, ces nouveaux besoins ne nécessitent pas des soins qui mobilisent un plateau technique de haut niveau donc une prise en charge lourde à l'hôpital. C'est pour ces raisons que se sont développées ces dernières années, des structures de prise en charge globale de patients hors les murs de l'hôpital. Parmi ces structures, on peut citer les établissements d'Hospitalisation À Domicile (HAD). L'HAD est apparue en France depuis une cinquantaine d'années. Toutefois, elle n'a été reconnue comme structure hospitalière que depuis l'année 2000 et comme substitutive à une hospitalisation conventionnelle et non plus alternative qu'en 2004. De ce fait, ces structures ont connu une évolution récente et rapide appuyée par une volonté politique d'atteindre le volume de 15 000 places en 2010. Le mode de fonctionnement et l'organisation de ces structures restent toutefois mal définis en raison de la diversité des statuts et des tailles de ces structures.

I. Historique de l'HAD en France

La première apparition de l'HAD a été initiée par le Dr Bluestone en 1947 aux États-Unis (Magnet *et al.*, 2006). Puis en 1957, le professeur F. Siguier chef de service de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris (AP-HP) crée la première structure d'HAD, suivi en 1958 par l'Institut Gustave Roussy de Villejuif qui met en place sous la forme d'une association loi 1901, « Santé Services » de Puteaux de statut privé non lucratif, destinée à l'origine à la prise en charge de patients cancéreux. Puis, une première convention a été signée en 1963 entre la Caisse primaire d'Assurance maladie et l'AP-HP ainsi que Santé Services. Ensuite, afin de réunir les structures d'HAD, la Fédération Nationale des Établissements d'Hospitalisation À Domicile (FNEHAD) a été mise en place en 1973 et en 1974, la Caisse nationale d'Assurance maladie fixe les règles de fonctionnement des établissements d'HAD.

Depuis 1970, l'HAD a une existence légale mais les décrets d'application n'ont jamais été publiés. En janvier 1973, l'HAD comptait 10 structures, en 1976 elle en comptait 15 puis 20 en 1979 et 25 structures en 1982. En 2005, la France comptait 123 établissements. Ce chiffre passe à 233 en 2009 soit une évolution de 87,8 % entre les années 2005 et 2009. De même, le nombre de patients a connu une évolution importante de 104,88 % entre 2005 et 2009 (Afrite *et al.*, 2009).

Le paysage des structures d'hospitalisation à domicile se caractérise par une grande diversité de par leur taille et leur statut juridique (Alignon *et al.*, 2003). Il existe quatre types d'établissement d'HAD en France : 46 % sont publics, 10 % sont des PSPH (Participant au Service Public Hospitalier), 34 % sont privés à but non lucratif et 10 % sont privés à but lucratif. La capacité totale en places d'HAD a presque doublé en cinq ans. Malgré cet essor, il existe toujours un potentiel important de développement pour l'HAD. Le gouvernement actuel a pour objectif d'atteindre 15 000 places à l'horizon 2010, soit un déploiement de plus de 10 000 places en dix ans. Le tableau 1 illustre l'évolution de l'HAD depuis les années 1960 jusqu'à l'année 2009.

Tableau 1. Développement de l'hospitalisation à domicile

Années	1960-1980	1980-1992	1992-2000	2000-2006	2006-2009
Loi, décret et circulaires	Loi de 1970 Circulaire de 1974	Circulaire de 1986 Loi de 1991 Décrets de 1992	Circulaire du 30 mai 2000	Circulaire de février 2002 Ordonnance du 4 septembre 2003 Circulaires de février 2004 Circulaire de mars 2004	Décret du 22 février 2007 Décret du 30 avril 2007 Circulaire d'octobre 2007
Financement		Budget global et moyens constants	Moyens constants « taux de change » Tarifications hétérogènes	Réflexion sur une nouvelle tarification (IRDES) Suppression du « taux de change » et de la carte sanitaire	Tarification À l'Activité (T2A)
Population cible	Patients provenant de l'hôpital	Patients provenant de l'hôpital ou suivis en consultation externe	Tous patients sauf les malades psychiatriques	Tous patients	
Nombre de structures	0 à 20 structures	20-41 structures de petite taille	41-76 structures	166 structures	233 structures

II. L'HAD : une alternative à l'hospitalisation

Les établissements d'HAD sont apparus comme une alternative à l'hospitalisation classique en hôpital. Ce mode de prise en charge s'est beaucoup développé au cours des dernières années et ce, grâce aux nombreux intérêts qu'il présente.

A. L'HAD : système de production de soins

L'HAD a vu le jour dans un objectif premier de réduction de l'occupation des lits hospitaliers. Ce mode de prise en charge est considéré comme équivalent à une prise en charge en hôpital mais il offre l'avantage aux patients de rester dans leur domicile et de bénéficier d'un confort de prise

3

REGARDS DES ACTEURS

en charge tout en étant entourés par leur famille et dans leur environnement quotidien. L'HAD est un maillon de la chaîne de soins et a comme fournisseur de patients, les établissements de santé, la médecine de ville, etc. L'HAD est à la fois producteur de soins et fournisseur de patients pour les structures post-HAD. Les patients sont dirigés vers l'HAD soit sur prescription de leur médecin traitant ou sur prescription du médecin hospitalier. En post-HAD, le patient peut être ré-hospitalisé en hôpital si la prise en charge en HAD devient trop lourde ou encore être pris en charge par des structures relais pour la continuité des soins tels que les services de Maintien À Domicile (MAD), les Services de Soins Infirmiers À Domicile (SSIAD), etc.

B. Organisation des soins à domicile

Les établissements d'HAD sont des systèmes complexes à cause du nombre important d'acteurs (médicaux, paramédicaux, administratifs, etc.) qui interviennent dans la prise en charge du patient. Cette prise en charge diffère d'un patient à un autre suivant le type d'admission et la pathologie.

L'HAD s'organise avec du personnel salarié et du personnel libéral. Le personnel salarié est regroupé en différentes catégories : le personnel administratif, le personnel médical, le personnel paramédical (puéricultrices, masseurs kinésithérapeutes, ergothérapeutes, aides-soignantes et auxiliaires de puériculture, etc.) et les autres personnels (les assistants sociaux, les aide-ménagères, les auxiliaires de vie et le personnel logistique).

Généralement, les soins pris en charge en HAD sont classés en 3 catégories :

- des soins ponctuels, notamment en cas de maladies non stabilisées et si le patient a besoin de soins techniques et complexes pour une période préalablement déterminée (exemple : chimiothérapie ou antibiothérapie) ;
- des soins de réadaptation au domicile, notamment après la phase aiguë d'une maladie neurologique ou cardiaque, ou d'un traitement orthopédique ;
- des soins continus, notamment pour les maladies non stabilisées (cancer, maladie cardiaque ou pulmonaire).

Outre les besoins en soins médicaux, les patients hospitalisés à domicile peuvent être plus ou moins dépendants et nécessiter des soins additionnels d'aide à la personne d'importance variable. Parmi les modes

3

REGARDS
 DES ACTEURS

de prise en charge associés, l'éducation du patient et de son entourage ainsi que le traitement de la douleur sont les plus fréquemment appliqués.

C. Notion d'externalisation de service dans les systèmes de soins

L'externalisation comprend deux types d'activités : le « faire faire » qui correspond à la sous-traitance et le « faire avec » qui correspond à la collaboration avec d'autres structures. L'externalisation des activités doit satisfaire la qualité exigée par le demandeur et cet aspect est très important surtout dans le domaine de la santé où la qualité des soins détermine l'évolution de l'état du patient.

En HAD, plusieurs activités sont externalisées. En effet, ces établissements collaborent avec plusieurs autres intervenants pour assurer la prise en charge du patient sachant qu'elle nécessite un grand nombre d'acteurs médicaux, paramédicaux et sociaux pour être assurée. Les structures d'HAD réalisent donc des conventions avec des cabinets d'infirmiers libéraux (IDEL) qui vont se déplacer au domicile du patient pour réaliser les soins et rendre compte de l'évolution de l'état du patient à l'HAD. Toutefois, la structure d'HAD conserve un petit nombre d'IDE salariés qui auront en charge de faire des visites de contrôle ou d'intervenir en cas d'urgence.

D'autres activités sont aussi externalisées. Il s'agit de la livraison des médicaments qui peut être gérée soit par la Pharmacie à Usage Intérieur (PUI) de l'HAD avec des livreurs salariés ou avec des prestataires externes. Dans certains cas, l'HAD a des conventions avec des pharmacies d'officine qui peuvent se charger de livrer les médicaments au domicile du patient. Par ailleurs, même si l'HAD dispose d'une PUI, elle peut faire appel à des grossistes quand elle dessert un très grand territoire. Elle peut même faire appel à une autre PUI dans le territoire desservi. Les établissements d'HAD collaborent aussi avec plusieurs autres structures comme les laboratoires d'analyse, les prestataires de matériels, etc.

Les structures d'HAD doivent donc gérer plusieurs activités qu'il faut parfois externaliser soit en les sous-traitant ou en collaborant avec d'autres établissements.

D. La chaîne logistique hospitalière

Les activités logistiques constituent une part importante des dépenses du secteur de la santé. Selon (Chow, 1994), elles peuvent représenter

3

REGARDS DES ACTEURS

jusqu'à 46 % du budget total d'un centre hospitalier. Ces coûts intègrent les coûts de gestion de matériel, les coûts d'achats des différents produits et les coûts de gestion associés à l'achat de ces produits. Dans le milieu de la santé, le secteur de la logistique hospitalière a été pendant longtemps oublié surtout que l'on y affectait du personnel ayant des qualifications de soignant non spécialiste en logistique. Par ailleurs, la logistique hospitalière présente deux aspects : un aspect technique et un aspect managérial. L'aspect technique concerne les activités d'approvisionnement, de gestion des flux, de manutention, de maintenance, de gestion des stocks, etc. L'aspect managérial est aussi important que l'aspect technique puisqu'ils sont interdépendants.

Dans la chaîne logistique, les flux d'informations sont aussi importants que les flux physiques. De plus, la planification, le management, le contrôle et l'exécution sont des activités clés. On retrouve l'ensemble de ces activités dans la chaîne logistique hospitalière. Contrairement à la chaîne logistique en industrie, le facteur humain est très important dans la chaîne logistique hospitalière. En effet, le processus de soins tourne autour du patient qui est à la fois acteur et client de l'offre de soins. Le facteur humain en milieu hospitalier concerne aussi le personnel soignant qui est le producteur du service de soins dans le système de santé. Un autre point important dans la chaîne logistique hospitalière est l'aspect risque qui est prépondérant. En effet, la prise en charge concerne la santé du patient qui en cas d'erreur médicale peut causer son décès ou la dégradation de son état de santé. On voit bien ici que les enjeux ne sont pas les mêmes que dans l'industrie car ici, le « produit » est l'être humain.

Généralement, les services en entreprises sont standards et rentrent dans une même gamme de production. Dans le système de santé, les services sont variés et les diagnostics médicaux sont personnalisés. En HAD, les services sont variés (soins, livraisons de médicaments, récupération de matériels, etc.) et pour chaque patient le projet thérapeutique varie en fonction de son état, de sa pathologie, de son âge, de ses besoins, etc.

En industrie, « le client est roi ». Il est bien connu que l'objectif à atteindre est la satisfaction du besoin du client en fabriquant des produits ou en lui offrant un service qui répond à ses attentes. Ceci est « loin » d'être le cas dans le domaine de la santé, le client est le patient et son besoin en soins est un besoin indispensable dont il ne peut se passer. Dans la chaîne logistique hospitalière, on peut se permettre de mettre en second plan les préférences et les désirs des patients. Toutefois en HAD,

3.

REGARDS DES ACTEURS

on essaye dans la limite du possible de prendre en compte leurs disponibilités pour les passages du personnel médical ou paramédical. On essaye aussi de satisfaire leurs exigences lorsque c'est possible afin de leur offrir la meilleure prise en charge possible.

Une particularité très importante dans la chaîne logistique est l'incertitude qu'on ne peut gérer ni quantifier. En industrie, l'incertitude concerne les pannes de machines, les ruptures de stocks ou les absences du personnel. Ces imprévus n'ont d'incidence que sur la production et entraîneront ainsi que des retards de livraison. En milieu hospitalier, l'incertitude se présente sous plusieurs aspects :

- incertitudes relatives à la demande : on reconnaît qu'une part de la demande de soins est déterministe (soins programmés, saisonnalité, etc.). Toutefois, une grande partie de la demande reste imprévisible et aléatoire. Dans le domaine hospitalier, on ne peut pas prévoir la demande en volume et en fréquence. L'urgence d'une prise en charge suite à une détérioration de l'état d'un patient est aussi difficile à prévoir et perturbe l'ensemble des activités planifiées ;
- incertitudes relatives au processus de production de soins. On ne peut pas prévoir avec certitude la réaction du patient à une thérapie. En quelque sorte, tout peut arriver et ceci entraîne une incertitude propre au processus de soins même si pour chaque patient, l'ensemble de son processus de soins est décrit dans son projet thérapeutique ;
- incertitude due à la disponibilité des ressources humaines et matérielles. L'indisponibilité des ressources matérielles peut être due à des pannes, des ruptures de stocks ou encore à une mauvaise transmission des données. L'indisponibilité des ressources humaines est essentiellement due à des congés maladie ou à l'absentéisme. Ainsi, l'HAD doit faire face à ces imprévus surtout dans le cas d'absence du personnel soignant entraînant la non délivrance du soin aux patients. Ces absences peuvent causer la dégradation de l'état du patient, engendrer une mauvaise gestion des urgences, perturber le planning des visites, etc.

III. L'HAD : un système de soins mobile

Le fonctionnement des structures d'HAD fait intervenir un ensemble de ressources humaines et matérielles diversifiées et mobiles autour du domicile du patient.

A. Coordination des ressources en HAD

La prise en charge en HAD fait intervenir un ensemble d'acteurs ayant des compétences multiples et pluridisciplinaires. Il s'agit à la fois de personnel administratif, médical, paramédical et logistique. Il existe tellement de spécialités qui interviennent dans la prise en charge à domicile que la coordination devient difficile. Par coordination, on entend ici les cas de :

- la coordination au niveau de l'échange des informations : cas des échanges de résultats avec les laboratoires d'analyse, des prescriptions qui doivent être faxées par l'HAD au pharmacien, etc. ;
- la coordination entre le personnel de l'HAD pour des réunions d'information ou encore, des réunions quotidiennes où on traite des patients pris en charge dans l'HAD afin que tout le personnel connaisse l'évolution de leur état ;
- la synchronisation du personnel soignant au domicile du patient pour des soins ou pour une prise de décision. Citons par exemple le cas d'une complication constatée par l'IDEL ou l'IDE. Le médecin coordinateur est appelé. Il doit se concerter avec le médecin traitant du patient pour prendre une décision. Dans ce cas là, ils décident de se réunir chez le patient pour une prise de décision. D'autres cas de synchronisation sont nécessaires si un soin ou un service nécessite plus d'une personne qualifiée ou des personnes de qualifications différentes.

Au niveau de la synchronisation des soignants chez le patient, la difficulté est issue principalement des planifications des tournées respectives de chaque intervenant. Cette planification doit tenir compte qu'une même visite doit être planifiée à un même moment et pour une même journée chez un même patient pour deux ou plusieurs intervenants différents. Donc, du fait de la planification indépendante des ressources humaines, il est difficile de les coordonner ou encore de les synchroniser chez le patient. Par ailleurs, d'autres facteurs compliquent aussi la coordination des soins. Le personnel se déplace et est donc soumis aux aléas du trafic routier. On ne peut jamais estimer réellement le temps d'arrivée des personnes chez le patient à cause des imprévus sur la route : accidents, embouteillages, heures de pointes, travaux, etc. D'autres imprévus peuvent aussi être pris en compte comme l'indisponibilité du personnel à cause des congés maladie, de l'absentéisme, des retards dus à un soin plus long que prévu, etc. Ainsi, la coordination des ressources humaines est très dépendante de l'environnement extérieur mais aussi des imprévus relatifs à la ressource elle-même.



La coordination concerne non seulement les ressources humaines mais aussi les ressources matérielles qu'il faut aussi coordonner avec les ressources humaines. En HAD, la coordination des ressources humaines et matérielles est indispensable pour assurer la continuité des soins. Elle doit être prise en compte dans le cas où une ressource matérielle doit être livrée avant le passage de la ressource humaine qui va l'utiliser.

Généralement, un livreur livre le médicament et un personnel soignant passe ensuite pour utiliser le médicament livré afin de soigner le patient. C'est dans ce cas que la coordination est très importante. Ainsi, la livraison doit prendre en compte la disponibilité du patient chez lui et elle doit précéder le passage de l'infirmier qui va soigner le patient. Un retard de livraison ou une mauvaise coordination entre les deux ressources pourrait entraîner :

- un retard des tournées des livreurs mais aussi de celles du personnel soignant ;
- la péremption du médicament livré : cas des médicaments cancéreux qui doivent être utilisés durant une fenêtre de temps bien déterminée ;
- des coûts élevés à cause de ressources matérielles et humaines onéreuses.

La coordination en HAD nous amène à nous poser les questions suivantes :

- faut-il organiser les tournées de livraisons des médicaments en fonction de celle du personnel soignant ?
- est-ce qu'il faut organiser les tournées des infirmiers et ensuite penser à planifier les livraisons des médicaments ?
- faut-il attendre que les médicaments soient aux domiciles des patients avant de planifier l'organisation des soins ?
- ... etc.

Plusieurs questions se posent en fonction des contraintes liées à l'organisation des soins, à la production des soins, aux ressources matérielles et aux ressources humaines. D'autres contraintes sont aussi dues aux activités dépendantes en HAD.

B. Coordination des activités en HAD

La coordination des activités est essentielle pour la continuité des services. Elle peut être vécue par plusieurs acteurs comme un contrôle de leurs activités ou comme une insertion entre leurs patients et eux. Par

3

REGARDS DES ACTEURS

le terme activité, nous considérons ici les visites rendues aux patients que ce soit pour des soins ou pour des livraisons de ressources matérielles consommables. La coordination des activités dépend des contraintes liées aux patients, aux ressources matérielles consommables, aux ressources humaines, au mode de transport et à la nature de la visite.

- *Contraintes liées aux patients :*
 - l'affectation des patients aux ressources dépend de leur localisation géographique et selon qu'ils appartiennent à une même zone ou pas ;
 - le projet thérapeutique : ce projet définit la fréquence des visites, la durée des visites, la nature des visites, le nombre de visites par jour, les besoins en ressources humaines et matérielles tout au long de la prise en charge du patient ;
 - la pathologie définissant la compétence du personnel médical qui réalisera la visite ;
 - la disponibilité du patient à son domicile ;
 - sa préférence pour le personnel soignant ou les livreurs : un même soignant ou un même livreur peut être affecté à un patient tout au long de sa prise en charge à domicile. Ceci permet d'offrir une prise en charge rassurante pour le patient qui voit toujours le même personnel et permet aussi un gain de temps puisque cette ressource connaît bien les besoins du patient et devient plus réactive.
- *Contraintes liées aux ressources matérielles consommables :*
 - la disponibilité de la ressource dans le stock de l'HAD ou chez le service du prestataire ;
 - la date de péremption ou la périssabilité de la ressource ;
 - la localisation géographique de la ressource : les ressources peuvent être disponibles dans le stock de l'HAD, chez un service producteur pour les médicaments anticancéreux par exemple, à l'hôpital pour les médicaments intra-hospitaliers, à la pharmacie d'officine, etc.
- *Contraintes liées aux ressources humaines :*
 - la compétence de la ressource humaine : suivant les besoins du patient, une ressource humaine lui est affectée. Selon le type de soins à prodiguer, on choisit la personne qui doit avoir un certain nombre de compétences pour visiter le patient ;
 - le type du personnel soignant : à temps plein ou à temps partiel ;
 - la disponibilité du personnel.
- *Contraintes liées au mode de transport :*
 - le nombre de véhicules ;
 - la capacité des véhicules ;

3.

REGARDS
 DES ACTEURS

- la disponibilité des véhicules ;
- le trafic routier.
- *La nature de l'activité :*
 - livraison de ressources matérielles consommables : quantité à livrer, stock à l'HAD, stock chez le patient en fonction de la validité des ressources, etc. ;
 - visite de contrôle : visite qui permet à l'HAD de vérifier le bon déroulement de la prise en charge au domicile du patient ;
 - visite de soins périodiques : visites réalisées par les IDEL suivant la lettre de mission définie par l'HAD.

La prise en charge d'un même patient doit satisfaire les contraintes suivantes :

- la disponibilité du patient doit correspondre à la disponibilité du personnel qui le visite que ce soit pour une livraison ou pour un soin ;
- les ressources matérielles doivent être livrées avant le passage du personnel soignant qui va l'utiliser ;
- si les ressources matérielles sont périssables, le personnel soignant doit arriver dans une fenêtre de temps précise ;
- la qualification du personnel soignant doit correspondre à la qualification requise par le soin à réaliser ;
- dans le cas de visites partagées : les soignants réalisant la visite doivent arriver au même moment au domicile du patient sans perturber leur planning respectif ;
- dans le cas de plusieurs visites par jour : les visites doivent être bien séquencées afin d'éviter les chevauchements.

L'utilisation des ressources doit aussi prendre en compte les contraintes suivantes de nature différente :

- éviter les conflits : une même ressource ne doit pas être utilisée pour plusieurs activités durant une même fenêtre de temps. Ceci est valable autant pour les patients que pour les ressources, c'est-à-dire qu'un patient doit recevoir une seule visite par fenêtre de temps mais aussi, un personnel de l'HAD doit être affecté à une seule activité à un moment donné ;
- la synchronisation : certaines visites nécessitent plus d'un soignant. Deux ressources assignées à une même tâche (cas des visites partagées par exemple) doivent arriver au même moment chez le patient ;
- la précedence entre les activités : les activités affectées aux ressources doivent être séquentielles. Pour une même ressource, l'heure de fin de l'activité doit être inférieure à l'heure de début de l'activité qui la suit.

3

REGARDS
 DES ACTEURS

On voit bien que la planification et la coordination des activités en HAD est difficile à cause du nombre important et de la nature différente des contraintes qui doivent être prises en compte.

La difficulté de coordination en HAD est issue de l'aspect dynamique des processus de prise en charge à domicile. La prise en charge est en évolution, voire en redéfinition. La principale raison de cette dynamique est la nature changeante et incertaine de l'environnement dans lequel est immergé ce processus.

Conclusion

En raison de l'augmentation de l'espérance de vie, des maladies chroniques dégénératives et du vieillissement de la population, un nouveau mode de prise en charge a vu le jour : il s'agit de l'Hospitalisation À Domicile (HAD). L'HAD s'étant développée récemment, nous avons étudié l'évolution de ce mode de prise en charge depuis son apparition dans les années cinquante jusqu'à nos jours. La complexité de la gestion des structures d'HAD est issue de la multiplicité des processus et des flux à gérer. L'organisation des soins et la prise en charge en HAD nécessitent plusieurs ressources matérielles et humaines. Ces structures sont caractérisées par des particularités au niveau des ressources humaines qu'elles emploient et des ressources matérielles qu'elles utilisent. La coordination des activités en HAD représente la problématique majeure puisqu'on doit prendre en compte plusieurs contraintes relatives aux patients, à la disponibilité des ressources, etc.

Bibliographie

- Afrite A., Chaleix M., Com-Ruelle L., Valdelièvre H. (2009), *L'hospitalisation à domicile, une prise en charge qui s'adresse à tous les patients*, Questions d'économie de la santé, IRDES, n° 140.
- Aligon A., Com-Ruelle L., Renaud T., Lebrun E. (2003), *Le coût de prise en charge en Hospitalisation À Domicile (HAD)*, Question d'économie de la santé, n° 6.
- Magnet M., Hullen C. (2006), *L'évolution de l'hospitalisation à domicile en France*, Oncologie 8 : HS8-HS12.



Colloque EHESP/EN3S

« Les établissements de santé et l'Assurance maladie : l'optimisation des pratiques »

Aline Fouque, Thomas Jousse, Caroline Vermont
Élèves directeur d'hôpital

Le 23 juin dernier, l'École des Hautes Études en Santé Publique (EHESP) et l'École Nationale Supérieure de Sécurité Sociale (EN3S) ont organisé leur premier colloque commun. En introduction, Bernard Tirel, Professeur de droit et représentant de l'EHESP, et Claude Bigot, Directeur de l'EN3S, ont acté le rapprochement de ces deux écoles, déjà partenaires sur des actions de formation (DG ARS, cadres de direction des ARS, corps d'inspection). Ils ont aussi insisté sur la « complémentarité nécessaire » de leurs champs de compétences et de leurs publics.

Dans un contexte de performance et d'efficacité, ce colloque a mis en évidence des objectifs partagés entre les acteurs du système de santé : les ARS – pilotes de l'offre de soins –, l'Assurance maladie – « assureur solidaire en santé » (Mathilde Lignot-Leloup) – et les établissements de Santé publics et privés qui voient s'accroître le contrôle sur leurs activités et pratiques. Les modalités d'émergence d'une culture commune à mettre au service des usagers ont aussi été explorées.

« La maîtrise médicalisée hospitalière dans les établissements »

Yannick LEGUEN, Sous-directeur du pilotage de la performance des acteurs des offres de soins à la DGOS ; Mathilde LIGNOT-LELOUP, Directrice déléguée à la direction et à l'organisation de soins à la CNAMTS

La volonté des Pouvoirs publics de moderniser le système de santé s'est traduite par les lois du 13 août 2004 et du 21 juillet 2009. Elles visent non seulement à maîtriser les dépenses du secteur mais aussi à réduire

3

REGARDS DES ACTEURS

les inégalités territoriales de santé. Pour cela, elles comprennent plusieurs outils visant à fluidifier le parcours de soin, décloisonner les soins de ville/hôpital/médico-social et améliorer la performance des établissements.

Lors des échanges, il est apparu que la DGOS et l'Assurance maladie partagent le même point de vue : renforcer l'efficience hospitalière et la qualité des soins en « développant l'information des assurés et l'analyse des processus » (Yannick Leguen). Cette performance hospitalière suppose de travailler sur plusieurs axes. En effet, le risque doit être identifié en amont par l'Assurance maladie pour connaître les attentes des assurés et produire des études comparatives pour dégager des recommandations. Au niveau systémique, les acteurs doivent être liés par une « chaîne de contractualisation » (Yannick Leguen) afin de les aligner sur les objectifs à atteindre.

Quant à la gestion interne des établissements, elle peut être améliorée par divers leviers. La « clarification de la gouvernance » (Yannick Leguen) dans les hôpitaux, où chaque acteur est désormais responsabilisé a facilité la réflexion sur les organisations. Des gains de productivité peuvent aussi être induits par l'accompagnement pédagogique des établissements et le soutien offert notamment par l'ANAP. De même, la Mise Sous Accord Préalable (MSAP) a fait évoluer les pratiques médicales en conditionnant la prise en charge par l'Assurance maladie des nuits d'hospitalisation complète à un accord de son service médical pour des actes chirurgicaux pouvant être réalisés en ambulatoire. L'ARS pilote cette démarche en ciblant les établissements et les actes concernés. Si les avis sont favorables à 98,7 %, l'intérêt réside notamment dans son aspect « pédagogique » qui donne « des résultats très satisfaisants » (Mathilde Lignot-Leloup). Ainsi, la volonté de mettre « le bon soin au bon endroit » et de « réduire la durée moyenne de séjour » est prégnante.

La performance appelle aussi à réfléchir sur le statut de la santé, « objet d'une économie » (Martine Aoustin). La mise en concurrence des hôpitaux publics et privés pour attirer l'usager-consommateur de soins est facilitée par les Pouvoirs publics en assurant une diffusion transparente de leurs résultats (platin.es.sante.gouv.fr, ameli-direct.ameli.fr). Grâce aux systèmes d'information, il est possible de tracer le parcours de soins des patients et de procéder à des comparaisons quantitatives, qualitatives et économiques entre établissements.

« Les instruments et les outils de la maîtrise médicalisée »

Martine Aoustin, DGARS Languedoc-Roussillon ;
 Éric Le Boulaire, Directeur de la CPAM du Rhône ;
 Vincent Vioujas, Directeur-adjoint, CH Salon-de-Provence



Comme l'a rappelé Martine Aoustin, la maîtrise médicalisée évite l'écueil de la stricte maîtrise comptable, qui ne tient pas compte des besoins des usagers, en associant régulation économique incitative, allocation optimale des ressources et recherche du meilleur soin. Elle répond à l'exigence d'optimisation, inéluctable dans un contexte contraint.

La maîtrise médicalisée se décline en multiples outils. Leur efficacité dépend de leur adaptation aux publics (structures, professionnels et usagers), leur coordination, leur ajustement aux bassins de santé, leur volonté de faire évoluer les états d'esprit et leur intégration dans une réflexion organisationnelle. Plusieurs actions sont spécifiques aux établissements de santé. Les ARS dessinent l'organisation des activités au travers des SROS et la contractualisation (CPOM, CAQOS). Quant à l'Assurance maladie, elle n'est plus un « payeur aveugle » (Vincent Vioujas). Ses contrôles renforcés, sur le codage des actes et sur d'autres champs comme la rétrocession hospitalière, lui permettent « de ne payer que ce qu'elle doit payer » (Éric Le Boulaire). Ses actions d'accompagnement se sont accrues avec la MSAP.

Malgré sa légitimité indiscutée, sa mise en œuvre est pourtant mal vécue et critiquée. En effet, la contractualisation est jugée plus contraignante que négociée et questionne l'autonomie des hôpitaux. Ainsi, « tout n'est pas contractuel dans le contrat » (Vincent Vioujas) car l'intéressement possible ne masque pas les pénalités engendrées en cas de non-signature. De même, des sanctions financières emblématiques ont engendré une crispation des rapports entre établissements et assurance maladie. De plus, il est ressorti que le vocable utilisé « choque » même si les Caisses « ne font qu'appliquer les textes sans zèle particulier », en tenant compte de la situation économique des structures (Éric Le Boulaire).

L'atteinte des objectifs d'activité est également difficile car « il ne suffit pas de décréter un taux d'évolution » (Vincent Vioujas) pour qu'il soit respecté. Cela nécessite de réorganiser la gestion interne, processus long à mettre en œuvre, tout en acceptant que les établissements ne maîtrisent pas l'ensemble des processus, notamment le comportement des usagers.

D'autre part, la gouvernance bicéphale de la gestion du risque induit une absence de visibilité et un risque de concurrence. Or, « l'importance

3

REGARDS DES ACTEURS

de la coordination des actions entre l'assurance maladie et les ARS pour une plus grande lisibilité et efficacité » a été soulignée (Martine Aoustin). Les objectifs poursuivis par la maîtrise médicalisée peuvent aussi être contradictoires. Par exemple, « entre le développement de l'ambulatorio et la réorganisation territoriale de l'offre de soins avec les CHT/GCS, les dépenses de transport vont croître avec l'augmentation des transferts » (Vincent Vioujas).

« Les contrôles externes : contrôles du codage et détermination des bonnes pratiques de l'Assurance maladie »

Annie FOUARD, Médecin-conseil chef, direction de la lutte contre la fraude, fautes et abus à la CNAMTS ; Pierre-Henri THOREUX, Médecin DIM au Centre hospitalier de Saint-Brieuc

Le sujet des contrôles externes est « épidermique » (Vincent Vioujas) pour les établissements de santé, même s'ils ont réellement permis une meilleure traçabilité de l'information et qualité des dossiers médicaux. Cette tension est perceptible lors des échanges, sans remettre en cause leur principe, à travers des critiques émises.

Ces contrôles ciblés sur les atypies et sanctionnés tranchent avec les « remontrances verbales » que leur faisait auparavant l'Assurance maladie. Ce changement de paradigme a créé des incompréhensions d'autant plus fortes que les sanctions sont parfois jugées « disproportionnées » (Pierre-Henri Thoreux). Annie Fouard souligne cependant qu'elles dépendent de la gravité des manquements et de la récurrence. Dès lors, elles ne peuvent faire l'objet d'une comparaison stricte entre établissements.

Par ailleurs, ils ont été vécus comme une « mission punitive » « exclusivement à charge », ce d'autant plus que la composition des Unités de Coordination Régionale (UCR) laisse à penser que l'Assurance maladie est « juge et partie ». De plus, le « codage complexe » perturbe les professionnels de santé qui peuvent assez aisément faire des erreurs. Toutefois, il est rappelé que la procédure de contrôle appelle trois temps contradictoires : une concertation avec le DIM pour identifier les règles non respectées et les progrès à réaliser, la réponse de l'établissement au rapport de contrôle et les observations de l'établissement devant les UCR. Ainsi, l'Assurance maladie se situe dans une logique collégiale d'accompagnement plutôt que de sanction (Annie Fouard).



À cette complexité s'ajoutent des « références contestables », « floues » et « parfois contradictoires ». Dès lors, leur interprétation fluctuante met les établissements dans une situation d'inégalité contestable, citant les cas des Hospices civils de Lyon et du CHU de Dijon. Un grand point de désaccord se situe sur le non-remboursement des sous-facturations constaté lors des contrôles. Or, Annie Fouard note que les « sommes dues » sont prises en compte dans le pourcentage de surfacturation calculé. Enfin, la valorisation des actes n'est pas considérée comme optimale. Pierre-Henri Thoreux propose dans ce sens un « Grenelle des tarifs », signe d'un besoin de dialogue émanant des établissements de santé.

Maîtrise médicalisée et chirurgie ambulatoire

Un panel d'actions a été utilisé pour développer cette pratique. Ce choix s'inscrit dans une dynamique européenne car la France est en retard vis-à-vis de ses voisins avec « 35 % de réalisation contre un objectif de 50 % » (Yannick Leguen). L'ambulatoire a aussi un intérêt pour la qualité de la prise en charge (baisse de la durée de séjour et du risque d'infection), la satisfaction des patients et la réduction des coûts pour la collectivité publique (amélioration des conditions de travail, organisation des soins par processus et non par le nombre de lits). L'objectif est de retarder le plus possible l'hospitalisation complète, « notamment pour les personnes âgées » (Martine Aoustin).

Ainsi, des actes et des protocoles ont été mis en place par les sociétés savantes. L'Assurance maladie a établi un rapprochement tarifaire entre l'hospitalisation complète et ambulatoire pour inciter cette activité. En parallèle, la MSAP a modifié les pratiques des chirurgiens, comme l'a souligné lors des débats Philippe Vigouroux, DG du CHU de Nancy. L'État s'est aussi mobilisé par le biais de soutiens à des projets de performance (ANAP).

Toutefois, les « prérequis » (Vincent Vioujas) à la réussite ne doivent pas être oubliés : bonne organisation du bloc opératoire, architecture adaptée, circuit du patient repensé, protocoles de prise en charge actualisés. Or, ces changements dans la vie hospitalière nécessitent du temps pour se concrétiser.

3

REGARDS DES ACTEURS

La richesse des débats lors de ce colloque a rappelé l'importance de la poursuite du dialogue entre l'ARS, l'Assurance maladie et les établissements de santé, ayant des objectifs communs mais une approche différente de la maîtrise médicalisée, en particulier sur la problématique des contrôles externes. Ainsi, l'enjeu majeur actuel est de réconcilier les établissements et l'Assurance maladie sur le sujet des contrôles externes, problématique épineuse qui crispe leurs relations.

Le prochain colloque commun EHESP/EN3S, prévu le 24 novembre 2011 sur la permanence des soins, sera une nouvelle occasion de concilier leurs points de vue dans une optique de créer « un nouvel état d'esprit » (Martine Aoustin).

*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

Confucius : 18 leçons pour réconcilier éthique et performance / Gérard Lelarge. – Paris : Maxima, 2011. – 220 p. – ISBN : 978-2-84001-667-0.

Construire un socle de Protection sociale avec le Pacte mondial pour l'emploi : deuxième colloque africain sur le travail décent Yaoundé (Cameroun), 6-8 octobre 2010 / BIT. – Genève : BIT, 2010. – 160 p.

Éloge du bien-être au travail / Dominique Steiler, John Sadowsky, Loïck Roche. – Grenoble : Presses universitaires de Grenoble, impr. 2010. – 1 vol. – 104 p. – ISBN : 978-2-7061-1602-5.

France, portrait social : 2010 / Dir. Jean-Philippe Cotis, INSEE. – Paris : INSEE, 2010. – 306 p. – ISBN : 978-2-11-068553-7.

L'esprit de Philadelphie : la justice sociale face au marché total / Alain Supiot. – Paris : Seuil, 2010 – ISBN : 978-2-02-099103-2.

La Protection sociale en danger : état des lieux et stratégie pour une alternative / Catherine Mills, Michel Limousin. – Paris : Le temps des cerises, 2010. – 191 p. – ISBN : 978-2-84109-848-4.

La reconnaissance au travail / Christèle Pierre, Christian Jouvenot. – Lyon : Anact, 2010. – 101 p. – ISBN : 978-2-913488-62-5.

La santé au travail en France : un immense gâchis humain / Mireille Cellier, Odile Chapuis, Jacqueline Chauvin, Élisabeth Delpuech. – Paris : L'Harmattan, 2010. – 126 p. – ISBN : 978-2-296-12638-1.

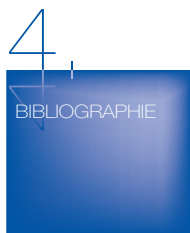
Les politiques sociales en France / Patrick Valtriani. – Paris : Hachette, 2011. – 159 p. – ISBN : 978-2-01-146092-9.

Pour une révolution fiscale : un impôt sur le revenu pour le XXI^e siècle / Camille Landais, Thomas Piketty, Emmanuel Saez. – Paris : Seuil, 2011. – 133 p. – ISBN : 978-2-02-103941-2.

Santé : sortir des crises ? / Laurent Degos. – Paris : Le Pommier, 2011. – 142 p. – ISBN : 978-2-7465-0527-8.

Serious Game : révolution pédagogique / Valérie Lavergne Boudier, Yves Dambach. – Paris : Lavoisier, 2010. – 216 p. – ISBN : 978-2-7462-2585-5.

Stress.fr : comment l'entreprise peut-elle agir face au stress de ses collaborateurs ? / Laurence Saunder, Éric Albert. – Paris : Eyrolles, 2010. – 201 p. – ISBN : 978-2-212-54623-1.



Une société de soins : santé, travail, philosophie, politique / Paulette Guinchard, Jean-François Petit. – Paris : L'Atelier, 2011. – 143 p. – ISBN : 978-2-7082-4147-3.

Rapports

Arrêts maladie : comprendre les disparités départementales / Mohamed Ali Ben Halima, Thierry Debrand, Camille Regaert. – Paris : IRDES, 2011. – 30 p.
<http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/DocumentsDeTravail/DT39ArretsMaladieComprendreDisparitesDepartement.pdf>

Construire l'avenir par une France plus forte et plus solidaire / Monique Bourven, MM. Jacques Creyssel, Jacques Duron, Conseil économique social et environnemental. – Paris : Journaux officiels, 2010. – 238 p.
<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/104000101/0000.pdf>

Éducation thérapeutique du patient – Propositions pour une mise en œuvre rapide et pérenne : rapport au Premier ministre / Rédigé par Denis Jacquat, Alain Morin. – Paris : ministère de la Santé et des Sports, 2010. – 65 p.
<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/104000364/0000.pdf>

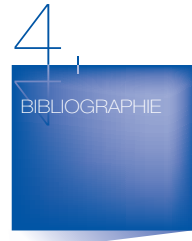
État de santé et inégalités sociales et territoriales : éléments de diagnostic francilien / Agence régionale de santé Île-de-France. – Paris : ARS Île-de-France, 2011. – 24 p.
http://ars.iledefrance.sante.fr/fileadmin/ILE-DE-FRANCE/ARS/1_Votre_ARS/3_Nos_Actions/3_PRS/Note_diagnostic_ISTS_V9_180111.pdf

Inégalités sociales de santé : actes du colloque, 11 janvier 2010 (Détail des interventions) / Ministère de la Santé et des Sports. – 2010.
<http://www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr/actes-du-colloque-inegalites-sociales-de-sante-ministere-de-la-sante-et-des-sports-11-janvier-2010-detail-des-interventions.html>

L'état du mal-logement en France : 16^e rapport annuel / Fondation Abbé Pierre pour le logement des défavorisés. – Paris : Fondation Abbé Pierre, 2011. – 228 p.
http://www.fondation-abbe-pierre.fr/_pdf/rml_11.pdf

La situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé : rapport 2010 / Réd. par Marguerite Garnero, Catherine Zaidman, DREES. – Paris : DREES, 2011. – 45 p.
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_oc_2010.pdf

Le baromètre des droits des malades : rapport d'étude.. – Paris : CISS, 2011. – 33 p.
http://www.leciss.org/sites/default/files/publications_documents/110303_BarometreDroitsMalades_CISS.pdf



Les prélèvements fiscaux et sociaux en France et en Allemagne / Cour des Comptes. – Paris : Cour des comptes,

2011. – 312 p.

<http://www.ccomptes.fr/fr/CC/documents/RPT/>

Rapport_prelevements_fiscaux_sociaux_France_Allemagne_04032011.pdf

Prévention des risques psychosociaux : et si vous faisiez appel à un consultant ? / INRS – Paris : INRS, 2010. – 31 p. – ISBN : 978-2-7389-1720-1.

[http://www.inrs.fr/inrs-pub/inrs01.nsf/IntranetObject-accesParReference/](http://www.inrs.fr/inrs-pub/inrs01.nsf/IntranetObject-accesParReference/ED%206070/$FILE/ed6070.pdf)

ED%206070/\$FILE/ed6070.pdf

Rapport de certification des comptes du régime général de Sécurité sociale 2009 / France. Cour des comptes. – Paris : La Documentation française,

2010. – 177 p. – ISBN : 978-2-11-008232-9.

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/104000326/0000.pdf>

Rapport du Fonds CMU au Gouvernement sur l'évolution du prix et du contenu des contrats ayant ouvert droit à l'aide complémentaire Santé en 2009 / France. – Paris : France. Fonds de financement de la protection

complémentaire de la couverture universelle du risque maladie, 2010.

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/104000289/0000.pdf>

Rapport du groupe de travail sur le pilotage des dépenses d'Assurance maladie / Présidé par Raoul Briet. – Paris : Premier ministre, 2010. – 73 p.

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/>

cgi-bin/brp/telestats.cgi?brp_ref=104000235&brp_file=0000.pdf

Rapport sur l'avenir du régime de Sécurité sociale dans les mines /

Yves Bur. – Paris : ministère du Travail, 2010. – 50 p.

http://www.travail-emploi-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_Bur_regime_mines.pdf

Rapport sur la santé en Europe 2009 : santé et systèmes de santé /

OMS. – Copenhague : Who Regional Office for Europe, 2010. – 213 p.

http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/117463/E94076.pdf

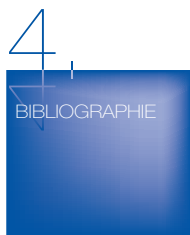
Réussir le DMP / Institut Montaigne. – Paris : Institut Montaigne, 2010. – 8 p.

http://www.institutmontaigne.org/medias/documents/reussir_le_dmp.pdf

Une Sécurité sociale dynamique : garantir la stabilité sociale et le développement économique : développements et tendances – Rapport global / AISS. – Genève : AISS, 2010. – 60 p. – ISBN : 978-92-843-

2193-3.

<http://www.issa.int>



Notes de lecture

Pour en finir avec les conflits d'intérêts, Martin Hirsch, Stock 2010, 166 pages.

Fortement commenté lors de sa publication, ce livre de Martin Hirsch mérite cependant mieux que les polémiques médiatico-politiques auxquelles il a donné lieu. Car loin des règlements de comptes post-gouvernementaux ou du déballage de révélations surfant sur l'actualité la plus brûlante, la contribution de l'ancien Haut Commissaire aux Solidarités Actives contre la Pauvreté fournit au contraire des clefs de compréhension d'un phénomène protéiforme plus complexe qu'il n'y paraît.

Pour donner toute la mesure des progrès à accomplir en la matière, l'auteur introduit son ouvrage par un quiz édifiant sur ce qu'il faut bien appeler le retard de la France en matière de prévention des conflits d'intérêts. Il explique d'ailleurs de façon assez convaincante que ce type de conflits, défini comme « une contradiction entre son intérêt personnel et l'intérêt collectif que sert le responsable public »¹ est un impensé qui doit beaucoup à notre conception noble, un peu éthérée, du Service public, concrétisation évidente de l'intérêt général. Absent du vocabulaire juridique, il n'est évoqué que lorsque des délits graves de prise illégale d'intérêt, trafic d'influence ou de corruption sont découverts et poursuivis, sans qu'une stratégie déterminée de prévention n'ait été pour l'instant mise en place dans l'hexagone.

Au-delà de ces considérations introductives, Hirsch s'efforce de faire œuvre de théorisation. Il propose ainsi une grille d'analyse des différents types de conflits d'intérêts, classés selon le degrés de profit personnel, direct ou indirect, tiré de la situation. Outre les conflits d'intérêts individuels, il démontre aussi comment une institution, de part ses missions ou sa composition, peut être en elle-même sujette à ce phénomène. Les exemples tirés du secteur sanitaire, qu'il connaît bien après son expérience de Directeur de l'AFSSAPS, abondent dans les études de cas développées. Il est vrai que bien avant les débats récents autour du Médiateur, les scandales sanitaires ont été nombreux et ont souvent révélé les contradictions entre développement économique et sécurité des publics : sang contaminé, amiante, hormone de croissance... Martin Hirsch tire des leçons de chacun de ces drames et propose d'amplifier les progrès accomplis ces dernières années pour prévenir les conflits d'intérêt dans l'expertise scientifique en défendant l'adoption d'une loi sur la transparence des liens financiers entre entreprises de santé et chercheurs, comme l'ont fait les États-Unis avec le *Sunshine Act*. Un détour par l'épisode couteux de la grippe A lui permet d'ailleurs de développer cette question en étudiant le fonctionnement de l'OMS.

1. Cf. p. 34 du même ouvrage. La définition du Conseil de l'Europe semble cependant plus complète : « Un conflit naît d'une situation dans laquelle un agent public a un intérêt personnel de nature à influencer sur l'exercice impartial et objectif de ses fonctions officielles. »

4 BIBLIOGRAPHIE

Martin Hirsch aborde ensuite la confusion des intérêts entre le pouvoir politique et le monde des affaires, à travers le prisme de quelques situations plus ou moins médiatisées. S'il ne prône pas une coupure franche des dirigeants publics avec le secteur de l'entreprise, il propose néanmoins des mesures d'encadrement telle que la généralisation des déclarations publiques d'intérêt à l'ensemble des dirigeants de sociétés et des élus. En la matière, il dénonce la faiblesse des règles déontologiques applicables aux parlementaires dans l'exercice de leurs activités professionnelles ; leur incongruité, également : un sénateur peut ainsi exercer des fonctions de Président de syndicat professionnel, mais pas de maître de conférences² ! Il se penche ensuite sur la délicate question, rencontrée dans l'exercice de nombreuses fonctions, des cadeaux et des contreparties attendues qu'ils engendrent, consciemment ou non. Les exemples personnels racontés ne manquent pas de sel, mais c'est bien, là encore, l'absence de transparence et l'absence d'indépendance qui pose problème pour l'exercice d'une saine démocratie. Face à ce vieux problème, – une ordonnance de 1302 de Philippe Le Bel est exhumée sur ce sujet – il prône l'adoption d'une loi anticadeaux similaire à celle adoptée en 1993 relatives aux médecins dans leurs rapports avec les entreprises de santé. Il propose d'ailleurs d'étendre cette interdiction aux juges constitutionnels afin de garantir l'indépendance de cette Cour suprême qui est la garante de l'ordonnancement juridique.

Puisant dans les vicissitudes de ses diverses expériences de haut fonctionnaire, Martin Hirsch s'inspire également des nombreux rapports internationaux glanés sur la question. Ceux de l'OCDE, qui établissent la responsabilité du lobbying et des conflits d'intérêt dans la survenance de la dernière crise financière, mais aussi ceux de l'ONG, *Transparency International*, qui fournissent des propositions intéressantes, notamment en matière de passage du secteur public au secteur privé. Il vante ensuite les mérites de certains pays qui ont pris le problème à bras le corps en adoptant des dispositifs spécifiques. Ainsi, la législation adoptée en 2007 au Canada oblige entre autre les membres de la Chambre des communes à déclarer tout cadeau supérieur à 500 dollars et crée un Commissariat aux conflits d'intérêt doté de pouvoir d'enquête.

Fidèle à sa volonté de peser sur le cours des événements plutôt que d'en rester observateur, Martin Hirsch détaille 9 recommandations, avec l'objectif d'éliminer « deux tiers des situations à risque », qui reprennent en les amplifiant les dispositions à l'œuvre dans le domaine sanitaire. On y retrouve synthétisées l'ensemble des propositions formulées dans l'ouvrage : accroissement des pouvoirs de la Commission pour la transparence financière de la vie politique, renforcement du rôle de l'AMF pour prévenir les conflits d'intérêt dans le secteur privé, interdiction de certains cumuls de fonction, disposition anti-cadeaux pour les responsables

2. Suite à l'examen par le Bureau du Sénat de deux situations de ce type, le Président du Sénat a d'ailleurs saisi Robert Badinter, Président du Comité de déontologie parlementaire d'une demande d'avis « sur les conséquences au regard de l'éthique de certains aspects de la législation concernant les incompatibilités parlementaires » (courrier reproduit dans l'ouvrage pp. 153-155).

4



publics, codes éthiques à édicter dans toutes les administrations. Sans surprise, c'est cependant la déclaration publique d'intérêt qu'il préconise comme premier pare-feu pour tous les dirigeants publics exerçant des responsabilités importantes. Il détaille l'ensemble des données qu'elle devrait comporter, incluant les activités des conjoints et enfants. Anticipant proba-

blement la charge dont il ferait l'objet, Hirsch ne manque pas de livrer, de manière détaillée, sa propre introspection d'intérêts. Il y signale par exemple son amitié avec Éric Woerth, raison qui, dit-il, explique l'absence de référence dans l'ouvrage à l'affaire Bettencourt.

À travers la stratégie de prévention des conflits d'intérêt qu'il propose, c'est à une réflexion essentielle sur l'éthique de la décision qu'invite Martin Hirsch, dont l'objectif est d'améliorer la qualité et la légitimité de l'action publique. L'auteur suggère d'ailleurs aux chercheurs d'approfondir cette question et aux écoles formant les dirigeants de Services publics d'inclure dans leurs enseignements un module sur la déontologie et les conflits d'intérêts. Conscients des objections à ses propositions, et notamment de la dénonciation parfois pertinente du fantasme totalitaire de la transparence absolue, Hirsch met alors le doigt avec justesse sur le délitement de la confiance des citoyens dans leurs dirigeants et assène à l'attention des partisans du *statut quo* : « on ne peut pas toujours se référer à des pratiques anciennes pour justifier des à-peu-près contemporains ». La tolérance, sur ce sujet comme sur d'autres « fragilisent nos lois, notre justice, notre équilibre social ». La conclusion, particulièrement stimulante en dépit d'un ton moralisateur, élargit donc encore la perspective pour convaincre de l'urgence de traiter cette question qui a pu paraître de premier abord relativement technique et secondaire dans la hiérarchie des problèmes contemporains. Reste désormais à constater jusqu'où la prise de conscience actuelle sera suivie d'effets³. L'enjeu est vaste, car derrière la question de la prévention des conflits d'intérêt, le lecteur finit par s'en convaincre, c'est bien celle de l'accomplissement de l'idéal démocratique qui se pose.

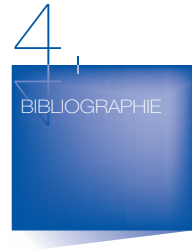
Frédéric VABRE

(ancien élève de la 45^e promotion, Cadre à la CPAM de Créteil)

Le poids du nombre. L'obsession du surpeuplement dans l'histoire, Georges Minois, Paris, Perrin, 2011, 677 pages.

Nous sommes trop nombreux sur la planète. L'idée n'est pas neuve du tout. Mais, selon un partisan de la relecture de Malthus, nous y sommes. Historien prolifique, Georges Minois livre un gros pavé savant bien savoureux. L'étude traite,

3. Sous l'impulsion du Président de la République, une commission de réflexion pour la prévention des conflits d'intérêts dans la vie publique a été créée. Ces trois membres sont chargés de faire des propositions « afin de prévenir ou régler les situations de conflits d'intérêts dans lesquelles peuvent se trouver les membres du Gouvernement, les responsables des établissements publics et entreprises publiques ainsi que, le cas échéant, certains agents publics » (article 1 du décret constitutif du 10 septembre 2010. Martin Hirsch a été la troisième personnalité auditionnée. Cf. <http://www.conflits-interests.fr>



à travers les siècles et les civilisations, des spectres du surpeuplement et du dépeuplement qui ont alternativement orienté les consciences, les peurs et les interventions publiques. Le trop peu ou le trop plein ont tous les deux, périodiquement, eu l'honneur d'être érigés en symbole de dégénérescence. De l'Antiquité, avec des Platon et Aristote eugénistes, en quête d'un optimum de population (ni trop, ni trop peu, et de qualité), aux frayeurs contemporaines avec un monde de 7 milliards d'habitants (attendus pour fin 2011), le monde semble rythmé par des cycles de populationnisme (il faut croître pour des raisons de religion et/ou de puissance) et de malthusianisme (il ne faut pas dépasser les ressources disponibles).

Minois réalise une fascinante fresque intellectuelle, relisant théologiens, historiens et démographes. Avec érudition mais aussi sarcasme, l'auteur nous portait un Ancien Testament commandant la prolifération et un Nouveau Testament bien plus tempéré, une Église qui exalte d'abord davantage chasteté et continence que mariage et fécondité. Il rapporte que dès les premiers siècles de notre ère nombre d'auteurs (et non des moindres) ont estimé que la planète était arrivée à saturation. La Renaissance connaîtra, à l'inverse, la peur du vide. Les Lumières (dites « aveuglées ») croiront (par exemple avec Montesquieu) à la réduction de la population mondiale.

Minois s'intéresse à Malthus l'honni qu'il réhabilite. Rude et impopulaire mais réaliste et implacable, l'économiste et pasteur anglais est encore sujet majeur de controverses morales et techniques. Pour Minois, les observations de Malthus sont justes. Et la leçon à en tirer pour la période contemporaine est simple : nous sommes trop nombreux sur une Terre qui devient une fourmilière composée de plus en plus de pauvres malheureux dans des bidonvilles. Prenant clairement et vivement position dans des polémiques françaises très animées, l'auteur conclue avec force sur une interrogation posée à tout le monde : faudra-t-il envoyer un mot de bienvenue ou une lettre d'excuse au sept milliardième habitant d'un monde entassé ? Chacun répondra à sa manière, en fonction de ses convictions.

Au-delà des considérations et craintes actuelles (qui n'occupent qu'un sixième de l'ouvrage), le lecteur se promènera avec surprise et intérêt dans l'évolution (qui n'a rien de linéaire) des appréciations du divorce, de l'avortement, du célibat, de la chasteté, et, plus généralement, de la liberté et de la faculté même de procréer. Cette somme, qui ne devrait pas manquer de faire bondir, peut aussi se lire comme une histoire des tentatives de quantification et de recensement, allant du plus farfelu au plus solide. Une forte thèse donc, discutable, mais aussi une formidable plongée dans l'humanité.

Julien DAMON

L'individualisation des valeurs, Pierre Bréchon, Olivier Galland (dir.), Paris, Armand Colin, 2010, 301 pages.

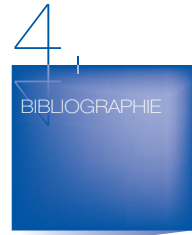
L'enquête européenne sur les valeurs (dite également enquête « Valeurs ») est une formidable source d'informations et d'analyses. Réalisée déjà quatre fois

4 BIBLIOGRAPHIE

depuis la fin des années 1970, elle repose sur un sondage d'opinions dans différents pays (une quarantaine pour la dernière édition, en 2008). Complétant un premier ouvrage paru en 2009, *La France à travers valeurs*, quinze contributions reviennent sur les permanences et les mutations des valeurs des Français. Constats et paradoxes apparents sont décortiqués. Le souci croissant d'autonomie s'inscrit dans une dynamique d'individualisation, qui n'est pas pour autant individualisme (repli sur soi).

Quelques résultats sont frappants, parfois surprenants. La France est, comparativement, un pays à faible capital social. Un quart seulement des habitants estiment pouvoir faire confiance à la plupart des gens. Un tiers se déclarent membres d'une association. La livraison 2008 permet de souligner la recomposition des normes familiales, avec indifférenciation croissante des rôles masculins et féminins, reconnaissance de l'instabilité accrue des couples, et centration sur les enfants. Un tiers des Français considéraient, en 1981, qu'un mariage réussi passait par le partage des tâches ménagères. C'est maintenant le cas de la moitié (47 % pour être précis). Parallèlement, la fidélité conjugale est davantage valorisée (pour 84 % des personnes interrogées aujourd'hui, contre 72 % il y a 30 ans). La valeur travail est largement mise en avant. En 1990, comme en 2008, 94 % des gens considèrent que le travail est important dans leur vie. L'idée selon laquelle travailler est un devoir se renforce. Les plus jeunes et les plus diplômés sont, à ce sujet, en retrait. D'où des soucis à venir en termes de management...

Sur le plan des grandes convictions, le libéralisme recule. Certes, les Français font plus confiance aux grandes entreprises (45 %) qu'aux syndicats (42 %). Mais ils sont tendanciellement moins attachés à la propriété privée des entreprises et moins nombreux à percevoir positivement la concurrence. Jusqu'en 1999, ils étaient attachés à la liberté avant l'égalité. C'est maintenant l'égalité qui prime (à 57 %). Parallèlement, la libéralisation des mœurs s'affirme, sans remettre en cause l'ordre public. Plus tolérants, les Français sont 43 % à justifier l'homosexualité (contre 17 % en 1981). En même temps, ils se disent favorables à un plus grand respect de l'autorité (pour 78 % d'entre eux, contre 56 % en 1981), tout en condamnant plus souvent l'adultère (65 % contre 50 %). Autre surprise, le sentiment de fierté nationale augmente. 39 % des répondants sont, en 2008, très fiers d'être français (35 % en 1981). Cette observation est à comprendre dans un contexte de diversification de ce que les Français pensent être l'identité nationale. Que retenir, en définitive, de global ? Les coordinateurs de l'ouvrage insistent sur le caractère positif de l'individualisation, collectivement souhaitée et ne s'accompagnant aucunement d'une dissolution des valeurs. L'individu est au centre de tout, pour le respect des choix, mais aussi de la dignité. Ce panorama expliqué des attitudes et des croyances (qui dispose de son site Internet, <http://valeurs-france.fr>) est un instrument essentiel pour apprendre et comprendre, entre autres, que les valeurs dites de gauche progressent dans un pays où les formations dites de droite l'emportent électoralement.



Pour une révolution fiscale. Un impôt sur le revenu pour le XXI^e siècle, Camille Landais, Thomas Piketty, Emmanuel Saez, La république des idées, Seuil, janvier 2011.

Thomas Piketty serait-il devenu la coqueluche de nos femmes et de nos hommes politiques ? Marine et Martine s'en inspirent ouvertement, Jean-François et François H. plus discrètement. Les seuls à avoir (encore ?) résisté sont Jean-Luc et les deux Dominique.

Bref, le concept LPS (des initiales de chacun des auteurs et selon une expression de l'économiste Christian Saint-Étienne) est né et cela a donné un ouvrage lumineux pour comprendre les enjeux de notre fiscalité et de nos prélèvements sociaux. Le premier chapitre décortique le système actuel et en montre toutes les inégalités. La démonstration est incontestable.

La seconde partie nous guide dans la construction de l'impôt sur le revenu du XXI^e siècle. Nous sont d'abord expliquées les raisons du nécessaire changement : le caractère inégal du quotient familial, l'iniquité du quotient conjugal, la progressivité en trompe l'œil de l'IRPP et son mitage par les niches fiscales, l'exonération de fait d'environ la moitié de revenus du capital. On débouche ensuite sur les caractéristiques d'un impôt sur le revenu adapté à notre époque moderne : une fusion de l'IRPP et de la CSG, l'individualisation de la contribution, un prélèvement à la source, un caractère progressif, la suppression des niches, des hausses de pouvoir d'achat pour la plupart des contribuables (vous avez bien lu !) et le tout sans risque de délocalisation des revenus à l'étranger.

La troisième partie est encore plus prospective : il y est question de revenu d'autonomie des jeunes, de refonte du quotient familial, de contribution patronale généralisée sur tous les revenus en lieu et place des cotisations, de déplaçonnement de l'assiette sociale des non salariés (ce ne serait que justice), de refonte de l'impôt de solidarité sur la fortune, d'imposition du loyer gratuit qu'un propriétaire tire du logement qu'il habite, mais curieusement aussi du maintien des exonérations bas salaires.

En conclusion, les auteurs de ce livre « d'intervention publique », selon leurs propres termes, nous proposent de tester nos capacités réformatrices en utilisant les moteurs de calcul de leur site internet, justement appelé « www.revolution-fiscale.fr ».

Bref, un ouvrage à lire absolument, même si l'expert repérera quelques approximations. Pour garder la tête froide, il est recommandé de se doter d'un antidote, comme la récente contribution de Christian Saint-Étienne à l'Institut Montaigne : « Quelle réforme fiscale pour la France ? ».

Christian Saint-Étienne, professeur d'économie au CNAM, estime pour sa part que les réflexions de Thomas Piketty constituent un exercice en chambre qui ne tient pas compte de la réalité du monde actuel. Il estime que ces propositions ignorent l'existence d'une concurrence fiscale très rude entre les pays, qu'elles sont de nature à casser la volonté entrepreneuriale qui est la condition indispensable du redressement des finances publiques.

4



Il est partisan d'une réforme fiscale qui combinerait l'élargissement de la base des impôts permettant une diminution des taux. Cela aurait comme double résultat d'accroître les recettes et d'augmenter la compétitivité de l'économie française. Il souhaite que cette réforme conduise à une taxation qui ne génère pas la délocalisation des entreprises, du travail ou des individus.

Il estime également indispensable que les politiques s'attachent à développer la sécurité (la stabilité) juridique de la fiscalité en France.

Parmi les pistes qu'il préconise on trouve :

- le remplacement de l'ISF (qui a fait « fuir » 20 000 entrepreneurs et 200 milliards de capitaux productifs) par un impôt sur les revenus de la fortune ;
- la simplification de l'IRPP en trois tranches : 0 % jusqu'à 7 500 € de revenu, 15 % jusqu'à 60 000 € et 30 % au-delà, accompagnée de la suppression de toutes les niches fiscales ;
- l'augmentation de la TVA ;
- la diminution de l'impôt sur les sociétés qui est en France de 34 % pour les grandes entreprises contre 22 à 23 % dans les autres pays européens : il préconise de s'orienter vers deux taux de 15 et 23 %).

Vincent RAVOUX

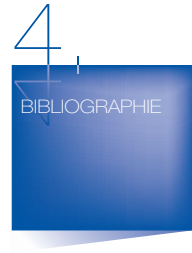
Le monde à l'horizon 2030 – La règle et le désordre, Nicolas Tenzer, Paris : Perrin, 2011. ISBN : 978-2-262-02668-4.

Nicolas Tenzer a beaucoup exploré la planète et s'interroge sur les évolutions des différents pays pour mesurer les conséquences pour les pays de la zone Europe et pour la France (cf. son précédent ouvrage : « Quand la France disparaît du monde » publié en 2008).

Les déséquilibres sans cesse changeant caractérisent les relations internationales ; il serait réducteur de vouloir les expliquer par des règles.

Dans le champ économique deux illustrations : le développement accéléré de la Chine est un des éléments majeurs de l'équilibre/déséquilibre économique actuel mais le développement de sa consommation interne, le renchérissement progressif des prix la conduisent vers une politique d'investissement plus raisonnable, moins menaçante. De la même façon la rente pétrolière et gazière a créé des réserves considérables qui ont permis des investissements très significatifs : quels nouveaux déséquilibres demain lorsque les réserves d'énergie s'épuiseront ?

Dans le domaine politique, N. Tenzer fait des constats sans concessions : l'équilibre entre les grands pôles géographiques ; depuis que Brzezinski a écrit que « l'Amérique n'est pas seulement la première super puissance globale mais ce sera la dernière », la multipolarité est la vulgate à la mode mais aucune des interprétations traditionnelles de ce concept ne semble convenir ; la régionalisation est une longue série d'échecs, de tentatives avortées et de coquilles plus ou



moins vides. On s'oriente même vers un détricotage de ces constructions et vers des alliances à géométrie variable. Les États seront à la fois plus forts et plus instables.

Plus optimiste (?) : le phénomène le plus significatif des prochaines décennies est l'accroissement considérable de la richesse du monde ce qui générera de nouvelles tensions et de nouveaux espaces de paupérisation.

On s'orientera vers de nouvelles règles d'influence qui constitueront demain encore plus un des vecteurs majeurs des États : les Universités, les ONG, les entreprises sont autant d'éléments déterminants de cette capacité d'influence.

Qui seront les leaders de demain ? Ils devront être porteurs de projet et être une garantie pour le long terme ; la concurrence sera accrue. Les démocraties occidentales auront une faiblesse accrue dans la gestion de leur intérêt à long terme, tandis que les leaders des autres pays seront de mieux en mieux formés, ouverts sur le monde, et stratégiques.

Trois réalités pour demain : le monde de demain ne sera pas parfaitement organisé ; les centres de pouvoirs se diffuseront, en même temps que se maintiendra une hiérarchie entre les puissances et que subsistera une incapacité à organiser ces pouvoirs en groupe cohérents ; les États continueront à monter puis à décliner, même s'il est difficile aujourd'hui de dire qui montera et qui déclinera.

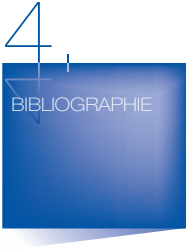
Bref un ouvrage sans concession qui oblige à s'interroger sur nos certitudes.

Claude BIGOT

Dictionnaire de la politique et de l'administration, sous la direction de G. Bernard, J.-P. Deschodt et M. Verpeaux, PUF, Coll. « Major », 2011.

Sans doute l'époque actuelle n'est-elle plus aux savoirs encyclopédiques. L'extension du champ des connaissances a pour corollaire une spécialisation croissante des formations et des études, de sorte qu'il arrive – trop souvent – que des experts de tel ou tel domaine ignorent tout ou presque de notions fondamentales relevant de domaines proches des leurs. Les rapports successifs des jurys des concours d'entrée à l'EN3S sont particulièrement édifiants à cet égard, voire même dérangeants ; ainsi les juristes ont tendance à négliger l'économie tandis que les économistes ne sont pas suffisamment au fait des questions de droit ; de leur côté, beaucoup de candidats du concours interne pêchent par un manque de connaissances dans les champs des politiques publiques et de l'administration. Aussi, ne peut-on que se réjouir de la récente publication aux Presses universitaires de France d'un dictionnaire rassemblant les définitions, les grands principes et les évolutions récentes des questions centrales concernant notamment :

- les concepts juridiques (séparation des pouvoirs, sécurité juridique, principe de précaution...)



- les pouvoirs politiques, juridictionnels et sociaux (nationaux et européens) ;
- les institutions et procédures administratives (déconcentration, collectivités territoriales...);
- les différentes catégories de politiques publiques (de l'emploi, de la santé, de l'environnement...);
- les enjeux économiques et sociaux (paupérisation, mondialisation, immigration...);
- et les grands débats de société (euthanasie, laïcité...).

Pour mener à bien cette entreprise en 312 pages, les trois codirecteurs de ce livre de référence ont fait appel à un collectif de près de quatre-vingts auteurs parmi lesquels figurent deux membres du comité de rédaction d'Élan Social, Messieurs Julien Damon et Gilles Huteau. Ce dictionnaire est assurément un outil précieux, non seulement pour les candidats au concours d'entrée à l'EN3S, mais aussi pour tous les professionnels de la Sécurité sociale qui auraient besoin à un moment ou à un autre d'approfondir ne serait-ce que ponctuellement, leurs connaissances des institutions et des politiques publiques.

Claude BIGOT

Inégalités socio-sanitaires en France. De la région au canton, A. Trugnon, N. Thomas, F. Michelot, B. Lémerly, 2^e éd., Masson, Coll. « abrégés », 2011.

« *La promotion de l'égalité devant la santé doit être l'une des finalités majeures des politiques de santé* ». C'est par cette assertion fondamentale que Monsieur le Professeur Houssin débute l'avant-propos de cet ouvrage publié sous l'égide de la Fédération nationale des observatoires régionaux de santé. Son sous-titre « De la région au canton » traduit bien le fil conducteur de ses développements lesquels ont le mérite de souligner toute l'importance d'une analyse suffisamment fine des territoires pour appréhender les inégalités socio-sanitaires. Cette démarche exigeante, puisqu'elle renvoie à de nombreux déterminants, constitue en effet une condition préalable à l'adaptation des politiques locales et sanitaires aux réalités locales et aux besoins des populations. La richesse de la cartographie qui accompagne les nombreux thèmes explorés (par exemple, temps d'accès aux établissements de soins, médecins généralistes, logement, groupes socio-professionnels, cancers) rend la lecture de ce livre encore plus attractive pour les publics visés : les acteurs de terrain du secteur sanitaire et social, les décideurs publics et associatifs, les gestionnaires de structures sanitaires et sociales ainsi que les chercheurs s'intéressant à une approche globale de la santé des populations.

Gilles HUTEAU

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 :



- ▶ 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
- ▶ Vivre en milieu rural - n° 164
- ▶ Politiques de la jeunesse en Europe - n° 165/166

Pour recevoir votre exemplaire, il suffit d'en faire la demande par mail à ysabelle.michelet@cnaf.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



REVUE REGARDS

La revue REGARDS est une publication bi-annuelle éditée par l'EN3S, qui traite des problématiques actuelles de la Sécurité sociale.



Thèmes des six dernières années :

- N° 29 ► Le 60ème anniversaire de la Sécurité sociale - janvier 2006
- N° 30 ► Les politiques familiales en France et en Suède - juillet 2006
- N° 31 ► Les niveaux du système de santé et leur organisation : dans le domaine de l'assurance maladie et de la santé publique – janvier 2007
- N° 32 ► Le droit au service de la gestion de la Sécurité sociale - juillet 2007
- N° 33 ► Les accidents du travail et les maladies professionnelles - janvier 2008
- N° 34 ► L'éthique et les valeurs de la Sécurité sociale en 2008 - juillet 2008
- N° 35 ► Acteurs et périmètre de la Protection sociale - janvier 2009
- N° 36 ► La gouvernance de la Protection sociale - juillet 2009
- N° 37 ► La certification à la Sécurité sociale - janvier 2010
- N° 38 ► Les minima sociaux - juillet 2010
- N° 39 ► La gestion du risque - janvier - 2011
- N° 40 ► L'informatique au service de la Sécurité sociale - juillet 2011

Prochain Numéro :

- N° 41 ► « *Quel territoire pour le social ?* » (sortie prévue en janvier 2012)

Pour commander :

Veuillez retourner ce document après avoir coché les cases correspondantes (Prix unitaire : 11 €)

*Pour consulter les sommaires depuis 1998 et commander sur internet
> rendez-vous sur www.en3s.fr*

NOM-PRÉNOM (en majuscule) :

Fonction :

Adresse :

Tél. : Fax :

Courriel :

Date :

Signature :



COMPOGRAVURE
IMPRESSION, BROCHAGE



42540 ST-JUST-LA-PENDUE
JUILLET 2011
DÉPÔT LÉGAL 2011
N° 201106.0162

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