

regards

PROTECTION SOCIALE

DOSSIER

Les métamorphoses de la Protection sociale



regards

PROTECTION SOCIALE

Revue bi-annuelle publiée
par l'École Nationale Supérieure de Sécurité Sociale

27 rue des Docteurs Charcot
CS 53109
42031 Saint-Étienne Cedex 2
Tél. : +33(0)4 77 81 15 15
www.en3s.fr

Directeur de la publication : Dominique Libault,
Directeur général de l'EN3S

Comité de rédaction

Il est composé de 12 membres, représentants de trois corps différents :

- Hauts fonctionnaires spécialistes du domaine santé/social
- Professeurs d'université
- Dirigeants de la Protection sociale

Président du comité de rédaction

Dominique LIBAULT

Directeur général de l'EN3S

Membres

Gérard ARCEGA

Président honoraire
de l'Association des anciens élèves de l'EN3S,
Directeur évaluateur – CNAMTS

Gilles ARZEL

Directeur évaluateur – CNAMTS

François CHADELAT

Inspecteur général des affaires sociales,
Directeur du fonds
de financement de la CMU

Alain CHAILLAND

Conseiller référendaire
à la Cour des comptes

Julien DAMON

Professeur associé à Sciences-Po

Christophe DEMILLY

Directeur de la CAF de la Gironde

Pascal ÉMILE

Directeur retraite et action sociale de la CNAV

Philippe GEORGES

Inspecteur général à l'IGAS

Gilles HUTEAU

Professeur en Protection sociale à l'EHESP

Xavier PRETOT

Conseiller à la Cour de cassation,
Professeur associé
à l'Université Panthéon-Assas (Paris II)

Vincent RAVOUX

Directeur du réseau CNAF

Jean-Louis REY

Chef de service adjoint
au Directeur de la Sécurité sociale –
Ministère des Affaires sociales et de la Santé

regards

LA REVUE DE LA PROTECTION SOCIALE

SOMMAIRE

1 Les évolutions de la Protection sociale

Thème

« Les métamorphoses de la Protection sociale »

9 | Introduction

Dominique Libault, Directeur général de l'EN3S

11 | Préface

Jean-Paul Delevoye, Président du Conseil Économique,
Social et Environnemental

1. Un nouvel environnement pour la Protection sociale

14 | Concept de Protection sociale et civilisation post-industrielle

Jacques Barthélémy, Avocat-Conseil en droit social, Fondateur du Cabinet
Barthélémy Avocats, Ancien Professeur Associé à la faculté de droit de
Montpellier

23 | L'euro-creep ou la gouvernance européenne « en creux » de la Sécurité sociale

Guillaume Filhon,
Responsable du pôle pour l'excellence de la Sécurité sociale, AISS Genève

2. Les métamorphoses des politiques de Protection sociale

46 | Les métamorphoses de l'Assurance maladie ?

Entretien avec Frédéric Van Roekeghem,
Directeur général de la CNAMTS, interview réalisée le 29 novembre 2012
par Pierre Ramon-Baldié, Directeur adjoint de l'EN3S

50 | Un exemple de métamorphoses des missions et des métiers : le projet Santé Active

Patrick Negaret, Directeur de la CPAM des Yvelines

SOMMAIRE

60 | **Fondement et développement de la gestion du risque**

Jean-Marc Aubert, Associé Jalma, ancien directeur de la gestion et l'organisation des soins CNAMTS (2005-2010)

67 | **Les possibles mutations de la politique familiale**

Delphine Chauffaut, Responsable du département « Questions sociales » au Centre d'analyse stratégique (CAS)

77 | **La compliance, nouvelle obligation du Service public de la Sécurité sociale ?**

Vincent Ravoux, Directeur du réseau CNAF

3. La transversalité au service de nouveaux droits de simplification

81 | **L'intégration de l'information à l'usager : le droit à l'information sur la retraite et son impact**

Jean-Marie Palach, Directeur du GIP Info Retraite

91 | **La Déclaration Sociale Nominative (DSN), simple évolution ou véritable révolution des relations entre les employeurs et les organismes de Protection sociale ?**

Renaud Vatinet, expert des simplifications administratives pour les entreprises

98 | **La DSN : une simplification radicale pour les employeurs et la Protection sociale**

Jean-Louis Bühl et Stéphane Eustache en charge de la maîtrise d'ouvrage stratégique du projet DSN

4. Les métamorphoses de la gestion de la Protection sociale

105 | **Les politiques RH comme élément indispensable de la « métamorphose » de la Protection sociale**

Philippe Renard, Directeur de l'URSSAF d'Île-de-France

SOMMAIRE

- 114 | **Nouvelles responsabilités et nouveaux profils de dirigeants.**
Vers des dirigeants d'opérateurs publics du 2^e type
 Michel Bauer, Sociologue
- 124 | **Métamorphoses et système d'information**
 Élisabeth Humbert-Bottin, Directrice du GIP Modernisation Déclarations Sociales
- 133 | **Les métamorphoses du pilotage**
de la « Production » dans les organismes de Sécurité sociale
 Agnès Basso-Fattori, Directrice adjointe de l'URSSAF d'Île-de-France
- 147 | **La certification des comptes, une exigence de transparence financière**
 Joël Dessaint, Agent comptable,
 Directeur des finances et de la comptabilité de la CNAMTS
- 155 | **Conclusion : les métamorphoses de la Protection sociale**
(extrait de la conclusion des Grands dossiers de la Protection sociale,
septembre 2012)
 Dominique Libault, Directeur général de l'EN3S

Management 2 de la Protection sociale : Tendances et évolutions

- 163 | **L'Animateur Qualité Réseau**
 Signature collective des animateurs qualité réseau du CETAF
- 169 | **Les Unions d'Associations Familiales :**
focus sur un acteur méconnu de la Protection sociale
 Tiphaine Merialdo, élève-stagiaire de la 51^e promotion de l'EN3S

recherche

SOMMAIRE

3 Regards des acteurs

- 181 | **Marché du travail, équilibre Nord-Sud et rôle des syndicats**
 Sihem Anne Essayah, Docteur en sciences de gestion,
 Professeure associée à l'URCA, membre d'un syndicat de cadres
 de la Sécurité sociale et M. Lotfi Hamzi, Docteur en Droit international,
 Professeur à Reims Management School
- 192 | **La Protection sociale en Afrique : bilan et perspectives**
 Patrick Marx, Directeur de projet du risque ARS Lorraine,
 Alain Clicq, Directeur RSI Haute-Normandie,
 Raynal Le May, Directeur CAF de l'Essonne,
 Wilfred Smadja, ancien Directeur adjoint de la CPAM de Paris
- 200 | **La gestion de la dette sociale à partir de 2009 :
 ses enjeux concrets pour l'ACOSS et la CADES,
 résultats d'une recherche-action
 réalisée par les élèves de la 49^e promotion**
 Anne Gérard, Pierre Lecomte, Vincent Maurel,
 Sandrine Roque et Aurélie Preux, sous la direction
 de Jean-François Chadelat, Inspecteur général des Affaires sociales,
 Directeur du Fonds CMU
- 211 | **Retour sur l'entreprise en procédure collective
 et le recouvrement des créances de la faute inexcusable**
 Delphine Ronet-Yague, Maître de conférences à Aix-Marseille,
 Université Centre de droit social EA 901

4 Bibliographie

- 221 | **Ouvrages et rapports sélectionnés par le centre de documentation**
- 225 | **Notes de lecture proposées par le comité de rédaction**

regards

1

LES ÉVOLUTIONS DE LA
PROTECTION SOCIALE

Les métamorphoses
de la Protection sociale

Introduction

Les métamorphoses de la Protection sociale

Face aux difficultés de la France, j'ai la conviction que la Protection sociale est potentiellement un atout et non un handicap.

Atout pour maintenir la cohésion sociale, pour modérer les coûts liés au vieillissement de la population, pour assurer le renouvellement démographique, pour stimuler l'innovation, pour faciliter la vie des Français et des entreprises, pour concourir à une société du mieux-être plutôt que de l'« avoir plus ».

Mais ceci ne peut se faire sans des évolutions fortes, telles qu'il ne semble pas excessif de les qualifier de métamorphoses. Celles-ci sont du reste largement entamées, sans que ceci soit toujours perçu de l'extérieur de la sphère Sécurité sociale, et même de l'intérieur.

Ouvrir la réflexion sur ces métamorphoses, donner à voir ce qui aujourd'hui incarne d'ores et déjà celle-ci, telle est l'ambition de ce premier numéro de Regards de l'année 2013, que je qualifierai presque de « manifeste ».

Bonne lecture ... et bonne réflexion !

Dominique Libault
Directeur général de l'EN3S

Préface

« Je suis de ceux qui pensent que nous ne sommes pas en crise, nous sommes en métamorphose ».

« Quand on est en crise, et qu'on sort de la crise, on retrouve une situation existante.

Quand on sortira de la crise, la société n'aura plus rien à voir parce que nous vivons une accélération des nouvelles modalités d'énergie et de numérisation et donc notre société va totalement se transformer.

La deuxième chose, c'est que pour la première fois de l'histoire du monde occidental, il y a un décrochage entre la performance économique et la performance sociétale.

Et nous voyons bien les écarts se traduire. Nous avons toute une série de chiffres qui montre qu'à partir de 1982/1983, absence de régulation des outils financiers, on voit se développer les inégalités dans la société. Et lorsqu'il y a la perception, juste ou injuste, d'un développement d'inégalités, plus la perception juste ou injuste de ne pas se sentir représenté dans la démocratie représentative, le pire peut arriver, en matière de populisme et en matière d'extrémisme.

Le troisième élément est que nous ne sommes plus dans des taux de croissance à 3 ou 4 % comme on les a connus dans les années 1960, nous sommes durablement installés dans des taux de croissance faibles à moins de 1 %, sauf si on retrouve de nouveaux secteurs de croissance, mais ça, c'est un autre sujet.

Ce qui veut dire, qu'à taux de croissance faible, nous ne pouvons pas financer nos dépenses de retraite et de santé sur les bases actuelles, nous n'avons pas la création d'emplois, donc il y a une rupture de la société par rapport au travail. Nous voyons bien aussi que la relation au patrimoine évolue, lorsqu'on est en croissance à 4 %, on double son pouvoir d'achat en 25 ans, à 1 % on le double en 70 ans. Cela veut donc dire que nous sommes sur une interpellation forte de concilier performance économique et cohésion sociale. C'est un véritable sujet de société.

Et nous sommes probablement aujourd'hui dans un écartèlement de notre société, où l'on voit bien que, nous ayant abrités derrière des normes, avec un souci de compenser le handicap de celui qui était « éjecté » du travail ou celui qui était « éjecté » de la bonne santé, en réalité aujourd'hui, nous sommes dans des mécaniques d'exclusion, et d'exclusion avec souvent une incapacité pour la personne de pouvoir reprendre le bon chemin en matière d'emploi ou en matière de santé ».

Jean-Paul Delevoye

Président du Conseil Économique, Social et Environnemental

Extrait de son intervention à l'occasion du 12^e colloque biennal de l'EN3S à l'Unesco les 29 et 30 novembre 2012 :

*« Nouveaux enjeux, nouvelles contraintes
Quel avenir pour la Protection sociale française ? »*

Thème 1

Un nouvel
environnement
pour la Protection
sociale

Concept de Protection sociale et civilisation post-industrielle

Jacques Barthélémy

Avocat-Conseil en droit social • Ancien Professeur Associé à la faculté de droit de Montpellier • Fondateur du Cabinet Barthélémy Avocats

La Protection sociale est née avec (ou de) l'ère industrielle. D'un côté, les anciennes solidarités (locales, corporatistes et même familiales) sont malmenées par les nouveaux modes d'organisation sociale ; d'un autre côté louer sa force de travail aux détenteurs du capital ne permet pas l'émergence de moyens favorisant des revenus alternatifs à ceux d'activité.

Bref, la Protection sociale est le substitut du patrimoine. De ce premier constat peut être prédit que les mutations héritées des progrès des Techniques de l'Information et de la Communication, vulgairement appelées TIC, vont affecter le champ et le contenu de la Protection sociale.

Le droit du travail est également le fruit de la civilisation industrielle. Cette discipline est le symbole de la relativisation du poids de la théorie structuraliste du droit – qui en fait une fin en soi – au profit de la théorie fonctionnaliste – qui en fait un moyen au service de finalités autres. Dès lors, droits du travail et de la Protection sociale doivent être synchrones, notamment parce que s'appuyant tous deux sur une fonction protectrice en liaison avec l'état de faiblesse du travailleur à l'égard du donneur d'ordres. D'où le second constat : l'évolution du concept de Protection sociale ne peut faire l'économie du recours au droit du travail.

Ces considérations préliminaires justifient que l'évolution inévitable du concept de Protection sociale⁽¹⁾ dans la civilisation post-industrielle soit forgée dans l'analyse des effets des nouveaux modes d'organisation du travail résultant des progrès des TIC (1) mais aussi de la construction progressive de l'Europe, du fait que s'y s'expriment des visions différentes de ce concept (2).

(1) Jacques Barthélémy, « Le droit de la Protection sociale face aux mutations du travail » in « Évolution du droit social », Lamy, Collection Axe Droit 2010, pp. 294 à 380.

1. Civilisation du savoir et concept de Protection sociale

Malgré une finalité protectrice commune aux deux disciplines :

- D'une part le champ du droit de la Protection sociale est plus vaste que celui du travail, réservé aux salariés. Le poids de cette différence est accru en raison de sa qualification de « mineur social », la seule volonté des parties étant de ce fait impuissante à qualifier seule juridiquement le contrat en raison de la suspicion à l'égard de son consentement⁽²⁾.
- D'autre part, les instruments de la protection sont différents. En droit du travail, elle se concrétise par des obligations de l'employeur, dont le non-respect expose à des sanctions négatives – châtiments et dommages et intérêts – affectant ainsi le pouvoir normatif de l'employeur. Le droit de la Protection sociale met en œuvre la fonction promotionnelle du droit, notamment par des sanctions positives, récompenses et mesures incitatives, plus en harmonie avec l'approche organisationnelle du droit⁽³⁾.

De cette différence peut être déduit une plus grande faculté d'adaptation de la Protection sociale au contexte économique et social nouveau, en particulier du fait du rôle des garanties sociales et de la solidarité ; un droit de l'activité professionnelle dépassant celui du travail pourrait concrétiser cette évolution.

1.1. Mutations du travail et développement des garanties sociales

Le même type de prestations dont est susceptible de bénéficier un salarié relève soit du droit du travail, soit du droit de la Protection sociale suivant que sa fourniture ressort directement de la responsabilité de l'employeur ou qu'il y a obligation d'assurance. Dans le premier cas, l'avantage est matérialisé par la prestation, le recours éventuel à l'assurance ne changeant rien. Pour le second, il l'est par le fait d'être assuré, son montant étant la cotisation car elle évalue actuariellement le risque⁽⁴⁾. Un exemple illustre parfaitement cette proposition. Celui de l'indemnité versée en complément de la Sécurité sociale en cas d'arrêt de travail par suite de maladie ou d'accident du travail. Cette indemnité est directement due par l'employeur pendant la durée de l'incapacité de travail mais si cette durée est longue le provisionnement des engagements donc l'assurance s'impose. L'obligation d'assurance affecte le pouvoir normatif de l'employeur, expression de libertés publiques, en l'occurrence celle de l'autorité du contrat et celle du droit de propriété. Cette limitation est toutefois justifiée par une exigence d'ordre public absolu, la sécurisation des droits du travailleur, susceptibles d'être compromis par les effets des vicissitudes économiques et juridiques de l'entreprise.

D'où l'importance de la notion de garantie sociale, identifiée par un « pot commun », fond de mutualisation alimenté par des contributions des employeurs, sur lequel le « travailleur intéressé » a un « droit de tirage social »⁽⁵⁾. La responsabilité de la fourniture des droits du travailleur y est assumée par « l'institution » gérant le « régime ». Celle de l'employeur s'exprime alors par l'obligation d'assurance, le préjudice du salarié venant de la perte d'une chance par suite d'omission d'action de l'employeur.

Lorsque les garanties sont provisionnées, ce qui individualise le droit et en fait un élément de salaire, le montant du dommage s'évalue à partir du capital constitutif des indemnités et rentes dues ; l'assureur peut ici n'intervenir que comme prestataire de services. Mais lorsque, par exemple pour donner sa pleine mesure à un objectif de solidarité, il est recouru à la technique de répartition, donc que les droits peuvent être révisés y compris in pèjus, la protection du travailleur vient de la déclinaison d'un double paritarisme, de conception – seul un accord collectif ou un référendum pouvant créer

(2) Cass. As. Plén., 4 mai 1983 – D. 1983, 381, concl. Cabannes.

(3) Jean Paillusseau, « Le droit est aussi une source d'organisation », Revue trimestrielle de droit commercial et de droit économique, 1989, pp. 1 à 57.

(4) Jacques Barthélémy, « Accord de mensualisation et garanties collectives de prévoyance », Droit Social 2007, p. 472.

(5) Alain Supiot emploie cette expression dans « Au-delà de l'emploi », rapport pour la commission européenne – Flammarion, œuvre collective sous sa direction, pp. 90 à 92. L'expression de « pot commun » est employée par Jean-Jacques Dupeyroux dans son article « Les exigences de la solidarité », Droit Social 1990, p. 741, article dans lequel il définit aussi le régime à partir du fonds de mutualisation favorisant un objectif de solidarité.

le régime – et de gestion, par un organe de direction composé paritairement de représentants des employeurs et des salariés. C'est du reste ce double paritarisme qui rend les employeurs adhérents et les salariés participants de l'institution, laquelle peut, par ce biais, acquérir la personnalité morale⁽⁶⁾. Ce qui précède conduit à critiquer le choix de formes juridiques autres pour les ASSEDIC et les OPCA. Le rôle de la notion de garantie sociale dans l'évolution du concept de Protection sociale est d'autant plus important que :

- On en trouve aussi bien dans le droit du travail (les assurances chômage et formation⁽⁷⁾) que dans celui de Sécurité sociale (retraite complémentaire et prévoyance collective) ; on cherchera en vain des justifications rationnelles à cette dichotomie.
- Elle est objet de convention collective aux côtés des rémunérations et des conditions d'emploi, de formation, de travail. De ce fait et parce que l'objet des conventions est de créer des avantages potentiellement plus favorables que les droits légaux et conventionnels de rang supérieur, de nouvelles garanties peuvent être créées et à l'intérieur de celles existantes des besoins nouveaux peuvent être satisfaits. Tout au plus la créativité des partenaires sociaux sera-t-elle bridée par le sort fiscal et social des contributions destinées au financement des prestations⁽⁸⁾. Cette dernière remarque invite à une réflexion sur la notion de revenu professionnel, dans la perspective à la fois d'une cohérence entre fiscal et social, d'une déclinaison rationnelle du principe d'égalité de traitement, d'une frontière mieux définie entre revenus du capital et du travail⁽⁹⁾.
- La conjugaison des matériaux émanant du droit du travail et de celui de la Protection sociale inspirée du principe de faveur peut écarter le risque de dérive technocratique résultant d'une analyse séparée du même avantage par l'une et l'autre de ces disciplines en l'appliquant de ce fait pour partie à ce que doit directement l'employeur et pour partie à ce qui est mutualisé.

On notera que l'adaptation des régimes complémentaires obligatoires (c'est-à-dire AGIRC et ARRCO) se fait régulièrement et en douceur par la révision de leurs Accords Nationaux Interprofessionnels fondateurs, alors que la réforme des régimes de base est un exercice très difficile pour les gouvernements. Mais aussi que l'entrée de droits fondamentaux de l'Homme dans la sphère professionnelle, rendue aisée par les TIC, appelle des solutions que des garanties sociales dédiées sont plus à même de promouvoir. Ainsi des fonds de cautionnement pour les dépôts de garantie (accès au logement) ou pour des prêts (accès aux véhicules nécessaires au travail) peuvent favoriser la libre circulation des travailleurs ou le respect de la vie personnelle. Ainsi encore un fonds sur lequel peuvent être prélevés des différentiels de revenus peut contribuer à rendre effective l'obligation de reclassement en cas d'inaptitude (Cf. à ce sujet l'institution IPRIAC allouant aux anciens chauffeurs-routiers ayant perdu le permis poids-lourds pour raison de santé une indemnité mensuelle destinée à compenser la perte de salaire liée à un reclassement dans un emploi moins rémunéré). Dans ces deux exemples, la plus-value naît de la complémentarité des droits du travail et de la Protection sociale.

1.2. Les multiples visages de la solidarité

Au début de l'ère industrielle, ce qui se rapporte à la Protection sociale n'est qu'un chapitre de la législation industrielle, ancêtre du droit du travail. Elle s'en éloigne au moment du passage des assurances sociales à la Sécurité sociale, c'est-à-dire de l'intégration de la solidarité. La dissociation entre les deux

(6) Jacques Barthélémy, « Le concept de paritarisme et les modalités de sa déclinaison », Semaine Sociale Lamy, supplément n° 1434, 22 février 2010, p. 14.

(7) Jacques Barthélémy, « L'assurance formation, une garantie sociale », Droit Social 2008, p. 1199.

(8) Article 83 quater du Code général des impôts – article L. 242.1 du Code de la Sécurité sociale, 6° à 8° alinéas.

(9) Jacques Barthélémy, « Bénéfice des sociétés d'exercice libéral et assiette des cotisations sociales », Droit Social 2008, p. 862.

disciplines devient alors d'autant plus importante que le droit du travail est vecteur d'égalité, alors que celui de Sécurité sociale est fondé sur la solidarité⁽¹⁰⁾.

La solidarité s'exprime pleinement lorsque le champ de la Protection sociale est identique à celui de la loi. Un champ national, général, interprofessionnel pour la solidarité réduit les effets négatifs des vicissitudes économiques et actuelles d'autant plus prévisibles qu'il est recouru à la technique de répartition, instrument par excellence de la solidarité mais ayant pour effet que les droits ne sont pas garantis.

La solidarité s'exprime aisément par la loi d'autant qu'elle a fait échapper les organismes et les régimes légaux de Sécurité sociale aux rigueurs du droit de la libre concurrence. En effet, seule la logique d'assurance est compatible avec les impératifs nés du principe de liberté économique, tout spécialement de libre prestation de services. Pour autant, le contrat peut être aussi source de normes concrétisant des régimes fondés sur la solidarité ; spécialement l'accord collectif du fait de sa nature duale, de contrat en raison de ses acteurs mais aussi de règlement en raison de son caractère normatif. Dans tout accord collectif, les aspects contractuels sont prééminents ; mais, en fonction aussi bien du champ de l'accord que de son objet, les aspects réglementaires peuvent être plus ou moins importants. S'agissant des actes fondateurs de garanties sociales, leur partie contractuelle ne peut qu'être celle du droit commun des conventions collectives qui puise sa force dans les fondements de la théorie contractuelle, simplement aménagée parce que le contrat est collectif ; doivent être de ce fait conçus les instruments de l'application erga omnes et définies les règles concrètes de représentativité réelle des signataires, ce à quoi ont répondu, en affinant progressivement les solutions, les différentes lois relatives aux conventions collectives depuis celle de 1919 jusqu'à celle du 20 août 2008.

Par contre la partie normative d'un acte fondateur d'une garantie sociale – c'est-à-dire organisant la solidarité par la mutualisation – ne peut pas obéir aux mêmes règles que celle d'un accord créant un élément de rémunération se traduisant par un avantage individuel⁽¹¹⁾. La notion de solidarité n'est ni universelle, ni univoque. Elle peut produire des effets sur tel ou tel secteur économique, sur telle ou telle entreprise et elle peut aussi être réservée, à l'intérieur de l'espace où elle est appelée à se manifester, à tel domaine, voire, à l'intérieur de chacun, à telle situation. C'est dire que la solidarité n'est pas antinomique avec le provisionnement des engagements, les droits autres que ceux ainsi garantis nécessitant un fond de mutualisation sur lequel le travailleur dispose d'un droit de tirage.

Ce qui précède induit une différence de nature juridique entre d'un côté les grands régimes de Protection sociale, dont le champ de compétence est national et interprofessionnel, mettant en œuvre une solidarité générale et dont les institutions gestionnaires poursuivent de ce fait une mission d'intérêt général, d'un autre côté les garanties collectives conçues seulement pour une branche professionnelle, voire une entreprise, concrétisant ainsi un régime fondé sur la solidarité professionnelle. Dans ce second cas des subdivisions s'imposent en fonction du degré de solidarité, un degré élevé ayant pour effet de conférer à l'institution gestionnaire une mission d'intérêt général économique. Il faut enfin distinguer un tel régime d'un simple système dans lequel les engagements contractuels sont totalement provisionnés, l'acte fondateur des garanties se contentant de fixer la nature et le niveau des prestations (éventuellement la clé de répartition de la cotisation totale).

Une ingénierie juridique propre à chacune de ces catégories et sous catégories permet à l'accord collectif (national interprofessionnel ou de branche ou d'entreprise) et aux normes qu'il institue (pour favoriser la mutualisation tout spécialement) de bâtir les instruments d'une Protection sociale complémentaire adaptée à un contexte, voire à un projet particulier.

1.3. Vers un droit de l'activité professionnelle

C'est la civilisation de l'usine qui, par les modes d'organisation hiérarchique du travail utilisés, a créé des statuts juridiques différents pour les indépendants et les salariés ainsi que, parmi les seconds, entre membres de certaines catégories, spécialement en distinguant les cadres. Ces différences irriguent tant le droit du travail que celui de la Sécurité sociale et elles ont conduit à la séparation de ces deux disciplines malgré leur fonction protectrice commune. Et elles irriguent tant la loi, la réglementation que les tissus conventionnels, ce dont atteste par exemple le régime AGIRC.

(10) J.-M. Belorgey, « Logique d'assurance, logique de solidarité », Droit Social 1995, n° 9/10, p. 731 ; Michel Borgetto, « La solidarité : maître mot de la Protection sociale », Infor. Soc., n° 96, 2001, p. 124.

(11) Paul Durand, « De la convention collective de travail à la convention collective de Sécurité sociale », Droit Social 1960, p. 42.

Les progrès des TIC favorisent l'accès direct et total au savoir. Ils permettent donc le remplacement d'organisations hiérarchiques, dans lesquelles des travailleurs exécutent des tâches sur ordre de ceux qui détiennent le savoir, par des organisations modulaires fondées sur une plus large délégation du pouvoir de décider, d'autant plus appelées à se déployer que cette évolution, en gros des tâches vers des missions, sert à l'épanouissement de l'Homme par le travail. À cet égard est particulièrement topique que la subordination juridique qui fonde le contrat de travail, identifiée, jadis en jurisprudence par la participation à un service organisé, l'est depuis un arrêt de principe⁽¹²⁾, par des tâches ou missions exécutées sur ordre ou instructions par un donneur d'ordre ayant la capacité de contrôler l'exécution normale du travail et (surtout même) de sanctionner les manquements. La participation à un service organisé, fondamentale dans une organisation hiérarchique, est désormais réduite au rang de simple indice ne pouvant être invoqué que si les conditions de travail sont définies unilatéralement par l'employeur. En outre – et c'est tout aussi essentiel pour la présente étude – cette définition prétorienne vaut à la fois pour le droit du travail et celui de la Sécurité sociale.

C'est pour les mêmes raisons que le principe d'égalité de traitement ne saurait se satisfaire, de l'appartenance à une catégorie pour justifier des différences qui doivent être fondées sur une raison objective, cette catégorie fût-elle celle des cadres, d'autant que, à défaut d'intervention de la loi, sa définition est inévitablement fonctionnelle. En d'autres termes, on ne saurait utiliser des dispositions propres aux cadres instaurées par le Code du travail en matière de durée du travail pour construire des solutions dans d'autres domaines, de même qu'être participant de l'AGIRC ne peut, en soit, conférer des effets sur le plan du droit du travail.

Dans la civilisation du savoir ou de l'intelligence, ce qui sera déterminant ce sera le degré d'autonomie, donc de responsabilité, donc la capacité plus ou moins grande du contrat (individuel) à faire seul la loi des parties. Cela implique que soit pris en compte le déséquilibre contractuel résultant non seulement de la subordination juridique, mais aussi – et éventuellement seulement – de la dépendance économique. Par contre, les solutions concrètes, héritées des principes de l'ordre public économique, seront inspirées du souci de faire émerger les moyens, y compris d'ordre procédural, de favoriser un consentement éclairé des parties, de limiter utilement, au vu des circonstances de fait, l'autorité d'un contrat particulier, de sanctionner, s'il y a lieu par la nullité, certaines constructions.

Du fait des mutations profondes du travail, l'opposition salariés/indépendants héritée de la civilisation de l'usine produit des effets pervers, d'un côté en surprotégeant les travailleurs en état de subordination juridique mais disposant soit d'indépendance technique soit d'un degré élevé d'autonomie au plan des conditions de travail et qui bénéficient en plus d'un filet protecteur conçu pour les ouvriers, d'un autre côté en laissant sans protection des travailleurs en seul état de dépendance économique qui vicie ainsi l'équilibre des pouvoirs entre les parties et nécessite une protection, mais pas celui du Code du travail conçu (en l'état) pour un « mineur social ». On pense ici aux sous-traitants, aux franchisés, aux mandataires, aux professionnels libéraux collaborateurs. . .

Le droit de l'activité professionnelle⁽¹³⁾ – qui serait alors le prolongement en droit de l'activité économique remplaçant peu à peu celui de l'entreprise⁽¹⁴⁾ – contribuerait, et c'est souhaitable, à la réunification des droits du travail et de la Sécurité sociale. Le droit de la Protection sociale complémentaire ne peut qu'y jouer un rôle déterminant étant, comme le droit du travail, un droit du contrat, ne serait-ce qu'en raison des actes (de droit privé) fondateurs des garanties sociales.

(12) Cas. Soc., 13 novembre 1996, Droit Social 1996, p. 1067, note Dupeyroux.

(13) Paul-Henri Antonmattei et J.-C. Sciberras, « Rapport remis au ministre du Travail », novembre 2008 ; Jacques Barthélémy, « Du droit du travail au droit de l'activité professionnelle », Cahiers du DRH (Lamy), juin 2008, aparté n° 144 ; Jacques Barthélémy, « Essai sur la parasubordination », SSL 8 septembre 2003.

(14) Jean Paillusseau, « Le droit des activités économiques à l'aube du XXI^e siècle », D. 2003, Col. Dr. des Aff., pp. 258 et 32.

Ce droit réunifié se concrétisera aisément par un socle se rapportant à trois piliers :

- Celui des rapports individuels, à partir des droits fondamentaux et des libertés individuelles de l'Homme appliqués au citoyen-travailleur, mais aussi du caractère substantiel des règles de conduite de la négociation et de la rupture du contrat. Les contraintes supplémentaires, notamment de procédure, seraient inversement proportionnelles au degré d'autonomie du travailleur concerné.
- Celui des rapports collectifs, au bénéfice de la collectivité des travailleurs qui sont d'autant plus aisément ceux de grève et de négociation collective que ceux-ci, étant d'essence constitutionnelle, ne sont pas réservés aux salariés. Une convention collective de travailleurs non salariés est possible lorsqu'ils sont en état de dépendance économique à l'égard d'un donneur d'ordre. Ainsi, le statut des agents généraux d'assurance, professionnels libéraux mais dépendants économiques d'une compagnie, est né d'une « convention collective de non salariés » d'avril 1996, ce qui les incite aussi à organiser des conflits collectifs pour faire valoir leurs droits ou leurs exigences.
- Celui de la Protection sociale, déjà largement concrétisé en raison de l'harmonisation des droits au sein du premier pilier, mais aussi, du fait de la loi Madelin en ce qui concerne les garanties collectives de retraite et de prévoyance constituant le deuxième pilier. Les deux seuls risques non couverts pour les TNS sont les accidents du travail, parce qu'ils mettent en œuvre la responsabilité de l'employeur en vertu du droit fondamental du travailleur à son intégrité physique et le régime d'assurance-chômage, parce qu'il est d'essence conventionnelle et ne concerne de ce fait que les salariés (mais un groupement Madelin peut couvrir le risque de perte d'emploi subi).

Le choix du statut de salarié étant dicté par le souci d'optimiser sa Protection sociale, le niveau des garanties peut être le catalyseur des évolutions du droit social pour le mettre en harmonie avec les modes nouveaux d'organisation économique et sociale de la société post-industrielle. Mais on notera que l'évolution récente du droit du travail, spécialement dans le domaine de la durée du travail, favorise cette mutation en donnant plus d'autonomie et de place au tissu conventionnel ; ce qui facilite une meilleure conciliation entre efficacité économique et protection du travailleur.

2. La Protection sociale et le droit européen

La politique sociale joue un rôle dans la construction de l'Europe pour l'épanouissement de l'Homme mais aussi dans la perspective de l'optimisation de l'union économique dont dépend l'emploi. Elle y est présente aussi bien dans les traités – de l'Union et du fonctionnement de l'Union – que dans les chartes, celle des droits sociaux fondamentaux des travailleurs 1989 et celle des droits fondamentaux de l'Union européenne de 2000 ; mais aussi dans la charte sociale européenne de 1961 révisée en 1995 dont le champ couvre l'ensemble des États membres du Conseil de l'Europe. Dans ces textes, la connexion des droits du travail et de la Protection sociale est effective, notamment en l'absence de la conception réductrice de la Sécurité sociale, héritée, en France, de la préférence donnée à la loi alors que le droit communautaire est fortement imprégné du principe de subsidiarité (en quelque sorte ne pas traiter en haut ce qui peut l'être en bas !).

Au vu de ce contexte, il est possible d'envisager que le concept de Protection sociale puisse aussi évoluer du fait du droit communautaire. C'est au demeurant lui qui a conduit à y distinguer trois piliers, celui de la Sécurité sociale, celui des garanties collectives et celui de l'assurance individuelle. Plus fondamentalement et pour étayer la démonstration du rôle de l'Europe dans l'évolution du droit de la Protection sociale, il est intéressant de souligner que le classement de telle institution, de tel régime dans l'un ou l'autre de ces piliers résulte de définitions fonctionnelles liées à un objectif précis. L'inconvénient, qui en résulte, d'une maîtrise moindre des notions est largement compensé par des effets positifs de la prise en compte des finalités. En effet, l'efficacité – et même sans doute l'effectivité – du droit est accrue par le recours, pour la construction des normes, à l'approche organisationnelle, ici du droit social. D'où l'intérêt de l'examen de la distinction entre Sécurité sociale stricto sensu et Protection sociale complémentaire à partir des trois domaines ci-après :

2.1. Libre circulation des travailleurs et Sécurité sociale

Laisser l'organisation de la Sécurité sociale à la responsabilité de chaque État nuit à la libre circulation des travailleurs dans l'espace européen. Pour y remédier a été imposée la prise en compte des périodes d'activité dans un régime de Sécurité sociale dans un État pour la détermination des conditions d'ancienneté requise dans un autre État, ainsi que le versement des pensions au lieu du domicile, où il se situe dans l'espace de l'Union. Eu égard à l'objectif poursuivi, s'imposait une définition spécifique du concept de Sécurité sociale.

Le provisionnement des engagements satisfait à cette exigence, surtout si est organisée la portabilité des droits et leur transférabilité. C'est de ce fait la solidarité – qui irrigue la Sécurité sociale – qui va permettre d'identifier cette définition fonctionnelle. En effet, la solidarité nationale, générale, interprofessionnelle induit le recours à la technique de répartition, donc à des droits non garantis. Voilà pourquoi le règlement 1408.71 prévoit que la règle de consolidation concerne non seulement les régimes légaux – c'est-à-dire prévus par la loi, peu importe qui les gère, État ou personne morale de droit privé agissant par délégation de la puissance publique – mais aussi ceux qui se substituent à eux. Entrent donc de droit dans le champ de la règle les régimes d'essence conventionnelle qui matérialisent une garantie sociale, versant des prestations dont la nature et l'objet sont autres que celles versées par l'État. C'est le cas en France du régime d'assurance-chômage géré par l'UNEDIC ; ne seraient par contre pas concernés d'éventuels systèmes d'assurance-chômage complémentaire, dont le Code du travail prévoit la possible émergence, de surcroît gérés alors par des institutions de prévoyance, provisionnant obligatoirement leurs engagements.

Ceci étant, la notion de substitution doit être entendue largement. Elle peut englober des régimes versant des prestations qui complètent celles de base, ceci eu égard à leur finalité, à leur champ, à la solidarité qui s'y manifeste, à condition, toutefois, que l'État concerné en fasse la demande. C'est pour éviter que le classement des régimes AGIRC et ARRCO dans le second pilier ne conduise au provisionnement obligatoire des engagements, donc à l'abandon de la technique de répartition, que les partenaires sociaux ont sollicité de l'État français qu'il fasse la demande de leur intégration dans le règlement 1408.71. Ce faisant naissait l'idée que les grands régimes de retraite complémentaire obligatoire mettant en œuvre la loi de généralisation relèvent du premier pilier de la Protection sociale ; ils se distinguent toutefois des régimes légaux car ne relevant pas du bloc de constitutionnalité ; en outre, les institutions gestionnaires se contentent, malgré l'organisation d'une solidarité générale, interprofessionnelle, nationale, de poursuivre une mission d'intérêt général et non de service public comme les caisses de Sécurité sociale ; enfin, la source de droit créatrice des régimes, à savoir des accords collectifs interprofessionnels, invite à cette distinction. On est alors conduit à considérer que les régimes de retraite complémentaire obligatoire constituent le pilier I bis de la Protection sociale. On notera au demeurant que s'ils entrent dans le champ du livre IX du Code de la Sécurité sociale réservé à la Protection sociale complémentaire, une place à part leur est réservée (L. 921-1 et suivants du Code de la Sécurité sociale).

Le souci de favoriser la libre circulation des travailleurs doit donc influencer les solutions mises en œuvre dans les garanties collectives identifiant le 2^e pilier de la Protection sociale qui n'entrent pas dans le champ du règlement 1408-71.

2.2. Prohibition des discriminations et garanties sociales

Les garanties sociales apportent des protections face à des situations à risque dont certaines sont liées à l'âge, au sexe, à l'ancienneté. Les solutions concrètes pour réduire ces risques sont donc susceptibles de se heurter à la prohibition de discriminations dont le champ est les rémunérations et les conditions de travail. Le problème est essentiel dès lors qu'une pension de retraite du régime légal n'étant pas liée

au contrat de travail ne constitue pas une rémunération au sens de l'article 141 du Traité, aujourd'hui 157 du Traité de Fonctionnement de l'Union Européenne (TFUE)⁽¹⁵⁾. D'où la question fondamentale : quand un système ou un régime de Protection sociale est-il une rémunération, bien sûr à ce titre ? La question est d'autant plus importante qu'au-delà des discriminations directes apparaissant des règles d'accès à l'avantage proposé, est tout aussi critiquable la discrimination indirecte émanant d'une situation de fait faisant apparaître que l'application d'une règle licite se traduit par des droits réservés à une population. Sans se soucier de leur classement dans le premier pilier (I bis) au sens du principe de libre circulation des travailleurs, les régimes AGIRC et ARRCO ont été reconnus comme des rémunérations les plaçant de ce fait dans le champ des prohibitions liées au sexe (arrêt Podesta). De ce fait les droits de réversion alloués à la veuve et au veuf doivent être identiques, en ce qui concerne aussi bien leur montant que l'âge d'accès.

Dans son célèbre arrêt Barber⁽¹⁶⁾, la Cour de Luxembourg avait déjà conclu qu'un fonds de pension, donc un régime de Protection sociale complémentaire est une rémunération au sens de la prohibition des discriminations, c'est-à-dire de l'article 141 du Traité (157 TFUE). Dès lors dans la vie professionnelle de chaque travailleur, trois périodes sont à distinguer : 1) celle antérieure à cette date ; l'alignement des droits, directs ou de réversion, ne s'y impose pas puisque la période est antérieure à la reconnaissance par le juge de la qualification de salaire ; 2) celle postérieure où s'applique la solution la plus favorable avant que, 3) ne soit mis en place, par révision de l'acte fondateur des garanties, un régime unique. La Cour de justice va plus loin en considérant que le caractère plus favorable s'apprécie sur les cotisations dans un régime à cotisations fixes et sur les capitaux de couverture des rentes dans un régime à prestations définies, mais ici en ne s'inquiétant que de la quote-part patronale.

Cette jurisprudence conduit à une nouvelle définition de la Sécurité sociale, c'est-à-dire du premier pilier de la Protection sociale, constitué des régimes n'ayant pas la qualification de salaire. Elle implique que l'inventivité dont doivent faire preuve les concepteurs des garanties collectives (2^e pilier), notamment dans la perspective d'en adapter les objectifs au contexte nouveau né des mutations du travail, s'inspire de la volonté de parfaire l'égalité entre les sexes mais aussi de ne réserver les différences liées à l'âge qu'à des impératifs sérieux, dont la politique de l'emploi.

2.3. La Protection sociale confrontée au principe de liberté économique⁽¹⁷⁾

Lorsque, pour gérer un régime de Protection sociale, est désigné un opérateur unique pour toutes les entreprises d'une branche, le droit de la concurrence est susceptible d'être titillé, précisément sur le terrain de la prohibition à la fois des ententes et des positions dominantes. La validité d'une telle désignation a été rendue possible en droit interne par l'article L. 912.1 du Code de la Sécurité sociale dérogeant, en vertu de l'article 10 de l'ordonnance du 1^{er} décembre 1986, aux articles 7 et 8 organisant ces deux prohibitions (codifiées respectivement en L. 420.4, 1 et 2 du Code de commerce).

En droit communautaire, il ressort d'une jurisprudence de la CJUE qu'un accord collectif de prévoyance n'est pas, dans son principe, une entente (prohibée par l'article 101 du Traité de Fonctionnement de l'Union Européenne – TFUE ex-article 81 CE) en raison de sa nature (d'accord entre partenaires sociaux) et de son objet (l'amélioration des conditions de travail). Il ne matérialise pas davantage une position dominante éventuelle abusive, mais à condition que soit poursuivi un objectif de solidarité, ce que concrétise un pot commun sur lequel seront prélevés des droits non contributifs et les moyens de favoriser une politique de prévention.

Dès lors, apparaît une nouvelle définition de ce qui relève de la Sécurité sociale, hors du champ de la libre prestation de services, parce qu'échappant à la qualification d'entreprise.

Ce n'est pas la nature juridique de l'assureur qui est déterminante ici, mais son activité concrétisée par l'acte fondateur du régime. Il est donc logique que la CJUE prenne en compte le degré d'autonomie de l'assureur.

(15) CJCE, arrêt Defrenne du 25 mai 1971 (87-70).

(16) CJCE, 17 mai 1990 (268-88).

(17) Jacques Barthélémy, « Régime professionnel de prévoyance et libre prestation de services », SSL 1^{er} octobre 2012, n° 1553, p. 5 ; F. Akandji-Kombé, « Négociation collective et marché interne », SSL 17 octobre 2010, n° 1463 ; Jacques Barthélémy, « Clause de désignation et droit de la concurrence », Droit Social 2011, p. 853.

S'il n'en a aucune à l'égard de l'État (régimes d'essence légale) ou des partenaires sociaux (signataires de l'acte créant le régime) l'activité de l'assureur échappe à la qualification d'entreprise ; le monopole éventuel échappe alors à toutes critiques. C'est ce qui résulte des célèbres arrêts Pistre et Poucet de 1993. Dans le cas contraire, c'est une entreprise soumise potentiellement à la prohibition des positions dominantes. Encore faudra-t-il, pour que le monopole puisse être utilement contesté que, par le volume de la branche concernée notamment, le marché dans le domaine concerné en soit gravement affecté. Même s'il y a position dominante, elle n'est pas abusive si est poursuivi un objectif de solidarité⁽¹⁸⁾.

La solution prétorienne dégagée par le juge de Luxembourg se traduit concrètement par l'existence de plusieurs régimes de Protection sociale suivant l'autonomie ou pas de l'assureur, suivant la poursuite ou pas d'un objectif de solidarité, suivant le degré de solidarité, un degré élevé justifiant l'obligation d'adhérer à l'institution désignée y compris pour les entreprises ayant mis en place des garanties similaires précédemment. Le nombre de situations différentes s'accroît si on prend en considération que l'acte fondateur des garanties peut concerner une interprofession, une branche, une entreprise. Mais aussi que la solidarité peut toucher la totalité des droits ou seulement ce qui n'est pas provisionné, donc individualisable. C'est sous cet angle que la manière dont le juge communautaire organise la conciliation entre droit de négociation et liberté économique est susceptible d'influencer (aussi) l'évolution du concept de Protection sociale, en s'appuyant ici sur la qualification (ou non) d'entreprise de l'activité de l'assureur dans la mise en œuvre de telle garantie sociale.

Brève considération conclusive

Les multiples visages du concept de Protection sociale permettent d'en faire un matériau de l'évolution du droit social en phase avec les mutations du travail engendrées des TIC. De même le droit du travail récent permet, grâce à l'autonomie plus grande de l'accord collectif à l'égard tant de la loi que du tissu conventionnel d'amont, d'adapter les normes au nouveau contexte issu de ces mutations. La conjugaison des solutions intéressant les avantages directement versés par l'employeur et ceux alloués par des institutions crée les conditions d'une meilleure conciliation entre efficacité économique et protection du travailleur ; ceci d'autant que cet attelage est vecteur d'une plus grande valeur ajoutée en vue de l'approche organisationnelle du droit social.

C'est au vu de ces considérations finales que doit être mis en lumière que si les modes d'organisation véhiculés par la civilisation de l'intelligence ou du savoir entraîneront inévitablement des évolutions du concept de Protection sociale, celle-ci sera fortement influencée par, d'un côté le développement des garanties sociales permettant, notamment grâce à une déclinaison différenciée de l'objectif de solidarité, de valoriser la fonction promotionnelle du droit social, d'un autre côté l'affinage de la distinction entre Sécurité sociale et Protection sociale complémentaire grâce aux définitions fonctionnelles héritées du droit communautaire.

Les conditions seront alors remplies pour la réunification souhaitable des droits du travail et de la Sécurité sociale⁽¹⁹⁾.

(18) CJUE, 21 septembre 1999, Albany et autres (aff. C-67/96) ; CJUE, 21 septembre 2000, De Woude (aff. C-222/98) ; CJUE, 3 mars 2011, AG2R/Beaudout (aff. C-437/09).

(19) Jacques Barthélémy, « Peut-on dissocier le droit du travail et le droit de la Sécurité sociale ? », Droit Social, juillet-août 2007, p. 787.

L'euro-creep ou la gouvernance européenne « en creux » de la Sécurité sociale

Guillaume Filhon

Responsable du pôle pour l'excellence de la Sécurité sociale
AISS Genève

Introduction

« Soyons clair : il ne peut y avoir d'union monétaire sans union économique »⁽¹⁾. Quand le président de la Commission européenne José Manuel Barroso prononce ces mots, il suppose clairement un renforcement de l'intégration non explicité dans les traités. Car l'Union Européenne (UE) ne jouit d'aucune compétence, ni exclusive, ni partagée, dans le domaine des politiques économiques, pas plus que dans celui des politiques sociales : le traité l'invite à les *coordonner*, dans un article bien distinct⁽²⁾ de celui qui, par exemple, fait de la politique monétaire une compétence exclusive de l'UE⁽³⁾.

Mais les prérogatives de l'UE dans le domaine des finances publiques à la faveur du contexte de la crise de la dette souveraine en Europe pourraient affecter en profondeur les politiques sociales des États membres : celles-ci représentent généralement le premier poste budgétaire national. Un paquet (ensemble de directives et de règlements) « Gouvernance économique » a déjà été proposé par la Commission et a été voté par le Parlement européen en juin 2011, fondé sur un système de surveillance économique *en amont*⁽⁴⁾ des budgets nationaux. **Un nouveau cas d'euro-creep semble à l'œuvre.**

Le terme « *d'euro-creep* » concerne tout particulièrement la Sécurité sociale. Il a d'abord été utilisé pour désigner *l'application graduelle des règles économiques du marché intérieur aux politiques nationales de santé*⁽⁵⁾. Il s'agit d'un processus qui voit le droit économique européen se « glisser » (*creep*) dans des champs de la Sécurité sociale en principe marqués par la souveraineté nationale et protégés explicitement par les traités, notamment par un mode de vote particulièrement exigeant, celui de l'unanimité. Sa justification est l'achèvement du marché intérieur – par la suprématie et l'extension accordées aux libertés de circulation des biens, des services, des capitaux et des personnes –, et l'acteur principal du processus est la Cour de Justice de l'Union Européenne (CJUE), qui fait prévaloir les dispositions des traités en vue de l'achèvement des marchés intérieurs sur la singularité des systèmes de sécurités sociaux analysés uniquement comme des systèmes économiques. Plusieurs arrêts sont emblématiques de cette démarche

(1) http://ec.europa.eu/commission_2010-2014/president/news/index_fr.htm

(2) Article 5 TFUE, par. 1.

(3) Article 3 TFUE, par. 1.

(4) Six mois avant la présentation des projets de budget en séance parlementaire.

(5) Nickless J. (1998).

juridique, comme par exemple les décisions *Kohll* et *Decker*⁽⁶⁾, qui appliquent les principes de libre circulation des biens et des services aux régimes de Sécurité sociale ; ce qui permet à des citoyens européens d'aller se faire soigner dans un autre État membre tout en étant remboursés par le système de santé de leur pays de résidence sans autorisation préalable de l'organisme de Sécurité sociale de l'assuré (car cette autorisation est considérée comme un obstacle à la libre circulation des services)⁽⁷⁾. En un mot, l'eupéanisation de la Sécurité sociale passe, à défaut de compétence claire dévolue à l'Union en la matière, par l'interprétation juridique d'articles du traité à *vocation économique*, lesquels ne traitent pas des politiques sociales mais les affectent néanmoins profondément.

Or, avec l'adoption du Pacte de stabilité et de croissance – qui impose des restrictions budgétaires aux États membres –, puis l'adoption du « pacte pour l'euro plus » en mars 2011 par le Conseil européen et le paquet « Gouvernance économique » par la Commission, cette logique est renforcée. Certes, la justification n'est plus l'achèvement du marché intérieur, mais la mise en place du volet économique de l'Union Économique et Monétaire (UEM), afin d'éviter les crises de dettes souveraines et de protéger la stabilité de l'euro. Il est remarquable sur ce point de constater qu'une dépense d'Assurance maladie est comptabilisée comme une charge quand elle relève de la Sécurité sociale, et comme une activité quand elle relève d'une assurance privée dont le solde n'est d'ailleurs pas suivi. Dans la même logique, on reviendra sur l'étonnement que peut susciter le constat que l'endettement privé, à l'origine de la crise des liquidités de 2008, ne fait pas l'objet du même suivi que l'endettement public alors même que la gestion court-termiste de l'épargne retraite collective par des opérateurs financiers en est l'une des causes. L'essentiel semble demeurer : un déplacement *indirect* des orientations de la Sécurité sociale au niveau européen, menée de concert par le juge et le législateur européens.

Dans un contexte de régulation européenne croissante des activités économiques et financières, jusque dans les Services publics de Protection sociale⁽⁸⁾, il importe de se poser la question : **jusqu'où la logique européenne du marché peut-elle être appliquée à la Sécurité sociale?** Les relations qui fondent un système de Protection sociale peuvent-elles être ramenées à des relations purement contractuelles ?

Nous verrons dans un premier temps sous quelles formes d'arguments européens se crée et se légitime l'*euro-creep*, à savoir les libertés du marché intérieur et le besoin de contrôler les dettes souveraines (1). Ensuite, il s'agira de se demander jusqu'où peut aller l'*euro-creep* dans les affaires sociales sur la base des principes économiques du traité – il s'avère dans ce domaine que la notion de « Services d'Intérêt Économique Général » (SIEG) offre une protection limitée du statut spécifique des organismes de Protection sociale (2).

(6) Affaires C-120/95 (*Decker*) et C-158/96 (*Kohll*).

(7) Cette logique a entraîné la nécessité de concilier les règles portées par le règlement de coordination des régimes de Sécurité sociale et celles issues de la jurisprudence par une directive spécifique : voir Filhon, G. et al., « La mobilité des patients dans l'Union européenne : les enjeux de la prise de décision ».

(8) Article 14 TFUE.

1. Deux processus d'euro-creep différents résultant de l'absence de compétence dédiée : de l'argument du marché intérieur à celui de la dette souveraine

1.1. L'euro-creep du « gouvernement des juges » (E. Lambert), ou la défense « téléologique » (D. Boulouis) du marché intérieur par les magistrats de Luxembourg

Pour comprendre comment le phénomène d'euro-creep a été rendu possible, il faut se livrer à un examen rétrospectif de l'Europe sociale. On pourra ainsi mieux comprendre l'orientation déterminante impulsée par la Cour de Justice de l'Union Européenne (CJUE), à partir de bases juridiques qui visaient initialement le domaine économique.

■ DES TRAVAILLEURS AUX CITOYENS EUROPÉENS : L'ARGUMENT DE LA LIBRE CIRCULATION DES PERSONNES

Dès la création de la Communauté Économique Européenne (CEE), il apparaît que les droits économiques et les droits sociaux ne sont pas traités de manière équivalente dans la construction européenne. Les libertés fondamentales de circulation (marchandises, capitaux, travailleurs, services) occupe le sommet hiérarchique des normes européennes, avec pour finalité l'achèvement d'un marché intérieur. C'est ainsi que les libertés de circulation des travailleurs et des services ont servi de fondement principal à l'intervention de la Communauté européenne dans le domaine social. Ces bases juridiques offraient une « porte de derrière pour l'harmonisation des politiques sociales au niveau de la CE »⁽⁹⁾ :

- **l'article 51 du Traité de Rome (TCEE)** induit la totalisation transnationale des droits sociaux et l'accès des travailleurs non nationaux d'un État membre A aux prestations sociales d'un État membre B, par vote à l'unanimité du Conseil des ministres sur proposition de la Commission ;
- **l'article 100 TCEE** prévoit l'harmonisation législative, réglementaire et administrative des États membres dans les domaines qui touchent à l'établissement et au fonctionnement du marché intérieur (domaines qui comprennent tout ce qui pourrait avoir rapport à la circulation des travailleurs ; or les droits sociaux ont une influence déterminante sur les « migrations économiques », liées au travail) ;
- **l'article 235 TCEE** permet à la Commission et au Conseil (vote à l'unanimité) de produire des actes législatifs là où en principe il n'existe pas de compétence explicite prévue par le traité, mais où ces actes permettent de faire progresser le fonctionnement du marché intérieur dans le respect des objectifs des traités. Les régimes de Sécurité sociale ne relèvent certes pas *a priori* de ce domaine mais on verra comment la perspective européenne les fait entrer dans la logique du marché intérieur (notons d'emblée que plusieurs directives sur l'égalité de traitement hommes/femmes se sont servies de l'article 235 comme base juridique, comme la directive 76/207).

En revanche, **le titre sur la politique sociale proprement dite (articles 117-128 TCEE) semblait bien limité**, promouvant des objectifs (« l'amélioration des conditions de vie et de travail de la main-d'œuvre »)⁽¹⁰⁾ et une collaboration dans le domaine de la politique sociale sur un mode essentiellement non contraignant. Les seules dispositions significatives sont l'égalité de rémunération hommes/femmes (article 119), l'équivalence existante des régimes de congés payés (article 120) et la création du Fonds social européen (articles 123-128). Un grand nombre d'aspects de la politique sociale, comme les politiques de santé, n'étaient pas mentionnées. En somme, les États membres marquaient

(9) Falkner, G. (1998), p. 58 : « ... back door for social policy harmonization at the EC level ».

(10) Article 117 TCEE.

Les évolutions de la Protection sociale

bien leurs prérogatives en la matière, signalant leur « *volonté d'inclure quelques dispositions sociales sans pour autant donner à la CEE le pouvoir d'agir* »⁽¹¹⁾.

Dans le projet européen initial, la logique intergouvernementale est donc marquée en matière de Sécurité sociale : la logique suivie vise à produire des décisions au sein de l'UE sur la base de la seule négociation entre les gouvernements des États membres. **La Communauté n'interviendrait en matière sociale que dans la mesure où cette intervention serait nécessaire au fonctionnement du marché intérieur**, essentiellement autour de la réalisation de la libre circulation des travailleurs.

Sur la base de la disposition relative à la coordination de la Sécurité sociale de l'article 51 TCEE, les règlements 1612/68 puis 1408/71 et furent adoptés (dans la continuité de règlements adoptés en la matière dès 1958)⁽¹²⁾ :

- **le règlement 1612/68** garantit les « mêmes avantages fiscaux et sociaux que les travailleurs nationaux »⁽¹³⁾ au travailleur européen migrant, en plus d'un accès égal à la formation professionnelle, au logement et à l'éducation de ses enfants⁽¹⁴⁾ ;
- **le règlement 1408/71** dispose que le travailleur migrant possède les mêmes droits à la Sécurité sociale que les nationaux de l'État d'accueil, et peut bénéficier de l'ensemble des prestations acquises dans la CEE en matière de prestations d'invalidité, de vieillesse et de décès (pensions)⁽¹⁵⁾. Ce principe a été actualisé par le règlement 883/2004, lequel remplace le 1408/71.

De cette manière, la Communauté entendait intervenir de façon limitée dans le domaine social, uniquement pour ce qui concerne la question de la circulation des travailleurs. Les États membres tenaient en effet à garder leurs prérogatives dans le domaine social et à éviter que l'ouverture aux personnes non nationales ait un impact négatif sur leur budget.

Cependant, la CJUE a considérablement étendu la portée des dispositions relatives à la libre circulation des travailleurs. L'*euro-creep* a commencé à se manifester au moyen d'un processus d'intégration négative – selon lequel la jurisprudence de la CJUE étend l'intégration européenne par abolition des obstacles aux libertés économiques. En l'occurrence, l'accès aux prestations de Sécurité sociale fut interprété comme un moyen d'appliquer la libre circulation des travailleurs, notion définie de façon très large comme *celui qui exerce une activité économique pendant un certain temps, sous l'autorité d'une autre personne et moyennant une rémunération*⁽¹⁶⁾. La Cour a interprété les « avantages fiscaux et sociaux » auquel a droit le travailleur migrant comme toute sorte de prestations sociales, *y compris celles qui ne sont pas liées aux contrats de travail*⁽¹⁷⁾.

(11) Falkner, G. (1998), p. 57 : « ... to bear witness of the will to include some social policy provisions yet without empowering the EEC to act ».

(12) Les premiers règlements de coordination ont été adoptés dès 1958 : les règlements 3 et 4 (qui excluaient certaines catégories, comme les travailleurs frontaliers et saisonniers ou les gens de mer). Mais l'on retiendra seulement les règlements 1408/71 et 1612/68 comme textes de référence à la fois pour plus de clarté et parce qu'ils changèrent de manière importante le dispositif.

(13) Règlement 1612/68, art. 7.2 (<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:31968R1612:fr:html>).

(14) Ajoutons que le récent règlement n° 883/2004 sur la coordination des systèmes de Sécurité sociale ne fait essentiellement que reprendre et simplifier les mêmes précédents règlements (toujours selon les principes d'égalité de traitement national/non national et de totalisation des périodes). Toutefois elle prolonge la période de détachement (de 12 à 24 mois), par laquelle un travailleur peut rester assujéti au système de Sécurité sociale de son État d'origine et donc ne pas cotiser pour le système de l'État d'accueil, où il travaille effectivement.

(15) Site Europa, synthèses de la législation de l'UE (http://europa.eu/legislation_summaries/employment_and_social_policy/social_protection/c10516_fr.htm).

(16) Arrêt de la Cour du 3 juillet 1986, Deborah Lawrie-Blum contre Land Baden-Württemberg, Affaire 66/85.

(17) « Les avantages fiscaux et sociaux que ce règlement étend aux travailleurs ressortissants d'autres États membres sont tous ceux qui, liés ou non à un contrat d'emploi, sont généralement reconnus aux travailleurs nationaux, en raison de leur qualité objective de travailleurs ou du simple fait de leur résidence sur le territoire national » (Arrêt de la Cour (première chambre) du 31 mai 1979, Affaire 207/78).

La création du statut de citoyen européen par le Traité de Maastricht (1992) a donné encore plus d'ampleur aux décisions de la Cour, en transférant le droit de libre circulation des travailleurs à la catégorie plus large des citoyens européens⁽¹⁸⁾. La CJUE l'a combiné dans sa jurisprudence à la disposition de non-discrimination⁽¹⁹⁾ pour lier prestations sociales et libre circulation. Le raisonnement juridique est sensiblement le même : retirer le bénéfice de certains droits reconnus aux nationaux d'un État membre aux migrants d'autres États membres porterait atteinte à l'usage du droit de libre circulation – puisqu'un niveau moins élevé de Protection sociale agirait comme un facteur inhibant les migrations trans-nationales. C'est ainsi que des arrêts connus de la Cour ont conduit par exemple à reconnaître le droit d'une Espagnole à bénéficier d'une allocation éducation en Allemagne, qui lui avait initialement été refusé par l'État de Bavière au motif qu'elle ne disposait pas de carte de séjour et n'était pas ressortissante allemande⁽²⁰⁾ ; dans la même logique, la Cour a été amenée à défendre le droit d'un étudiant européen étranger à une allocation étudiante dans l'État d'accueil, quand bien même ce revenu visait des étudiants et non pas les travailleurs du règlement 1612/68⁽²¹⁾.

La voie ouverte par le juge a été abondamment exploitée par le législateur européen. Celui-ci a procédé à plusieurs amendements des règlements 1408/71 et 1612/68 dans le sens d'une extension de l'accès aux prestations sociales. Il a produit un grand nombre d'actes législatifs dans la même logique – directive 90/366 sur le droit de résidence des étudiants, directive 2004/38 sur le droit de circulation et de résidence des citoyens européens, règlement 2004/883 sur la coordination des systèmes de Sécurité sociale, qui consolide une grande partie de la législation attachée aux droits sociaux des travailleurs migrants, allant jusqu'à prévoir l'indemnisation chômage d'un travailleur européen non-national en recherche d'emploi par l'État membre d'accueil⁽²²⁾.

La Commission européenne a joué un rôle déterminant, en allant parfois dans ses propositions un peu plus loin que la CJUE ne le suggérait. Il s'agissait pour elle de pousser le Parlement et le Conseil à étendre au maximum l'accès de la Sécurité sociale aux non nationaux membres de l'UE. On remarque bien cette tendance avec l'exemple de la Proposition de modernisation du règlement 1408/71, faite en 1998. Plutôt que limiter le champ d'application du règlement aux travailleurs et aux membres de leur famille (voire les réfugiés), la Commission souhaitait l'ouvrir à toutes les « personnes » couvertes par un système de Sécurité sociale dans au moins un État membre. En outre, la nouvelle version de la Commission proposait d'élargir les prestations concernées aux prestations de préretraite, ce qui n'était pas le cas jusqu'ici. Enfin, le droit à allocation chômage pour un travailleur non national en recherche d'emploi aurait été étendu à 6 mois au lieu de 3.

Dans une première phase, la production juridique de la CJUE s'est donc combiné au soutien de la Commission pour affecter les systèmes de Protection sociale nationaux bien plus profondément que ne l'avaient prévu les auteurs du Traité de Rome dans le sens d'une plus grande protection des individus. Mais le social ne formait pas le fondement juridique en tant que tel. C'est l'activité économique, le statut de travailleur, bref la considération des migrants européens non nationaux *en tant que facteurs de production* qui a justifié la coordination des États-providence et l'égalité d'accès nationaux/non nationaux aux services de Protection sociale. La compétence des États membres pour incarner la solidarité et organiser ces services ne fut pas mise en question. Cette forme d'*euro-creep* prend la forme de ce que certains chercheurs ont nommé *le modèle d'assimilation supranationale*⁽²³⁾. Ce modèle d'assimilation par le biais économique n'est pas systématiquement favorable à la protection du travailleur, puisque la mise en œuvre de l'exception à la règle du *lex loci laboris* (« la Sécurité sociale appliquée est celle du lieu de travail ») au moyen notamment du détachement européen a provoqué de nombreux abus ; cette technique, qui consiste à autoriser le missionnement de travailleurs pendant deux ans dans un autre État membre sans les faire changer de système de Sécurité sociale, a en effet entraîné une logique de dumping social systématique par le biais du recours massif – à l'Ouest – à des sous-traitants en provenance d'Europe de l'Est, notamment dans les secteurs du bâtiment ou des transports⁽²⁴⁾.

(18) Selon l'article 18, par 1 du Traité de l'Union européenne, « tout citoyen de l'Union a le droit de circuler et de séjourner librement sur le territoire des États membres, sous réserve de limitations et de conditions prévues dans le traité et dans les textes qui l'appliquent ».

(19) Article 12 TUE.

(20) Arrêt de la Cour du 12 mai 1998, María Martínez Sala contre Freistaat Bayern, Affaire C-85/96.

(21) Arrêt de la Cour du 20 septembre 2001, Rudy Grzelczyk contre Centre public d'aide sociale d'Ottignies-Louvain-la-Neuve, Affaire C-184/99.

(22) http://europa.eu/legislation_summaries/internal_market/living_and_working_in_the_internal_market/c10521_fr.htm

(23) Dougan, M. et Spaventa, E. (2005).

(24) Sur le sujet, voir Filhon (2012).

■ EXTENSION DE L'INTERVENTION DE L'UNION EUROPÉENNE PAR « DÉBORDEMENT » DE LA LIBRE CIRCULATION DES SERVICES

L'intrusion du droit communautaire dans la régulation des systèmes de Protection sociale nationaux fut reconnue et consacrée avec le Traité de Maastricht (1992). Un titre sur la Santé publique fit ainsi son entrée dans le droit européen. Cependant, il n'y eut aucun nouveau pouvoir de législation attribuée à l'Union dans les domaines qui touchaient à la Protection sociale ; la Commission ne se voit confier que des tâches de « coordination » et de consultation en la matière. **Les États membres semblent avoir par la suite dessiné des bornes juridiques claires pour endiguer le phénomène d' *euro-creep* qui s'était propagé auparavant.** Les Traités d'Amsterdam (1997) et de Nice (2001) ont confirmé cette volonté de limiter les pouvoirs de l'Union dans les domaines de la santé et de la Sécurité sociale. Le Traité d'Amsterdam introduit un nouvel article sur les « services d'intérêt économique général », qui dispose que « *la Communauté et ses États membres, chacun dans les limites de leurs compétences respectives et dans les limites du champ d'application du présent traité, veillent à ce que ces services fonctionnent sur la base de principes et dans des conditions qui leur permettent d'accomplir leurs missions* ». La question de la portée de cet article demeure aujourd'hui, comme nous le verrons plus loin – la CJUE dans ses arrêts n'en a jamais fait une base déterminante.

Mais l'Union ne dissimulait pas pour autant ses ambitions en matière sociale. Maastricht voit l'inscription de finalités sociales dans la liste d'objectifs du droit primaire – « *un niveau d'emploi et de Protection sociale élevé* » (article 2), « *une politique dans le domaine social* » (article 3).

De fait, la CJUE poursuit sa logique d' *euro-creep*, mais cette fois au moyen du principe de la libre circulation des services et de l'argument du marché intérieur. Dans ses arrêts *Kohll* et *Decker* de 1998, la Cour qualifie pour la première fois les Services de santé publics comme des services économiques qui entrent dans le champ de la libre circulation des services⁽²⁵⁾. Ce raisonnement permet de fonder le droit de tous les citoyens européens, en tant que bénéficiaires de services lors d'une visite temporaire, d'avoir accès au système de santé ambulatoire (de ville) d'un autre État membre tout en étant remboursés par le système de Sécurité sociale de leur État d'origine *sans autorisation préalable de l'organisme de l'assuré* prévu par le règlement de coordination des systèmes de Sécurité sociale. Pour le juge européen en effet, pareille autorisation revient à une « entrave » soit à la liberté de circulation des marchandises (*Decker*, concernant le remboursement d'une paire de lunettes), soit à la libre circulation des services (*Kohll*, concernant le remboursement de soins dentaires). La Cour a donc considérablement augmenté l'exportation des prestations sociales par rapport au règlement 1408/71, cette fois-ci non seulement dans une logique d'extension du droit des personnes, mais aussi et surtout dans une logique de marchandisation de la Sécurité sociale, perçue comme une activité économique comparable aux autres.

En effet, le règlement 1408/71 prévoyait que les soins transfrontaliers fournis aux citoyens européens devaient se soumettre à des conditions très précises : urgence du traitement, autorisation préalable de l'institution de Sécurité sociale à laquelle était affilié le patient, non disponibilité d'un traitement adéquat sur place, etc. La Cour, de manière audacieuse, a considéré que ces conditions ne régissent pas de façon exhaustive l'accès aux soins transfrontaliers et qu'il fallait considérer un droit séparé des patients à bénéficier de ces soins sans autorisation préalable, sur la base de la liberté de circulation des services.

L'opinion de l'avocat général Tesouro dans l'arrêt *Decker* théorise ce qui se présente comme une innovation radicale : « [...] *la jurisprudence constante de la Cour selon laquelle "le droit communautaire ne porte pas atteinte à la compétence des États membres pour aménager leurs systèmes de Sécurité*

(25) Selon laquelle « les restrictions à la libre prestation des services à l'intérieur de l'Union sont interdites à l'égard des ressortissants des États membres établis dans un État membre autre que celui du destinataire de la prestation » (art. 56 TFUE).

sociale" **n'implique pas du tout que le secteur de la Sécurité sociale constitue un îlot imperméable à l'influence du droit communautaire** et que, par voie de conséquence, toutes les réglementations nationales y afférentes se situent en dehors du champ d'application de ce droit » (point 17 des conclusions sur l'affaire Decker).

L'arrêt Watts de 2006 a consacré la grandissante pénétration du droit européen dans la réforme des systèmes de Protection sociale nationaux (notamment pour ce qui concerne les prestations hospitalières), pénétration ne reposant sur aucune base juridique concernant la Protection sociale proprement dite. Certains États membres avaient avancé que les systèmes de santé reposant sur un financement public intégré ne devaient pas être régis par le principe de libre circulation des services. La Cour a affirmé que c'était le cas. Par ailleurs, des États membres ont pointé du doigt la disposition de la directive, qui impose de « **respecter pleinement [...] les responsabilités des États membres en matière d'organisation et de prestation de services de santé et de soins médicaux** » ; elle serait contradictoire avec l'imposition d'obligations contraignant les systèmes de santé nationaux par le droit communautaire. Mais **la Cour a estimé que cette disposition n'excluait pas la possibilité d'imposer aux États membres des adaptations de leurs régimes nationaux de Sécurité sociale, et ce au titre d'autres dispositions du traité**, comme l'article relatif à la libre circulation des services, ou autres⁽²⁶⁾.

La Commission a dans ce contexte formulé une proposition de directive sur les soins transfrontaliers adoptée récemment (le 9 mars 2011) qui reprend les principes du raisonnement de la Cour pour les prestations hospitalières. La base juridique retenue est l'article 114 TFUE relatif au marché intérieur, « *puisque la majeure partie des dispositions de la présente directive vise à améliorer le fonctionnement du marché intérieur et la libre circulation des marchandises, des personnes et des services* »⁽²⁷⁾. Dans sa proposition, la Commission adoptait déjà le point de vue selon lequel les services de santé doivent être considérés comme des services économiques ordinaires, la directive devant « *permettre, en pratique, une application plus générale et efficace des droits découlant du marché intérieur* »⁽²⁸⁾.

Pour conclure : la jurisprudence de la Cour en association avec le législateur européen a franchi une étape supérieure d'*euro-creep* en se référant à l'article 56 TFUE. **La coordination des régimes de Protection sociale, relevant du *soft law* dans la lettre des traités, est contrainte par *spill-over* (« débordement ») du *hard law* qui s'attache à la libre circulation des services**⁽²⁹⁾. Tout citoyen européen (pas seulement les citoyens actifs) est donc en principe autorisé à bénéficier des systèmes nationaux de Sécurité sociale⁽³⁰⁾, ce qui pousse ceux-ci à se réformer pour devenir « euro-compatibles ».

1.2. Le contrôle des finances publiques comme prolongement de la politique monétaire européenne

Un autre cas d'euro-creep semble s'être déclenché durant les années 1990, celui des finances publiques. Ce dernier n'exige pas directement de réformes juridiques, mais contraint les ressources budgétaires des États membres. Or **les dépenses sociales représentent le premier poste budgétaire des États membres de l'UE** (avec 27,10 % du PIB en moyenne dans l'UE-27 de 2005 selon Eurostat). La France, en tant que pays très redistributif dont l'important système de Sécurité sociale (29 % du PIB en 2007)⁽³¹⁾ relève de la comptabilité publique, est tout particulièrement concernée.

(26) Par exemple, voir l'article 22 du règlement CE, n° 1408/71.

(27) Directive 2011/24/UE du Parlement européen et du Conseil du 9 mars 2011 relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers, (2). <http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=celex.32011L0024.fr.not>

(28) http://ec.europa.eu/health/ph_overview/co_operation/healthcare/docs/com_fr.pdf

(29) Sur l'exemple du débat relatif à l'articulation coordination/libre circulation dans le domaine des soins de santé, voir le récapitulatif dans Filhon et al., « Mobilité des patients et coordination européenne ».

(30) Certes, sous certaines conditions définies dans la directive 38/2004 (minimum de 5 ans de résidence dans l'État d'accueil, moyens de se couvrir avec une Assurance maladie et de ne pas être un fardeau pour le système d'assistance sociale de l'État d'accueil). Mais la Cour a tendance à juger ces restrictions disproportionnées dans sa jurisprudence (voir par exemple C-138-2, Collins).

(31) Source : SESI, DREES, OCDE.

■ LES CONTRAINTES DE L'UNION ÉCONOMIQUE ET MONÉTAIRE (UEM)

Revenons sur l'encadrement des finances publiques au niveau européen. L'Union Économique et Monétaire (UEM) a imposé des contraintes fortes sur les budgets nationaux. Instaurée par le Traité de Maastricht, elle repose sur deux volets :

- la création d'une monnaie commune, l'euro ;
- la coordination des politiques budgétaires des États membres.

Ces deux volets sont étroitement liés, car les déficits budgétaires donnent lieu à des emprunts dans la monnaie commune à la Banque centrale européenne. L'endettement de chaque État est facilité, mais les conséquences sont théoriquement mutualisées à l'échelle européenne – plus il y a d'emprunts, plus leur taux d'intérêts augmente. Ainsi, une augmentation excessive des déficits budgétaires peut entraîner une montée des taux à long terme et du coût des emprunts en euros (rendant les emprunts des États plus chers), ce qui est défavorable à la croissance de la zone.

Une surveillance mutuelle des politiques budgétaires a donc débuté dès 1991. La Commission et le Conseil des ministres des Finances examinent régulièrement des indicateurs conjoncturels (inflation, déficits, balance des paiements courants) en vue de réaliser une convergence inscrite dans le traité sur le fonctionnement de l'Union européenne :

- **article 2 TFUE** (« Les États membres coordonnent leurs politiques économiques et de l'emploi selon les modalités prévues par le présent traité ») ;
- **article 121 TFUE** (« Les États membres considèrent leurs politiques économiques comme une question d'intérêt commun et les coordonnent au sein du Conseil ») ;
- **article 126 TFUE** (« Les États membres évitent les déficits publics excessifs »).

Pour contrôler les déficits excessifs, les États membres ont donc mis en place en 1997 un Pacte de Stabilité et de Croissance (PSC), qui constitue un ensemble d'engagements sur le contrôle des déficits publics. Le mécanisme prévoit des sanctions pour les États qui produisent des déficits excessifs – les seuils chiffrés (discutables)⁽³²⁾ qui sont retenus sont un déficit public supérieur à 3 % du PIB et une dette publique supérieure à 60 % du PIB. En cas de non-respect du pacte, le Conseil des ministres peut adopter une amende allant jusqu'à 0,2 % du PIB sur recommandation de la Commission – sauf dans le cas d'une récession sévère.

En outre, depuis la troisième phase de l'UEM, un dialogue obligatoire sur les politiques économiques et budgétaires est mis en place : celui des Grandes orientations des politiques économiques, organisé par le Conseil. Le Conseil, sur proposition de la Commission et après avis du Comité économique et social européen, propose un « paquet » qui trace des lignes directrices sur les politiques économiques des États membres (comme par exemple, les objectifs d'économie de la connaissance fixés par Lisbonne). On y expose des scénarios de croissance des recettes et des dépenses budgétaires. C'est ainsi que la France, conformément à l'article 50 de la Loi Organique relative aux Lois de Finances (LOLF), expose sa stratégie financière au Conseil et la justifie. Ainsi, fin 2002 un plan français a fixé que les dépenses de l'État ne devraient plus évoluer au-dessus de 0,3 % en volume par an, ainsi qu'une limitation des hausses de dépenses maladie à 2,5 % et une réduction du déficit des Administrations Publiques Françaises (APU), qui comprennent les administrations de Sécurité sociale.

(32) L'ancien président de la Commission européenne Romano Prodi (1999-2004) qualifiait le PSC de « stupide ». En effet, les seuils qu'il définit peuvent paraître arbitraires. En réalité, ils sont issus d'un raisonnement spécifique. Le critère comptable de stabilisation de la dette publique est le suivant : déficit public \leq (taux d'inflation + taux de croissance) x (ratio dette/PIB de l'année précédente). Donc si l'on postule une inflation de 2 % (objectif de la BCE) et une croissance de 3 % (croissance visée au moment du Traité d'Amsterdam), le niveau de déficit permettant de stabiliser la part de la dette dans le PIB à 60 % (seuil estimé comme initiant le risque d'insolvabilité pour les finances publiques) est 3 %.

Ce que cela signifie en pratique pour la Sécurité sociale : la contrainte à la baisse de ses dépenses.

Les acteurs des politiques économiques européennes multiplient les rapports où ils soulignent avant tout l'insoutenabilité des finances publiques et la réforme des régimes sociaux qui s'ensuivrait, au motif des difficultés démographiques et des risques d'explosion des dépenses de santé et de retraite – avec une incitation forte au déport de cette charge sur les systèmes privés, pour ceux qui peuvent se les payer... Il est à noter que, pour « aider » les nouveaux États membres, les dépenses publiques visant à la mise en place d'un régime par capitalisation obligatoire ont été exclues du suivi pourtant rigoureux des ratios relatifs à la dette et aux déficits des États membres, tandis que l'explosion des dettes privées nationales, conséquence de l'effet de levier utilisé par les investisseurs institutionnels dépositaires des épargnes retraites et maladie, n'avait jusqu'à présent fait l'objet d'aucun suivi public...

■ LE DÉPLACEMENT AU NIVEAU EUROPÉEN DES ORIENTATIONS BUDGÉTAIRES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Un bon exemple de cette orientation est donné par la lecture du *Rapport conjoint sur la Protection sociale et l'inclusion sociale 2010* ⁽³³⁾ du Conseil ECOFIN (qui regroupe les ministres des Finances des États membres). Certes, on y décrit tout de même le rôle positif des États-providence comme « *stabilisateurs automatiques* » (mécanismes économiques ayant un effet contra-cyclique), mais l'on ambitionne l'amélioration de l'« *efficacité* » de la Protection sociale et de l'inclusion sociale, soulignée sur fond de « *vieillesse démographique* ». On relève le problème de l'assistance sociale de long terme, suggère l'application de politiques d'incitation au travail de type *workfare*, et indique que le sens de l'évolution des régimes de pension doit se faire vers des fonds de pension privés, afin de garantir des systèmes « *soutenables* » et ce en dépit du constat universellement partagé de leur exposition, voire de leur participation, à la volatilité financière, révélée par la crise.

La position de la Commission est encore plus « marchande » concernant les dépenses publiques. On peut lire sur le site de la DG Affaires économiques et financières :

*« En influant sur les décisions des ménages et des entreprises en matière de travail, d'épargne et d'investissement, les régimes de prélèvements obligatoires et de prestations sociales ont des répercussions sur le fonctionnement de l'économie réelle. Les systèmes de Protection sociale jouent un rôle important dans la correction des imperfections du marché et le maintien de la cohésion sociale, **et, ce faisant, contribuent à la croissance et à l'emploi. Une Protection sociale efficace peut être considérée comme un facteur « productif ».** Cependant, il est indispensable de veiller à ce que les régimes de prélèvements obligatoires et de prestations sociales soient favorables à la hausse des taux de participation et d'emploi. »*⁽³⁴⁾

Tant du côté du Conseil que de la Commission, il est donc suggéré que les réformes structurelles exigées par la réduction des dépenses publiques doivent se faire par une part croissante de privatisation des systèmes de Protection sociale (principalement retraites et santé) pour les déciles les plus aisés de la population, si cela est favorable au bon fonctionnement du marché et à l'assainissement de la situation financière des États membres. Les dépenses sociales sont avant tout perçues comme des charges à gérer dans le bilan d'États-entreprises.

Le contexte de la crise financière privée a poussé à encore plus d'austérité budgétaire publique (les dépenses sociales augmentant mécaniquement sous l'effet du chômage tandis que les recettes de l'État diminuaient). Il se profile actuellement un double mouvement visant à consolider le contrôle des finances publiques au niveau européen :

- **le pacte pour l'euro plus**, engagement politique du Conseil européen dont les conclusions furent signées le 25 mars 2011 ⁽³⁵⁾ ;
- **le paquet « gouvernance économique »** (« Six packs » et « two packs »), ensemble de propositions de la Commission pour renforcer la coordination des politiques économiques au niveau de l'UE.

⁽³³⁾ <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=757&langId=en>

⁽³⁴⁾ http://ec.europa.eu/economy_finance/eu/public_finances/index_fr.htm

⁽³⁵⁾ http://www.consilium.europa.eu/uedocs/cms_data/docs/pressdata/fr/ec/120305.pdf

Les évolutions de la Protection sociale

L'un des quatre grands objectifs du pacte pour l'euro plus consiste à « améliorer la viabilité des finances publiques »⁽³⁶⁾. Pour ce faire, une attention particulière est portée à la viabilité des retraites, des soins de santé et des prestations sociales. Une série de mesures est conseillée :

- « adapter le système de retraite à la situation démographique nationale », au moyen de report de l'âge réel de la retraite en fonction de l'espérance de vie ou en accroissant le taux d'activité ;
- limiter les régimes de préretraite, prendre des mesures incitatives pour l'emploi des travailleurs âgés (notamment les travailleurs de plus de 55 ans) ;
- traduire dans la législation nationale les règles budgétaires du Pacte de stabilité et de croissance, garantissant la discipline budgétaire – à travers par exemple une « règle d'or » limitant le déficit budgétaire inscrite dans la Constitution (instaurée en Allemagne, acceptée en Espagne, en Italie) ou dans une législation cadre (comme en France qui lui a donné une valeur supra-légale en ratifiant le traité sur la stabilité, la coordination, et la gouvernance en Europe). La Commission pourra donner son avis sur la conformité d'une pareille règle avec les normes européennes.

Le paquet « gouvernance économique » (« 6 pack » et « 2 pack ») de la Commission renforce un peu plus la contrainte européenne dans la gestion budgétaire nationale.

- **Les évaluations des projets budgétaires par la Commission seront resserrées** (auparavant, une programmation triennale adoptée par les Commissions des finances de l'Assemblée et du Sénat était envoyée régulièrement à la Commission). Les plans de croissance et d'emploi sont désormais associés à une batterie d'indicateurs macroéconomiques (compétitivité, balance commerciale, etc.) ; l'examen des projets annuels de budget par la Commission a lieu 6 mois avant leur proposition devant les Parlements nationaux. Une telle évolution suscite une controverse de nature fondamentale : **la rigueur budgétaire sous contrôle de la Commission peut-elle légitimement jouer sur la liberté de manœuvre de la représentation démocratique ?**
- **Le volet « sanction » du Pacte de stabilité et de croissance est renforcé.** Elles seront plus rapides : un dépôt porteur d'intérêt de 0,1 % du PIB sera imposé dès que le Conseil identifiera un État membre qui n'aura pas pris les mesures correctrices nécessaires (il n'y aura plus de phase de « prévention », qui consiste actuellement dans une série de deux recommandations par la Commission). En cas d'absence de corrections, le dépôt sera conservé par les institutions et l'intérêt passera de 0,1 à 0,3 %. Enfin, le Parlement européen et la Commission se sont alliés pour que les amendes ne soient pas infligées sur décision à la majorité qualifiée par le Conseil, mais sur le mode de la « majorité qualifiée inversée » : autrement dit, l'effectivité de la sanction sur recommandation de la Commission serait déclenché de façon automatique sauf opposition d'une majorité qualifiée au Conseil. Le mécanisme aurait ainsi été beaucoup plus menaçant et aurait fait de l'interdiction de déficit budgétaire (auxquels sont confrontés les systèmes de Protection sociale depuis des décennies) une règle quasiment non négociable : Au final, il a été admis que cette majorité qualifiée inversée devra d'abord être autorisée... à la majorité qualifiée (article 7 du TSCG).

Remarquons une fois encore que cet *euro-creep* du contrôle de stabilité financière oblitère la question des dépenses et des dettes *privées*, notamment celles constituées par les investisseurs institutionnels dépositaires de l'épargne de prévoyance. Or la crise n'a pas été initiée par le problème de la dette publique, mais par celui de la dette privée. Elle prend son origine dans le krach des prêts immobiliers à risque américains appelés les *subprimes*, qui reposaient sur l'endettement à des taux élevés de ménage

(36) Les autres objectifs : favoriser la compétitivité; favoriser l'emploi; renforcer la stabilité financière. Le pacte pour l'euro plus engage l'ensemble des 27 sauf la Hongrie, la République tchèque, la Suède et le Royaume-Uni.

de condition modeste. Cet événement s'inscrit dans le contexte plus large d'un endettement privé traditionnellement élevé aux États-Unis, mais aussi d'un recours massif à l'effet levier de la dette chez les investisseurs institutionnels des économies financières contemporaines, dont les fonds de pension que le récent Livre blanc sur les retraites ou le récent rapport « soutenabilité » présente pourtant comme une solution au vieillissement démographique⁽³⁷⁾.

La crise financière a en effet été amplifiée, toujours à travers le secteur privé, par le surendettement des entreprises à travers des montages financiers qu'on nomme *Leveraged Buy Out* (LBO). Ils consistent à acheter une société avec un minimum de fonds propres et un maximum d'endettement (en somme, l'achat est financé essentiellement par un emprunt), en principe remboursé grâce aux dividendes versés par la société achetée. Ce système, qui permet de gros retours sur investissement en capital propre à court terme, entraîne une contrainte de trésorerie pour l'entreprise achetée, surtout lorsque comme souvent elle fait l'objet de LBO successives. Il présente en outre un risque élevé d'instabilité en cas de retournement de la conjoncture économique, comme c'est le cas depuis 4 ans : risque de faillite pour la société qui détient l'entreprise si celle-ci ne peut payer les dettes qui lui ont été transférées (car les revenus de l'entreprise diminuent), risque de déstabilisation pour les banques en cas d'insolvabilité ou de renégociation des dettes par les sociétés clientes. La crise financière a révélé ces faiblesses : les fonds d'investissement ont dû renégocier leur dette avec leurs créanciers (surtout des banques, déjà en difficulté), et les faillites se sont multipliées. Il faut prendre en compte l'absorption de liquidités produit : en France, fin 2008 les dettes accumulées par les LBO représentaient environ 60 milliards d'euros dans le bilan des banques. On estime que la moitié de ce montant n'a pu être remboursé. D'après un récent rapport du cabinet britannique spécialisé Linklater⁽³⁸⁾, c'est près de 300 milliards d'euros que les entreprises britanniques, françaises et allemandes devront rembourser dans les 4 prochaines années. Un chiffre à rapprocher de la dette cumulée de la Sécurité sociale française, établit à 140 milliards d'euros, payables, eux, en dix ans⁽³⁹⁾...

L'ampleur du risque de perturbation financière est renforcée à un autre niveau par les LBOs : les entreprises qui y recourent en nombre croissant le font dans un contexte économique dégradé, ce qui souvent les placent dans une situation qui combine une rentabilité faible à une dette importante. En conséquence, les *credit default swaps*, sorte de contrats d'assurance sur les dettes se sont envolés de plus en plus ces dernières années. Or le volume important qu'ont pris ces assurances (plusieurs centaines de milliards) était déjà un des facteurs de la crise financière systémique américaine en 2008 : le géant AIG s'était retrouvé dans l'incapacité de verser les indemnités d'assurance au moment où une série de défauts s'enclenchait. Les excès d'endettement privés, que ce soit à travers les subprimes, les LBOs, ou d'autres formes, sont donc les mécanismes fondamentaux de la crise financière actuelle. Or ils menacent, justement, l'épargne de prévoyance... Et sont moins surveillés que les déficits sociaux publics.

On peut donc se demander pourquoi la législation européenne insiste tant sur le contrôle des dettes publiques et si peu sur celui des dettes privées. C'est tout simplement en raison du caractère limité des compétences de l'Union, à qui des attributions particulières en matière de suivi des déséquilibres publics ont été confiées. On remarque cependant que, pour la première fois l'UE va intégrer le calcul de l'endettement privé dans son évaluation macroéconomique des États membres, via le paquet « gouvernance économique ».

(37) ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=7341&langId=fr et http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/european_economy/2012/pdf/ee-2012-8_en.pdf

(38) http://issuu.com/linklaters/docs/5368_lin_wall_of_debt_final_spreads?mode=window&viewMode=singlePage

(39) Sur le mauvais usage de l'effet levier de l'endettement pour maximiser les retours sur investissements de court terme, voire par exemple Linklater Limited Partnership (2011).

2. La marchandisation des services sociaux : le second volet de l'euro-creep ?

2.1. Le statut incertain des services sociaux face au droit de la concurrence

On l'a vu, le phénomène d'*euro-creeps* s'appuie sur la vulnérabilité des finances publiques au droit européen de la concurrence. Compétence exclusive de l'UE, il repose sur un petit nombre de règles (articles 101-109 TFUE) qui visent à mettre en application une vision économique qui défend la mise en concurrence un grand nombre d'entreprises sur tout type de marché et la lutte contre les monopoles et les aides d'État. Or le droit de la concurrence est très peu formaliste, puisqu'il affecte toute entreprise (sauf dérogation spécifique) et qu'une entreprise est définie par la jurisprudence comme une entité qui exerce une activité économique, lucrative ou non, et quelque soit son statut, public ou privé... On voit dès lors combien il est possible d'étendre la notion de marché à des domaines qui, en France, n'en relèvent pas.

Comment, dans ce contexte, sont prises en compte les institutions de Sécurité sociale, ainsi que les associations d'aide à la personne qu'elles financent, particulièrement dans le cas français ?

■ LA PROTECTION SOCIALE DE BASE SEMBLE ÊTRE PLACÉE À L'ÉCART DES RÈGLES DE LA CONCURRENCE PAR LA JURISPRUDENCE EUROPÉENNE

Ce qui pourrait contribuer à faire tomber certaines des activités des institutions de Sécurité sociale dans le champ de l'application du droit de la concurrence réside dans le statut de « Services d'Intérêt Économique Général » (SIEG). Mentionné aux articles 14 et 106 TFUE, ce terme ne reprend pas la notion française de « Service public »⁽⁴⁰⁾ et insiste sur l'économique comme définissant une catégorie à part dans l'ensemble plus large des Services d'Intérêts Généraux (SIG). (La formule « Service public », elle, est réservée aux transports (article 93 TFUE)).

C'est sur les SIEG que l'UE concentre son attention. La catégorie la plus large des SIG, qui sont les services « que les autorités publiques considèrent comme étant d'intérêt général et soumettent à des obligations de Service public »⁽⁴¹⁾ n'est pas même mentionnée par le traité : elle ne peut donc pas servir à une base juridique dans le cadre d'un jugement de la Cour. Ainsi, deux types de SIG ont été définis de façon empirique :

- **Les Services d'Intérêt Économique Général (SIEG)**, qui concernent des services économiques, fournis et organisés selon les règles du marché intérieur et soumis aux règles de la concurrence. La Commission donne pour exemple les secteurs des télécommunications, de l'électricité et du gaz.
- **Les Services Non Économiques d'Intérêt Général (SNEIG)** sont les services qui n'appartiennent pas à un marché et sont considérés comme des prérogatives étatiques traditionnelles (comme la police, la justice ou la Sécurité sociale de base). Ils ne sont pas soumis au droit de la concurrence en cette qualité.

(40) Caractérisé comme l'ensemble des activités, exercé par ou pour le compte de la puissance publique, dans le but de satisfaire une demande sociale considérée comme devant être disponible pour tous (Chevallier Jacques, Le service public, PUF, « Que sais-je ? », 2010).

(41) Commission européenne (2004).

Or la Commission et la CJUE restent floues sur l'appartenance de certains services sociaux (certains acteurs de la protection sociale, hébergement des personnes fragiles, aide aux personnes, logement social) à une catégorie particulière... Un bureau public de placement pour l'emploi peut ainsi et à titre d'exemple tomber sous le coup du droit de la concurrence⁽⁴²⁾. Dans sa communication « Les services d'intérêt général, y compris les services sociaux d'intérêt général : un nouvel engagement européen » (2007), la Commission explique clairement qu'**il n'existe aucune distinction a priori entre services économiques et services non économiques d'intérêt général : une réponse à cette question doit procéder d'une analyse au cas par cas.**

L'article 106 TFUE décide de leur dérogation ou non du droit de la concurrence. Ils n'en sont pas exclus *a priori* du fait de leur statut d'entreprises publiques ou exerçant leur mission au nom de l'État⁽⁴³⁾, mais d'un point de vue *fonctionnel* : « dans les limites où l'application de ces règles ne fait pas échec à l'accomplissement en droit ou en fait de la mission particulière qui leur a été impartie ». En somme, si les qualités propres aux services de Protection sociale (solidarité, égalité d'accès, haut niveau de qualité par exemple) devaient être affectées par les mécanismes du marché, alors ces services échapperaient au droit de la concurrence.

Il faut donc tempérer la thèse selon laquelle l'UE donne lieu à une « privatisation des États-providence » (Alain Supiot)⁽⁴⁴⁾. Comme l'explique le juriste Rémi Pellet, la jurisprudence européenne a permis de protéger tout un ensemble de régimes relevant de la Protection sociale contre la tendance marchande de l'*euro-creep*⁽⁴⁵⁾.

En effet, la Cour a jugé de manière constante depuis l'arrêt du 17 février 1993 *Poucet et Pistre* qu'il relève de la législation de chaque État membre de déterminer le droit ou l'obligation de s'affilier à un régime de Sécurité sociale ainsi que les conditions qui donnent droit à des prestations. Ce qui constitue une limite aux règles de la coordination européennes des législations nationales de protection sociale, qui se retraignent à rendre « euro-compatibles » ces législations pour chaque cas transfrontalier (détachement temporaire, travail frontalier...).

Un autre paramètre de taille : **la CJUE a répété plusieurs fois que les organismes de Sécurité sociale ne sont pas des « entreprises » au sens du droit de la concurrence⁽⁴⁶⁾.** Les règles de la concurrence ne couvrent donc pas les institutions de Sécurité sociale (comme les Caisses nationales d'assurance sociale) *dès lors que celles-ci remplissent une mission exclusivement sociale, fondée sur le principe de solidarité et sans but lucratif.*

Par conséquent, la CJUE a jugé conforme au droit européen l'obligation de cotisation aux régimes des travailleurs indépendants d'Assurance maladie et d'Assurance vieillesse des non salariés. Par ailleurs, suivant l'arrêt *CISAL* du 22 janvier 2002, la Cour a validé dans *Kattner Stahlbau GmbH/Maschinebenbau* le régime légal allemand contre les accidents du travail et les maladies professionnelles. Pour justifier le caractère obligatoire de ce régime en situation de monopole, elle a avancé qu'il réalisait « une fonction à caractère social dépourvue de tout but lucratif », « met en œuvre le principe de solidarité » et « est soumis au contrôle de l'État ».

En revanche, les Caisses d'assurance sociale non obligatoires ne semblent pas échapper au droit de la concurrence. Dans l'arrêt « COREVA » du 16 novembre 1995, *Fédération Française des Sociétés d'Assurance (FFSA)*, la Cour a estimé que les règles de concurrence devaient s'appliquer du fait du caractère *facultatif* de cette couverture – il s'agissait d'un régime complémentaire facultatif de retraite géré par la Caisse d'un régime obligatoire, la mutualité sociale agricole. La Cour indique dans cette affaire que le principe de solidarité, qui justifie une dérogation au droit de la concurrence, repose sur une affiliation obligatoire. Le troisième pilier du système français (privé, extra-légal) des régimes volontaires et privés est donc, lui, totalement soumis aux règles de concurrence : « un organisme à but non lucratif, gérant un régime d'Assurance vieillesse destiné à compléter un régime de base obligatoire, institué par la

(42) Arrêt de la Cour, 11 décembre 1997, *Job Centre*.

(43) Article 106 TFUE, pt 1 : « Les États membres, en ce qui concerne les entreprises publiques et les entreprises auxquelles ils accordent des droits spéciaux ou exclusifs, n'édicent ni ne maintiennent aucune mesure contraire aux règles des traités ».

(44) Supiot (2010).

(45) Pellet (2011).

(46) Arrêts C-238/82 *Duphar*, C-159/91 *Poucet et Pistre*, C-157/99 *Smits et Peerbooms*.

loi à titre facultatif et fonctionnant [...] selon le principe de la capitalisation, est une entreprise au sens des articles 85 et suivants du Traité CE ».

Pour résumer, en matière de retraite : si les régimes de Sécurité sociale obligatoires échappent au droit de la concurrence, en revanche les régimes privés qui recourent au principe de la capitalisation⁽⁴⁷⁾ sont définis comme des entreprises et tombent sous le coup des règles européennes.

La CJUE a donc bien mis en place une interprétation juridique et un précédent qui limitent la contrainte qui pèse sur les États membres dans le sens d'une privatisation de leurs systèmes de Protection sociale.

■ CETTE PROTECTION JURISPRUDENTIELLE DEMEURE CEPENDANT FRAGILE...

Certaines ambiguïtés ne sont toutefois pas résolues. En effet, des Caisses de Sécurité sociale gèrent en plus du régime de base des régimes complémentaires obligatoires ou facultatifs ; par ailleurs, certaines institutions non gestionnaires d'un Service public s'occupent de régimes de retraite complémentaires obligatoires en répartition et compensés ; enfin, des entreprises d'assurances privées et des mutuelles (catégorie qui entre dans le champ des directives communautaires sur les assurances) sont chargées de gérer des régimes de base de Sécurité sociale (c'est notamment le cas pour la Protection sociale des indépendants).

En outre, **le statut des SIEG est ambigu dans sa nouvelle formulation du Traité de Lisbonne, ce qui rend le droit primaire perméable au phénomène d'euro-creep.**

L'article 14 TFUE dispose : « *l'Union et ses États membres, chacun dans les limites de leurs compétences respectives et dans les limites du champ d'application des traités, veillent à ce que [les SIEG] fonctionnent sur la base de principes et dans des conditions, notamment économiques et financières, qui leur permettent d'accomplir leurs missions.* »

En plus de la mention « *notamment économiques et financières* », qui confirme l'approche des affaires sociales sous l'angle du financement, le Traité de Lisbonne a ajouté dans l'article relatif au SIEG : « *Le Parlement européen et le Conseil, statuant par voie de règlements conformément à la procédure législative ordinaire, établissent ces principes et **fixent ces conditions, sans préjudice de la compétence qu'ont les États membres, dans le respect des traités, de fournir, de faire exécuter et de financer ces services.*** »

« Sans préjudice de la compétence qu'ont les États membres » : dans quelle mesure ?

Il semble ambigu d'affirmer d'une part que l'UE aura la compétence d'établir les principes et conditions (notamment économiques et financières) des services d'intérêt économique général, et de l'autre, que les États membres conservent la prérogative de fournir, faire exécuter et financer ces mêmes services... La possibilité d'un processus renforcé d'euro-creep est bien là : elle consiste à laisser la possibilité de définir au niveau européen un encadrement législatif des SIEG – dont les services sociaux ne sont pas *a priori* exclus –, par le biais de la codécision, tout en préservant sur le papier la compétence nationale. En France, ces considérations concernent tout particulièrement les structures associatives (maisons de retraites, crèches, services d'aides à la personne) qui sont partiellement ou totalement financées par la Sécurité sociale, *via* sa politique d'action sociale.

(47) Ce principe repose sur l'accumulation d'actifs qui sont investis sur les marchés financiers.

Ces SIEG ne peuvent équilibrer leurs comptes qu'à partir des aides octroyées par les Pouvoirs publics. Une dérogation aux règles de la libre concurrence est prévue par les articles 106 § 2 et 107 § 2 du Traité sur le fonctionnement de l'UE (TFUE) ; ses conditions ont été précisées par la Cour de justice de l'UE dans son arrêt Altmark du 24 juillet 2003, puis reprises par la Commission dans le Paquet Monti-Kroes de juillet 2005. Ainsi, les aides octroyées pour compenser les charges d'un SIEG ne sont pas considérées comme des aides d'État au sens de l'art. 107 §1 TFUE si elles satisfont quatre critères cumulatifs :

- Un critère de mandatement : l'entreprise doit être officiellement et clairement mandatée par les Pouvoirs publics pour l'exécution d'obligations de Service public.
- Un critère de transparence : les paramètres de calcul de la compensation accordée par les Pouvoirs publics doivent être préalablement établis, de façon objective et transparente.
- Un critère de non surcompensation : la compensation octroyée ne doit pas dépasser ce qui est nécessaire pour couvrir tout ou partie des coûts occasionnés par l'exécution des obligations de service, compte tenu des recettes qui lui sont relatives et d'un bénéfice raisonnable.
- Un critère d'analyse des coûts : lorsque le choix de l'entreprise chargée de l'exécution du service ne résulte pas d'une procédure de marché public, le niveau de compensation nécessaire doit être déterminé sur la base d'une analyse des coûts qu'une entreprise moyenne, bien gérée et adéquatement équipée, aurait encourus.

Il n'est donc pas surprenant que la Commission soit régulièrement pressée de préciser les concepts de Service d'Intérêt Économique Général (SIEG)⁽⁴⁸⁾, notion vague qui inclut les services d'aide à la personne (aussi appelés Services Sociaux d'Intérêt Général (SSIG)). Dans une communication de 2007, elle amplifie la confusion née de la jurisprudence européenne en matière de politiques santé, qui fonde le libre accès aux systèmes de santé sur le principe économique (libéral) de la libre circulation des services. La Commission déclare donc que sous l'effet de la considération croissante des politiques de Sécurité sociale sous l'angle du marché, « *un nombre croissant d'activités exercées quotidiennement par les services sociaux entrent désormais dans le champ d'application du droit communautaire, dans la mesure où elles sont considérées comme étant de nature économique.* » De quoi nourrir les possibilités d'une intégration rampante de la Protection sociale sur les bases juridiques économiques des traités.

Le nouveau « paquet Almunia » (du nom du commissaire à la concurrence en charge – c'est illustratif – du dossier des SIEG) s'attache à confirmer l'exclusion des services d'aide aux personnes fragiles⁽⁴⁹⁾ des règles du marché et à exclure du régime des aides d'États les SIEG locaux à très faible impact sur les échanges. Il vise aussi l'extension de l'exemption hors seuil de compensation financière, déjà accordée au logement social et aux hôpitaux depuis 2005, aux SIEG relevant de la satisfaction de « besoins sociaux de base »⁽⁵⁰⁾.

La Commission peut même aller au-delà des SSIG et inclure la Sécurité sociale elle-même dans le marché intérieur, en prétendant dans le cadre du projet en cours de Directive sur les marchés publics, étendre les règles de concurrence à la sélection des organismes en charge des prestations de Sécurité sociale, alors que ces derniers sont clairement considérés comme des Services Non Économiques d'Intérêt Général. Une récente décision du Conseil y a mis bon ordre⁽⁵¹⁾.

(48) La dernière communication en date sur le sujet a eu lieu le 23 mars 2011, au sujet de la question épineuse des aides d'État.

(49) Cette limitation aux personnes fragiles ne correspond qu'imparfaitement à la vision française: à titre d'exemple, elle ne couvre pas les personnes âgées peu ou pas dépendantes qui constituent pourtant la population visée par l'Action sociale de la branche Retraite. Le considérant 33 de la directive « service » (2006/123/CE du 12 décembre 2006) annonce que la prestation d'aide à domicile pour ces personnes âgées doit être soumise aux règles de la concurrence, hypothéquant le cadre conventionnel existant entre la branche Retraite et les fédérations associatives d'aide à domicile.

(50) Cependant, la démarche de la Commission – qui prétend effectuer ces aménagements en ayant recours à son pouvoir d'application et sans faire appel à la procédure générale de co-décision à la majorité qualifiée – suscite l'opposition des parlementaires et des juristes, au motif qu'elle outrepasserait ses attributions, utilisant à tort une procédure strictement prévue pour l'application de directives déjà édictée.

(51) Sur ce sujet qui a récemment fait couler beaucoup d'encre , voir Brun (2012) ; Lamant (2012) ; Beres (2012).

2.2. *Euro-creep* et « harmonisation cognitive » : vers des sociétés européennes de marché ?

Le processus discret et constant mené par les institutions européennes dans le domaine national de la Sécurité sociale est légitimé par les principes économiques du traité – liberté de circulation des travailleurs puis des personnes, et liberté de circulation des services. L'UEM a constitué un deuxième argument par la pression budgétaire sur les finances publiques qu'implique le partage d'une monnaie unique, argument répété et entériné au niveau européen par les Conseils européens de 2011 et le vote d'un paquet « gouvernance économique ».

Il convient d'en déduire la vision des systèmes de Protection sociale qui est véhiculée par de pareilles politiques, finalement favorable au développement de marché là où il n'y en avait pas.

■ DROITS SOCIAUX ET LIBRE CIRCULATION : UNE CITOYENNETÉ EUROPÉENNE SOCIO-ÉCONOMIQUE

La citoyenneté européenne introduite par le Traité de Maastricht est avant tout une citoyenneté socio-économique – tous les nationaux de l'UE devraient avoir des droits *individuels* (et non liés à leur nationalité) aux prestations sociales. C'est en effet en couplant cette notion aux libertés de circulation que la CJUE a organisé le développement des droits sociaux au niveau européen.

L'arrêt *Kohll* fournit un exemple frappant de cette logique. M. Kohll, citoyen luxembourgeois, avait demandé à ce que sa fille reçoive un traitement dentaire en Allemagne, traitement qui sous la législation luxembourgeoise pouvait être reçu gratuitement mais exigeait une autorisation préalable de la Caisse d'Assurance maladie si ledit traitement était reçu hors du pays conformément au règlement de coordination des systèmes de Sécurité sociale. La Caisse d'assurance refusa l'autorisation au motif que ce traitement n'était pas urgent et qu'il pouvait dans tous les cas être fourni au Luxembourg. Kohll contesta la décision, la jugeant contraire à l'article 56 TFUE de la liberté des services. La CJUE lui donna raison. Dans cette perspective, l'accès à la santé est donc un service comme un autre.

Comme le souligne les juristes Damian Chalmers et autres⁽⁵²⁾, l'article 56 expose les prestations sociales à la logique du marché ; elles sont désormais considérées comme de simples transactions gouvernées par les lois qui protègent l'activité marchande. Cette orientation juridique crée une « société de marché », au sens de l'économiste Karl Polanyi : au lieu que l'économie soit intégrée dans les relations sociales, les relations sociales sont intégrées dans le système économique.

Ce raisonnement induit plusieurs évolutions conceptuelles en matière de Protection sociale :

- **Les relations sociales deviennent des relations contractuelles.** Par exemple, la fourniture d'une opération médicale n'est pas vue sous l'angle du serment d'Hippocrate (engagement du médecin à éviter la souffrance du patient, engagement du patient à faire confiance à l'expertise du médecin) : les termes de cette relation sont déterminés par les termes du contrat, et le patient choisit, en tant que client, consommateur théoriquement rationnel et informé, parmi plusieurs traitements disponibles le plus adéquat et au meilleur prix (on parle parfois de « tourisme médical » dans ce cas).

(52) Chalmers, D. (2010).

- **Une série de biens *publics* sont désormais considérés comme des biens *individuels***, qui peuvent faire l'objet de transactions. L'accès à la santé lui-même relève d'une série de droits individuels. **Les biens publics sont normalement déclinés en deux aspects : la solidarité**, qui implique que tous les membres d'une société ont un égal accès à ces biens, indépendamment de leur statut économique, et corollairement, le fait que le niveau de prestation est défini collectivement ; **la territorialité**, selon laquelle les bénéficiaires de la Protection sociale sont accordés à ceux qui résident dans un certain territoire, à l'exclusion de ceux qui résident en dehors. L'application de la libre circulation des services aux services sociaux dont la santé fragilise ces deux principes.
- **Les mécanismes du marché dans ce modèle de société n'attribuent pas une valeur égale aux besoins de chaque individu, ce qui constitue une divergence avec les principes fondateurs de la Sécurité sociale (« chacun contribue selon ses moyens, chacun bénéficie en fonction de ses besoins »)**. Un organisme de soins en situation de concurrence (privé, sans monopole) n'accordera pas la même valeur aux besoins de santé d'un pauvre qu'à celui d'un riche client. On parle de la « sélection des risques » : l'assureur privé a intérêt à augmenter le prix de sa prestation pour tous les « mauvais risques » (les sujets faibles en raison de l'âge, de leur niveau économique, de leur bilan de santé). Inversement, il y a peu d'intérêt pour les « bons risques » de contribuer financièrement à un système d'assurance qui dépense essentiellement pour les mauvais risques ; ils ont donc tendance à se détourner du système public. Ce qui crée une dynamique d'inégalité d'accès socio-économique à la Sécurité sociale selon les citoyens.

Par différence, le modèle français de Sécurité sociale repose sur un principe constitutionnel, issu de l'alinéa 11 du préambule de la Constitution de 1946 qui énonce que la Nation « *garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé, la sécurité matérielle, le repos et les loisirs. Tout être humain qui, en raison de son âge, de son état physique ou mental, de la situation économique, se trouve dans l'incapacité de travailler a le droit d'obtenir de la collectivité des moyens convenables d'existence* ». Les mécanismes qui assurent cette universalité sont simples. En rendant obligatoire les assurances sociales de base, on empêche que les « bons risques » se détournent de ce système de Sécurité sociale. L'on déconnecte le financement du système (cotisations, impôts) du niveau de prestations (fondé sur les besoins en santé des « mauvais risques », comme des « bons ») et l'on évite que l'épargne (« sociale ») de prévoyance soit confiée à une industrie de la finance dont l'influence gagne à mesure que les dépôts « gérés » augmentent. Il s'agit d'un choix fondamental de société.

■ MÉTHODE OUVERTE DE COORDINATION ET HARMONISATION DU « MODÈLE SOCIAL EUROPÉEN »

L'*euro-creep* procède donc non seulement par la prise en compte juridique des contraintes budgétaires, mais également par transformation des représentations du social. Le moyen privilégié de cette européanisation de la représentation intellectuelle des problèmes rencontrés est la Méthode Ouverte de Coordination (MOC). Outil de gouvernance intergouvernemental reposant sur le *soft law*, elle définit des indicateurs, des lignes directrices et des évaluations articulés autour d'objectifs communs définis par les États membres. Une meilleure connaissance réciproque et la généralisation de bonnes pratiques constituent son horizon. En effet, elle ne peut guère imposer de contraintes de type *hard law*, faute de bases juridiques suffisantes des traités dans le domaine de la Protection sociale. Il ne faut cependant pas sous-estimer la gouvernance de la MOC : en dépit de son manque de poids juridique, elle semble conduire à une « *harmonisation cognitive* » (Bruno Palier) qui participe effectivement à l'européanisation des systèmes sociaux.

La MOC n'engage que la bonne volonté des États membres pour produire des politiques efficaces en réponse aux grands objectifs définis au cours de sommet européen (par exemple, apporter une solution aux chômeurs de longue durée, objectif défini au sommet de Luxembourg sur l'emploi en 1997). Pour la coordination en matière sociale, des rapports annuels portant sur résultats sont menés par le Comité de la Protection Sociale (CPS) et du Comité de la Politique Économique (CPE) (deux groupes d'experts nationaux respectivement issus des ministères des Affaires sociales et des Finances de chaque État membre, dont le secrétariat est assuré par la Commission), mais aucune sanction n'est prévue en cas de non-réalisation de ces objectifs et les engagements chiffrés sont rares... En outre ces rapports d'évaluation,

menés en coopération avec des experts nationaux, ont tendance à produire des informations biaisées sur des modèles en concurrence : « *ils sont le plus souvent résumés à des exercices d'autosatisfaction et la Commission elle-même a été contrainte d'admettre que cette évaluation était techniquement impossible* »⁽⁵³⁾. Enfin, la diversité des points de vue nationaux et le refus d'engagement trop important produit un schéma très général, reflet d'un agenda politique lui aussi très général.

Mais il faut remarquer que **cette formalisation des échanges dans un cadre commun a donné lieu à une socialisation forte des élites administratives en charge des politiques sociales**. Celles-ci se réunissent en effet pour construire un discours politique commun, dont toute la rhétorique doit s'adapter à la fois aux compromis entre 27 États membres et les directions générales de la Commission. On assiste ainsi à une synthèse politiquement orientée des représentations du social au niveau européen : « *[quelque soit leur présentation apparemment neutre, les MOC sont fondées sur une analyse particulière de la situation et des choix de combinaison entre social et économique, qui tend à être en phase avec l'idéologie du néo-libéralisme gestionnaire ambiant]* »⁽⁵⁴⁾.

L'esprit de la MOC en matière de rapprochement des systèmes de Protection sociale, c'est l'orientation vers une politique d'offre et non plus de demande. L'État-providence devrait être entré dans la logique de la compétitivité, en réduisant ses dépenses sociales et en produisant des régimes « viables », c'est-à-dire n'entraînant pas de déficits publics et pesant le moins possible sur l'activité « productive ». Les programmes sociaux pour l'emploi devraient eux se tourner vers des mesures de type *workfare*, conditionnant des aides au retour vers l'emploi.

Prenons l'exemple de la question des retraites, dont la gestion demeure une prérogative nationale mais qui joue le rôle de paramètre crucial dans les équilibres budgétaires des États membres et le fonctionnement des marchés financiers. La Commission européenne promeut un mix privé/public pour les systèmes de pensions (première dépense budgétaire en matière sociale), arguant que la crise financière, la crise des finances publiques et le vieillissement démographique mettent à mal les systèmes basés sur des prestations définies (*benefit-defined schemes*). Il faudrait donc et logiquement transférer les risques au niveau individuel avec des systèmes basés sur des contributions définies (*contribution-defined schemes*), qui déterminent le montant de la pension en fonction des résultats (forcément aléatoires) de l'épargne individuelle. Cette logique explique l'étrange exemption dont bénéficient les dépenses publiques dévolues à la montée en charge de fonds de pension obligatoire : elles sont purement et simplement « enlevées » du suivi budgétaire du Pacte de Stabilité et de Croissance. Une disparition encore plus préoccupante lorsque, comme en Hongrie, les sommes accumulées par les fonds de pension sont dans un second temps reversés au bénéfice de l'État dans le cadre d'une contre-réforme de retour à la répartition. La Commission défend donc dans les faits un modèle du système de retraite au moins partiellement capitalisé, puisque les dépenses, même publiques orientées en sa faveur ne sont pas considérées comme des charges quand elles le sont pour les systèmes de retraite par répartition. Sans revenir sur le caractère particulier d'une politique qui remet partiellement en cause l'aspect redistributif des systèmes de retraites sans répondre mieux à l'enjeu du vieillissement européen, une telle approche présente l'avantage, sur le plan technique, d'être compatible avec un renforcement de la libre circulation des capitaux, et aussi du poids de l'industrie financière dont l'actualité récente a démontré qu'elle servait parfois des objectifs différents de ceux de la Sécurité sociale en général, et de ses usagers en particulier⁽⁵⁵⁾. Cette approche est en revanche plus difficile à articuler avec le monopole des organismes d'assurance, y compris dans le domaine social. Le monopole de gestion des Caisses

(53) Barbier, J.-C. (2008), p. 90.

(54) Ibid., p. 91.

(55) Sur l'application des théories d'agence aux fonds de pension, voir : El Mekkaoui et Lavigne (2010).

publiques de répartition est donc amené à être questionné, et nous avons vu que le statut juridique flou des SIG n'est pas de nature à assurer sa protection. La promotion des soins à domicile et de l'aide informelle dans la politique européenne de la dépendance participe du même objectif de limitation du rôle de l'État-providence, ramené à la seule assistance de « filet de sécurité » pour les plus pauvres, lesquels constituent de toute façon un « mauvais risque » qui n'intéresse pas les assureurs privés.

Cette difficile conciliation révèle la difficulté de définir un « modèle social européen »⁽⁵⁶⁾ qui supposerait de s'engager dans une même voie car il ferait face aux mêmes problématiques. Car bien qu'ils partagent tous des valeurs communes, il y a tant de différences entre les systèmes de Protection sociale nationaux d'Europe que la notion de « modèle social européen » est extrêmement discutable. À titre d'exemple, on retiendra que les travaux d'Esping-Andersen⁽⁵⁷⁾ et d'André Sapir⁽⁵⁸⁾ aboutissent à non pas un, mais *quatre, voire cinq*, modèles sociaux européens.

- **Le modèle « anglo-saxon »** (Irlande, Royaume-Uni). Il vise à assurer un filet de sécurité universel et minimal pour les plus pauvres, une assistance sociale en dernier ressort quand le marché n'arrive pas à employer ces personnes et que les régimes d'assurance privée ne sont pas suffisants ou sont inexistantes. La réglementation du marché du travail est peu développé, les syndicats sont faibles et la disparité des salaires élevée.
- **Le modèle continental** (comme la France, l'Allemagne, la Belgique, l'Autriche, le Luxembourg). Il implique des prestations sociales d'un montant relativement élevé et qui dépendent fortement du système d'assurances et de pensions de vieillesse, selon un principe de cotisation. La réglementation du travail est développée. C'est un système fondé sur des compromis entre État et partenaires sociaux : les syndicats demeurent puissants. Ils ont peu évolué alors même que les pressions sur le travail imposaient une fiscalisation plus importante du financement de la Protection sociale.
- **Le modèle nordique** (Danemark, Suède, Norvège, Pays-Bas). Il est fondé sur de hauts niveaux de dépenses et de prestations en Protection sociale assurant une couverture universelle, et financés par une fiscalité élevée. Des syndicats forts assurent une limitation des écarts de revenus.
- Le dernier régime identifié est **le modèle méditerranéen** (comprenant l'Espagne, la Grèce, l'Italie par exemple). Le niveau de prestations sociales reste bas, lié au fait que le système a été créé tardivement. Ces prestations moindres, concentrées sur les pensions de vieillesse, sont compensées par le rôle que jouent les réseaux familiaux en matière de Protection sociale. La réglementation de l'emploi est particulièrement développée, voire lourde.

On peut en outre s'interroger sur l'existence d'un modèle de Protection sociale est-européen. Les pays est-européens connaissent un système relativement bismarckien (forte participation des syndicats et principe de cotisations sociales), mais l'accès aux aides sociales est difficile (régime strict et court) et les prestations sont très faibles. Ils semblent ainsi se rapprocher du modèle méditerranéen. Mais les réformes les plus récentes largement soutenues par les prêts conditionnés de la Banque mondiale semblent tendre vers le modèle libéral, avec des prestations centrées sur les populations les plus vulnérables. La redéfinition des États-providence à l'Est est un processus encore inachevé, où l'on observe les régimes de Protection sociale entrer dans une logique de compétition : la fiscalité ou les cotisations sont relativement faibles et se sont atténuées pour renforcer l'attractivité des territoires, fut-ce aux dépens des autres européens. L'État social est-européen, à l'exemple des choix faits plus tôt par l'Irlande, joue de la défiscalisation compétitive pour soutenir l'attractivité du territoire et l'afflux d'Investissements Directs Étrangers (IDE).

Ces différences fondamentales de structure sont donc importantes, et renforcées par l'examen des dépenses par risque (retraite, santé, famille, chômage...). Par exemple, les États anglo-saxons européens dépensent peu en matière de retraite *publique* (11,3 % du PIB...), les États continentaux davantage (13,0 % du PIB) ; en revanche, la situation est contrastée chez les pays méditerranéens : l'Italie dépense beaucoup (16,3 %), l'Espagne peu (8,5 %)⁽⁵⁹⁾.

(56) Mis en avant dans les conclusions du Conseil de Nice de décembre 2000.

(57) Esping-Andersen, G. (1990).

(58) Sapir, A. (2005).

(59) Chiffres Eurostat 2003.

Les divergences entre systèmes européens sont donc nombreuses et font douter de l'utilité du concept de « modèle social européen ». Ce concept s'avère davantage normatif (justifiant l'application des réformes sociales communes à venir), que positif (s'appuyant sur un examen empirique), et les compétences de l'Union portant davantage sur le marché, celle-ci développe une propension naturelle à la marchandisation de la Protection sociale, laquelle oriente la réflexion européenne sur des axes plus conformes au modèle libéral.

Conclusion

L'Europe n'est pas en dehors de la Sécurité sociale : l'activité normative de la première cadre en amont, que ce soit directement ou indirectement, l'activité et l'ampleur de la seconde.

Introduire une logique de marché dans les services de Protection sociale : c'est le biais qu'ont employé les institutions européennes à la fois pour renforcer le contrôle européen de la Protection sociale, pour combler leur manque de compétence en matière de Sécurité sociale, et pour limiter les déficits des finances publiques. Ce processus d'*euro-creep* est efficace. Face aux compétences européennes introduites par l'extension considérable des attributions normatives de l'Union dans le domaine de l'économie et à un droit de la concurrence peu formaliste, les institutions nationales de Protection sociale ne sont protégées que par le statut de « services d'intérêt non économique général », qui reste insuffisamment défini.

L'*euro-creep*, qui juge de la gestion de la Sécurité sociale sous l'angle des finances publiques et de la concurrence, a donc fait de grands progrès depuis les premiers arrêts de la Cour dans le champ social. Les engagements européens actuels en matière de gouvernance économique (pacte pour l'euro plus, paquets de « gouvernance économique ») confirment cette volonté de « rentabiliser » les services sociaux, qu'on distingue de moins en moins des services en général. On va jusqu'à explicitement formaliser⁽⁶⁰⁾ des engagements en termes d'âge de départ à la retraite ou de politiques d'emploi, qui reviennent juridiquement aux États de manière exclusive. Une sorte de déplacement inquiétant des notions de solidarité, de territorialité et de contrôle du modèle de Protection sociale s'opère en direction de l'Union européenne sans que ce déplacement soit accompagné par une réelle volonté démocratique. On peut regretter également l'absence d'un contrôle européen symétrique et contraignant de l'endettement privé, aux conséquences systémiques largement démontrées par l'actualité récente.

Une telle évolution est la conséquence logique de la répartition des compétences entre les États Nations et l'Union européenne. L'UE n'ayant initialement que des compétences sur le marché, la Commission a tendance à « marchander » systématiquement ce qui relève d'autre chose, comme la Sécurité sociale. Le lent processus de rédaction du droit communautaire, qui induit l'intervention pondérée des États et

(60) Lettre de Jean-Claude Trichet à Sylvio Berlusconi, 5 août 2011.

des parlementaires, permet de corriger cette tendance dans la formulation d'un droit consensuel, mais dont le flou calculé – justement pour aboutir au consensus – reste interprétable.

Cette interprétation est confiée à des juges, chacun nommé pour le compte de son pays dans un cadre qui n'est pas moins politique que pour les Commissaires... Et dont chaque voix aura cette fois la même valeur que celle de ses confrères, sans pondération.

Depuis l'ouverture de l'Union à ses nouveaux États membres, dont les systèmes de Protection sociale constituent avant tout des variables d'ajustement pour une plus grande compétitivité-coût, qui peut douter que la jurisprudence protectrice mise en place dans les années 1990 sera un jour remise en cause ?

Sécuriser les services de Protection sociale, juger de leurs externalités en matière de répartition des richesses, comparer leurs frais de fonctionnement respectifs et coûts pour la collectivité à moyen terme, reconnaître la diversité des modèles sociaux des 27, éviter de mêler confusément leurs problématiques, et recentrer le problème de la dette sur les déséquilibres financiers généraux *en y incluant l'endettement privé*, constitueraient autant d'évolutions souhaitables ; en prend-on le chemin ? Il n'est pas déraisonnable, pour toutes ces raisons, d'en douter...

Aussi la Sécurité sociale gagnerait-elle à préparer sinon enrayer cette évolution prévisible, constituée d'une part d'une augmentation des flux de dossiers concernés par le droit européen (retraites coordonnées, soins perçus à l'étranger, prélèvements de cotisations sur des travailleurs détachés, modalités de passation des marchés...), et d'autre part par une immixtion croissante du droit du marché dans les procédures et le fonctionnement de la Sécurité sociale.

La préparer, sur le plan gestionnaire, passe par une bonne compréhension du droit européen, dont la correcte application suppose une politique dédiée de formation professionnelle à l'attention des techniciens, ainsi qu'une politique de répartition des flux entrants concernés. C'est d'une certaine manière le chemin pris par l'Assurance maladie des travailleurs salariés avec le Centre National des Soins à l'Étranger (CNSE) de Vannes, ou l'Assurance retraite dont les Caisses régionales sont désormais spécialisées par pays coordonné (la Carssat de Bordeaux, par exemple, est spécialisée pour les dossiers coordonnés avec l'Espagne, la Crav de Strasbourg pour les dossiers coordonnés avec l'Allemagne). C'est aussi la logique suivie par le Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale (CLEISS), lequel a assuré plusieurs formations sur la coordination européenne à l'attention des personnels des organismes de Sécurité sociale, souvent en partenariat avec les centres de formation régionaux et le réseau universitaire « Training and Reporting on European Social Security » (TRESS).

L'enrayer implique pour la Sécurité sociale de sortir de son aspect uniquement gestionnaire, pour participer au débat européen en faveur d'une prise de position claire de l'Union dans son domaine. On a vu en effet combien l'absence de gouvernance articulée par l'Union entraînait de dégâts pour la Protection sociale en général, et pour la Sécurité sociale en particulier. Pour stopper la marchandisation des « services sociaux » (sauf à envisager une renationalisation des questions fiscales et budgétaires), une véritable puissance publique de dimension européenne est, seule, en mesure de s'opposer au grignotage par le marché. Sa mise en œuvre passe, pour la Sécurité sociale française, par une mobilisation de ses experts en faveur de décideurs européens, afin de contrer le seul argumentaire mis à leur portée sans effort... Celui de lobbies rarement favorables à l'Europe qui protège : on dit souvent à Bruxelles que sur les 15 000 lobbyistes enregistrés sur le registre de la Commission, la moitié sont américains, que la moitié de la moitié restante sont britanniques, et que sur la moitié de la moitié de la moitié restante, l'écrasante majorité sert des intérêts privés. Il

appartient donc aux experts de la Sécurité sociale d'appuyer les relais institutionnels (représentation de l'État pour le Conseil européen, Parlementaires et Directions générales favorables à une dimension sociale de l'Union, partenaires sociaux du Comité économique et social européen) susceptibles de changer la donne, en rappelant en termes techniques – et donc crédibles – les justifications économiques mais aussi politiques de la Sécurité sociale obligatoire, redistributive, sans but lucratif, pour justifier ainsi la montée en charge d'une Union que personne ne contestera : l'Europe permettant de « combiner ensemble (...) pour le bien-être de tous (...) la fraternité des hommes... » (Victor Hugo).

Bibliographie

Documents officiels des institutions européennes

Traité TFUE consolidé.
Site de la Commission européenne.
Site de la Cour de justice de l'europpéenne (pour la jurisprudence).
Site Europa, Coordination des systèmes de Sécurité sociale (in « Synthèses de la législation »).
Joint reports de la DG Emploi, affaires sociales et inclusion (<http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=757&langId=en>).
Commission européenne, Livre blanc sur les services d'intérêt général, 12 mai 2004.

Ouvrages

Barbier J.-C.,
« La longue marche vers l'Europe sociale », *Le lien social*, PUF, 2008, p. 90.

Chalmers D., Davies G., Monti G.,
« European Union Law », Cambridge University Press, 2010.

Chevallier J.,
« Le Service public », PUF, Que sais-je ?, 2010.

Esping-Andersen G.,
« The Three Worlds of Welfare Capitalism », Princeton University Press, 1990.

Falkner G.,
« EU Social Policy in the 1990's. Towards a Corporatist Policy Community », 1998.

Supiot, A.,
« L'Esprit de Philadelphie. La justice sociale face au marché total », Paris, Seuil, 2010.

Articles

Beres, P.,
« Sécurité sociale, la Commission européenne doit clarifier sa position une fois pour toute », *Parlement européen*, Octobre 2012, <http://www.deputés-socialistes.eu/?p=8251>

Brun, T.,
« Privatiser la Sécurité sociale, un vieux rêve de la Commission », *Politis*, Octobre 2012, <http://www.politis.fr/Privatiser-la-securite-sociale-un,19749.html>

Dougan M. et Spaventa E.,
« "Wish You Weren't Here..." New Models of Social Security in the European Union », in *Social Welfare and EU Law*, 2005.

El Mekkaoui N., Lavigne A.,
« Conflit d'agence au sein des fonds de pension privés, l'exemple américain », *Persée*, n° 51, 2000, pp. 187-205.

Filhon et al.,
« La mobilité des patients dans l'Union européenne, les enjeux de la prise de décision », in *Pratiques et Organisation des Soins*, volume 43, n° 4, octobre-décembre 2012, pp. 285 à 294.

Filhon,
« Ingénierie sociale et détachement européen », *Revue des Affaires Européennes*, 2012, pp. 115 à 131.

Filhon et al.,
« Mobilité des patients et coordination européenne », *Revue Française des Affaires Sociales*, 2012, pp. 103 à 107.

Lamant, L.,
« Bruxelles veut ouvrir la Sécurité sociale au privé », *Mediapart*, 10 octobre 2012.

Linklater Limited Partnership,
« Negotiating Europe's LBO debt mountain », <http://linklaters.com/Publications/wall-of-debt/Pages/Index.aspx>

Pellet, R.,
« L'Europe et la "privatisation des États-providence" », in *Droit social*, 2 février 2011.

Nickless, J.,
« Health care provisions and the internal market : a clear case of Euro-creep ? », seminar *Healthy public policies in Europe – Integrating health in other policies*, STAKES, 1999.

Sapir, A.,
« Globalization and the Reform of European Social Models », Institut Bruegel, 2005.

Thème 2

Les métamorphoses des politiques de Protection sociale

Les métamorphoses de l'Assurance maladie

Entretien avec Frédéric Van Roekeghem
Directeur général de la CNAMTS

Interview réalisée le 29 novembre 2012 par Pierre Ramon-Baldié
Directeur-adjoint de l'EN3S

Pierre Ramon-Baldié (PRB) : Quelles sont les raisons essentielles qui permettent d'expliquer les mutations profondes de l'Assurance maladie ?

Frédéric Van Roekeghem (FVR) – Il faut être très clair sur ce qui a rendu possible les mutations que vous évoquez.

Incontestablement, la mise en place du codage des actes est une des raisons fondamentales. Elle a été progressive. D'abord, le codage du médicament puis le codage des actes techniques des médecins et, bien sûr, la tarification à l'activité (T2A) qui fait que nous disposons aujourd'hui d'une source de données très importantes sur laquelle nous pouvons construire une réelle valeur ajoutée de nos actions, notamment afin d'améliorer et d'optimiser le système de soins pour l'ensemble de nos concitoyens.

Bien sûr, l'analyse de ces données n'a pas de sens complet, si on ne lui adjoint pas une connaissance médicale, une connaissance des pathologies, une connaissance du système de soins qui est indispensable pour bien interpréter ces données.

C'est ainsi grâce à ce codage que nous pouvons maintenant intervenir près de 10 ans après sa mise en place de manière plus utile.

Deuxièmement, ce codage lui-même a été rendu possible par la diffusion de la carte Vitale qui a permis de dégager des ressources de traitement très importantes.

L'Assurance maladie des années 70 et 80 était une Assurance maladie qui remboursait les feuilles de soin « papier », et qui, de ce fait, avait besoin de très nombreuses personnes dans les centres de paiement pour analyser les dépenses et les régler.

Aujourd'hui, nous sommes au terme de cette évolution avec 90 % de dématérialisation de nos flux.

Cela nous permet à la fois de disposer de la puissance de la numérisation des données pour travailler et créer de la valeur mais également de prévoir beaucoup moins de personnes pour gérer le traitement des feuilles de soin « papier » dont le volume résiduel diminue encore chaque année.

PRB : Vous évoquez la transformation profonde des activités en lien avec ces tendances. Qu'est en est-il du métier de l'Assurance maladie et de son évolution ?

FVR – La mutation profonde des métiers est évidemment la deuxième grande évolution marquante. En quelque sorte, le retour vers les fondamentaux de l'assurance car dans « Assurance maladie », il y a aussi « assurance ». Et l'assurance, c'est à la fois prévenir et réparer.

L'assureur public que nous sommes a ainsi la mission de veiller à ce que la prévention des pathologies contribue à améliorer l'état de santé de nos concitoyens, dans le cadre des politiques publiques, notamment de la politique de santé qui est définie par le Gouvernement.

La deuxième chose est de veiller à ce que lorsque, malheureusement, nos assurés ont besoin de recourir au système de soins, ce recours soit le plus pertinent possible et que la qualité de la prise en charge soit la plus élevée.

Le troisième élément est que, dès lors que ce recours se fait, l'optimisation du système de soins, la productivité des offreurs soit effectivement en phase avec ce que nos concitoyens ont le droit d'attendre de par l'importance des sommes qui sont consacrées à la santé dans notre pays.

Alors cela induit pour le Service public de la Sécurité sociale, pour la branche Maladie, pour cet « assureur solidaire en santé » dans lequel nous nous retrouvons pleinement, une modification profonde de son action et de ses métiers.

Il faut aussi intégrer le fait que nous sommes, comme les autres branches de la Sécurité sociale, comme l'ensemble des sociétés de service public ou privé, confrontés aux mutations technologiques, autour de l'Internet, et à la connexion très forte et aux attentes de l'ensemble de nos assurés de ces moyens de communication.

Nous avons, de fait, de nouveaux potentiels d'élargissement de nos services.

Par conséquent, la réponse que nous avons définie pour faire face à ces mutations est à la fois classique dans sa méthodologie et innovante dans ses choix :

- d'abord, veiller à exercer pleinement notre métier d'assureur solidaire en santé en veillant aux éléments évoqués et de façon concrète ;
- ensuite, développer une politique de services qui soit cohérente avec l'objectif de soigner mieux en dépensant mieux ;
- enfin, de façon évidente pour un service public en situation de monopole, et à l'image des autres régimes d'Assurance maladie obligatoire, l'État attend de nous de diminuer nos coûts de gestion pour améliorer notre rapport « qualité-prix » ce qui est tout à fait légitime et normal.

PRB : De manière concrète, quels sont les nouveaux services que l'Assurance est amenée à développer dans le cadre que vous évoquez ?

FVR – Tout d'abord, nous mettons en place une gamme de services nouveaux qui sont des services facultatifs dans lesquels s'engagent, ou non, nos assurés selon le sentiment qu'ils ont que ces services sont de nature à leur apporter de la valeur pour leur capital santé, et à mieux les maintenir en bonne santé.

Par exemple, nous proposons, sur l'ensemble de la France, aux patients diabétiques un dispositif d'accompagnement qui a pour objectif d'aller plus loin que ce que le système de soins peut faire, c'est-à-dire de les amener à prendre activement et positivement en main eux-mêmes leurs pathologies pour éviter que celle-ci ne s'aggrave.

Cet accompagnement doit réellement favoriser un comportement actif de préservation de soi, en particulier changer le rapport à la nutrition et à l'activité physique.

Naturellement, c'est un investissement pour eux, et parallèlement c'est évidemment intéressant pour l'ensemble des acteurs de la sphère santé.

Il faut être conscient que cela ne peut fonctionner que s'il y a un réel engagement des patients. C'est la raison pour laquelle ces services sont facultatifs avec un engagement important à prendre de la part des patients qui ne peuvent être que volontaires.

Deuxième exemple, nous proposons maintenant depuis plusieurs mois à l'ensemble des jeunes mamans une mise en relation, après leur accouchement, avec des sages-femmes qui les accompagnent dans les premiers gestes de la vie du nouveau-né. Ce service présente bien sûr un enjeu très particulier pour la venue du premier enfant. Il est très apprécié comme en témoigne les enquêtes menées qui révèlent que plus de 90 % des jeunes mamans bénéficiaires de cet accompagnement en sont « très satisfaites ».

Les évolutions de la Protection sociale

Nous participons par ce biais-là à la mise en mouvement du système de soins en améliorant et en optimisant finalement les relations entre l'hôpital et la ville dont on sait très bien aujourd'hui en France qu'elles doivent être améliorées et consolidées.

Ainsi le programme d'aide au retour à domicile va s'élargir notamment aux sorties d'hospitalisations pour des pathologies ostéo-articulaires et, le cas échéant, déboucher, lorsque c'est nécessaire, sur un accompagnement notamment médico-social.

Par exemple, cela devrait permettre des aides aux personnes âgées, opérées d'une prothèse de hanche, qui ont besoin pendant les trois mois qui suivent l'opération, de services particuliers dans le domaine de l'alimentation.

Là encore, les taux de satisfaction des patients, bénéficiaires de ces services en cours d'expérimentation dans plusieurs CPAM, sont extrêmement élevés. C'est la raison pour laquelle ces services vont se généraliser au cours de l'année 2013.

Au total, nous arrivons à la fois à améliorer la prise en charge des patients en veillant à la qualité et/ou développement des référentiels de prise en charge en ville (notamment pour la kinésithérapie qui sont encore insuffisamment développés) mais aussi optimiser les ressources car, pour les patients qui peuvent l'être, la prise en charge à domicile est largement souhaitée par eux et est moins coûteuse pour la collectivité.

Nous montrons par ces nouveaux services l'engagement de l'assureur solidaire en santé que nous sommes, dans une meilleure organisation du système de soins au profit des patients.

Au-delà de la gamme de services nouveaux que j'ai essayé d'illustrer concrètement, je tiens à souligner un autre élément majeur de la dynamique, relatif aux négociations que nous menons avec les représentants des différentes professions, que ce soit l'exemple des sages-femmes que je viens de citer ou les représentants des médecins, des infirmiers, des masseurs-kinésithérapeutes.

Ces négociations portent notamment sur les conditions d'intervention par le biais de contrats collectifs dans les types de programme que j'évoquais pour exemple, au sein de l'ensemble des conventions que nous avons su négocier depuis de nombreuses années avec ces professionnels.

Nous avons également développé des objectifs de santé publique et articulé les conventions collectives avec, au niveau macro-économique, les objectifs de la loi de santé publique et ceux, au niveau micro-économique, des médecins de famille.

Ces développements supposent d'avoir un contact régulier avec les professionnels, rendu possible par la mise en place de nos Délégués de l'Assurance maladie (DAM).

Les DAM sont plus de mille aujourd'hui. Voilà un exemple concret de nouveau métier, qui n'existait pas antérieurement, et qui témoigne des mutations que connaît l'Assurance maladie.

Par exemple, pour développer le programme d'aide de retour à domicile des jeunes mamans, nous avons des conseillers d'Assurance maladie qui se rendent dans les maternités. L'Internet est aussi un bon moyen de permettre, à celles qui le souhaitent, de se pré-inscrire dans ce type de programme.

On voit bien, à travers tous ces exemples, que nous basculons de métiers de « liquidation de prestations » qui ont fortement diminué vers des métiers de « mise en relation », des métiers de « services » qui sont nouveaux et très appréciés par les bénéficiaires mais également par nos agents au sein des CPAM car ils leur permettent de « sortir » des CPAM et de projeter une image extrêmement positive de l'Assurance maladie auprès de nos assurés.

Ces métiers se sont clairement progressivement développés au fur et à mesure que les besoins se faisaient sentir d'accroître les contacts avec les professionnels de santé, les entreprises, avec nos assurés au fur et à mesure que s'enrichissait notre offre de services. Il s'agit donc d'une tendance lourde.

Enfin, il va de soi que ces mutations des métiers ont des répercussions sur l'organisation du travail.

Un exemple pour illustrer cela : lorsque les délégués de l'Assurance maladie ont été mis en place, ces personnes n'étaient pas des cadres au forfait mais ils ne pouvaient pas « pointer » car leurs activités extérieures ne s'y prêtaient pas aisément. Nous sommes en train de réfléchir à un équipement nomade pour résoudre cela.

Pour conclure, je voudrais redire que tous ces mouvements montrent les mutations qu'est en train de vivre l'Assurance maladie très en profondeur.

Progressivement, demain nous serons moins nombreux mais sur des métiers de plus haute valeur ajoutée. On pourrait encore concrétiser ce que je dis en prenant l'exemple des infirmières qui œuvrent dans nos centres « Sophia » auprès des patients diabétiques. J'espère que demain nous aurons la possibilité de faire émerger des infirmières-conseils aux côtés de nos praticiens-conseils.

Ce qui est devant nous, c'est aussi un travail beaucoup plus connecté et quelque part commun entre les Caisses d'Assurance maladie et le service médical car, bien évidemment, pour déployer ces nouveaux services, il faut garantir le secret médical, et les médecins-conseils, les praticiens-conseils sont là pour garantir cela au sein de l'Assurance maladie.

Au final, des mutations du métier de l'Assurance maladie, des métiers au sein des Caisses, mais aussi de l'organisation du travail dans le cadre des finalités qui sont les nôtres.

Un exemple de métamorphoses des missions et des métiers : le projet Santé Active

Patrick Negaret

Directeur de la Caisse primaire d'Assurance maladie des Yvelines

Introduction

« De nombreux indicateurs attestent de ce que notre système de santé souffre d'une insuffisante capacité à prévenir les maladies et accidents évitables. Ce retard préoccupant est au surplus assorti de fortes inégalités sociales et spatiales » conclura le 15 novembre 2004 le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance maladie. Valoriser un engagement plus efficace de tous les acteurs entre l'Assurance maladie et la Prévention c'est là la proposition générale faite par le Haut Conseil pour métamorphoser notre système de santé : ses missions, et ses métiers.

Le constat est le suivant. Notre Institution doit faire face au défi de l'augmentation de la dépense d'Assurance maladie, dont la partie la plus importante et dynamique repose sur les pathologies chroniques. Parallèlement le nombre de personnes traitées ainsi que la proportion de ces pathologies ne cesse d'augmenter, tout comme le déficit.

L'espérance de vie s'allonge, pour autant nous vivons en moins bonne santé. Les chiffres montrent que les femmes passent près de 20 années avec une incapacité.

2 752 € c'est le coût des soins par an et par personne en France⁽¹⁾. Les dépenses en santé, représentant près de 11,8 % du PIB français⁽²⁾, poursuivent leur évolution : 116,70 milliards d'euros en 2002 et déjà 171,14 milliards d'euros 10 ans plus tard⁽³⁾.

Malgré les fluctuations économiques, le déficit chronique de l'Assurance maladie poursuit son chemin, à - 0,7 milliards d'euros en 1992 à l'époque de la récession, il atteindra les - 11,6 milliards d'euros en 2004 en période de ralentissement économique. Pour l'année 2012⁽⁴⁾ son montant devrait atteindre - 6,8 milliards selon les prévisions. L'évolution de la dette sociale quant à elle a augmenté de près de 333 % en 10 ans.

(1) Source : IRDES Comptes nationaux de la santé 2010.

(2) Source : OCDE Panorama de la santé 2011.

(3) Source : Éco-santé : Comptes de la Sécurité Sociale – juillet 2012.

(4) Source : Commission des comptes de la Sécurité Sociale – rapport juillet 2012.

Simultanément, les performances sociales sont inégales. En 2008, près de 15,4 % de la population adulte déclare avoir renoncé à des soins médicaux pour raisons financières au cours des 12 derniers mois. Les indicateurs de morbidité sont disparates, la France affiche de bons résultats concernant la mortalité par maladies cardio-vasculaires (3^e rang), mais beaucoup plus préoccupants s'agissant de la mortalité par cancer les résultats (24^e rang)⁽⁵⁾.

Ces évolutions sont dues à la recrudescence de « conduites dites à risques » : mauvaises habitudes de vie, « malbouffe », sédentarité...

Les Français consomment près de 8,5 g de sel par jour, près de 35 kg de sucre par an, fument et consomment trop d'alcool. Ce cercle vicieux des habitudes de vie détermine le niveau de santé de la population : trop de sel, de sucre, de sédentarité expliquent plus de surpoids et d'obésité, de cancers, de maladies cardio-vasculaires, plus d'hypertension, plus de diabète, plus de maladies neuro-dégénératives. Pour seul exemple, l'évolution de l'obésité en France a augmenté en moyenne de 5,9 % par an depuis 12 ans⁽⁶⁾. Cette démonstration met en exergue le poids financier des maladies chroniques en France. Les dépenses sont très concentrées sur ces maladies (regroupant les Affections de Longue Durée – ALD – et celles non reconnues comme ALD), elles représentent près de 86 % des dépenses⁽⁷⁾ : le coût annuel moyen du diabète : est de 11 milliards d'euros avec une prévalence du diabète de 6,7 % en France⁽⁸⁾, de 23 milliards d'euros pour les maladies cardio-vasculaires lourdes et 17 milliards d'euros pour les cancers⁽⁹⁾.

Des solutions sont mises en place pour l'avenir, il convient encore de les renforcer pour obtenir de meilleurs résultats, plus durables, par exemple : des référentiels de bonne pratique opposables, des modes de rémunération adaptés, des parcours de soins, davantage de sensibilisation et de responsabilisation des patients, une démographie médicale équilibrée, une gestion différente des affections chroniques, et des assurés acteurs de leur santé. Améliorer le pronostic et la qualité de vie des personnes en favorisant une meilleure observance et une meilleure connaissance de sa maladie en modifiant les comportements (alimentation, activité physique, ...) ... et induire ainsi une réduction ou limitation des dépenses « évitables ».

Dans quelle mesure pouvons-nous agir sur les déterminants de la santé et aller vers une santé proactive afin que l'Assurance maladie opère sa mutation vers l'Assurance Santé ?

Sous le prisme du projet Santé Active, nous observerons les nécessaires métamorphoses des missions et des métiers de l'Assurance maladie.

Nous reviendrons dans un premier temps sur les déterminants de la santé et les théories de management de la santé qui fonctionnent outre-Atlantique, puis nous présenterons le dispositif Santé Active au regard du COG 2011-2013 et des nouveaux métiers que cela met en lumière. De nouvelles valeurs et de nouveaux principes constituent une nouvelle ère pour l'Assurance maladie que nous traiterons en dernier lieu sous l'axe de la communication.

(5) Source : OCDE Panorama de la santé 2011 – données 2009.

(6) Source : Éco-Santé – données IRDES.

(7) Source : Caisse nationale d'Assurance maladie – données 2006.

(8) Source : OCDE – Panorama de la santé 2011 – données 2010.

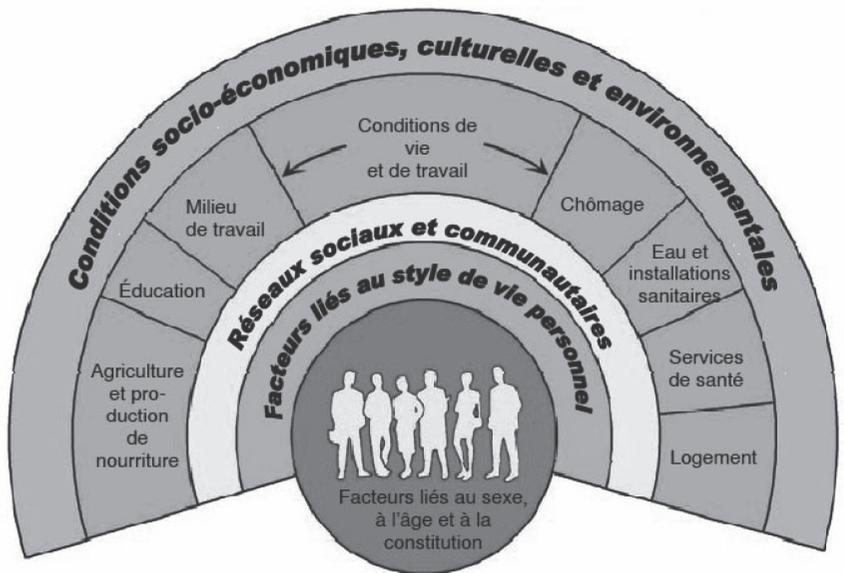
(9) Source : propositions charges et produits – rapport CNAMTS pour 2011.

1. L'essor de nouveaux services en santé

1.1. Les déterminants de la santé

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ».

L'état de santé d'un individu est influencé par plusieurs facteurs. De nombreux travaux ont été menés pour définir les facteurs influençant sur la santé d'un individu. On peut s'appuyer sur le schéma de Dahlgren qui fait référence et qui nous informe par sa clarté.



DAHLGREN, Göran and WHITEHEAD, Margaret, 1991, Policies and Strategies to promote social equity in health. Institute of Future Studies, Stockholm (traduction)

Les déterminants structurels de l'état de santé sont ceux qui sont liés au contexte politique et socio-économique du pays. Parmi les facteurs qui influent la stratification sociale et économique du pays et donc la répartition sociale de la population en fonction du revenu, de l'éducation, de la profession, du sexe, de ses origines ethniques, on trouve : la gouvernance, les politiques macro-économiques, les politiques sociales, les politiques publiques, la culture et les valeurs de la société. Ces facteurs ont un impact sur la distribution inégale des déterminants intermédiaires.

Les déterminants intermédiaires de l'état de santé renvoient aux conditions matérielles, psychologiques, aux facteurs biologiques et génétiques, aux comportements, ainsi qu'au rôle de l'accès au système de santé. Parmi les éléments pris en compte, on citera pour les conditions matérielles : le logement, la qualité de quartier, la consommation potentielle (c'est-à-dire les moyens financiers d'acheter des aliments sains, des vêtements chauds, etc.), l'environnement physique du travail. Les facteurs psychosociaux renvoient au stress des conditions de vie et de travail, aux relations et au soutien social. Les

comportements concernent la nutrition, l'activité physique, la consommation de tabac et d'alcool, qui ont une répartition socialement stratifiée entre les différents groupes sociaux.

De nombreuses enquêtes ont prouvé le lien premier entre l'hygiène de vie et la santé. L'enquête Suvimax rappelle qu'une bonne alimentation peut réduire de 31 % le risque de cancers, et de 37 % la mortalité, alors qu'une étude de l'Université de Cambridge (Royaume-Uni) rappelle la nécessité du respect de quatre règles d'or : pas de tabac, limitation de la consommation d'alcool, activité physique et alimentation équilibrée afin d'augmenter de 14 années en moyenne son espérance de vie. Enfin, selon l'Université MacGill (Québec), 30 % des cancers sont liés à l'alimentation.

Ces différents travaux démontrent l'impact d'une multiplicité de facteurs sur la santé mais qui n'empêchent nullement la légitimité d'action visant à réduire les facteurs de risques individuels sur lesquels la personne peut agir directement. Ainsi, la mise en œuvre d'une offre de service qui vise à une meilleure gestion de sa santé est possible. C'est ce que propose le coaching Santé Active en partant d'une idée simple : agir sur les déterminants de la santé par une modification des comportements pour faire reculer la maladie et limiter le recours aux soins. Parallèlement à une réflexion globale sur le redressement de la Sécurité sociale et sur son financement dès la sortie de crise, l'Institution a commencé une restructuration générale de ses missions et de ses métiers.

1.2. Du disease management au case management

Fort de ce constat sur les déterminants de la santé, les pays anglo-saxons ont développé très largement des théories de management de la santé, à la genèse du dispositif santé active.

■ EXPLICATIONS

Le *disease management* est un système coordonné d'intervention et de communication en matière de soins, dirigé vers les patients, pour les pathologies pour lesquelles l'implication du patient a des effets significatifs (adhésion aux traitements, modifications de comportement, ...).

Depuis le début des années 90, les programmes américains de *disease management* ont été une des réponses des assureurs privés américains à l'épuisement du modèle du *managed care*. La forte expansion de cette théorie s'explique par deux exigences : la nécessité de rechercher de nouvelles voies de maîtrise des dépenses, et le souci d'améliorer la qualité des soins dispensés aux malades chroniques. Le succès réside dans leur capacité à exercer quatre fonctions mal assumées dans le système de soins : l'éducation thérapeutique, la motivation des patients (coaching), la coordination des soins, et le suivi de l'état de santé des malades chroniques. Cette démarche se développe en parallèle de l'action du médecin sans de réelles interactions.

La théorie du *case management* envahit progressivement les systèmes de santé européens. Le *case management* met en œuvre des plans de soins personnalisés pour des patients (gravité de la pathologie/situation sociale défavorables) tout en coordonnant le parcours de soins assuré par un *case manager*. Selon la définition de Bachrach (1989), le *case management* doit faciliter l'accès du patient aux services appropriés, aider le patient à développer ses habilités de base, lui apporter une aide pratique plutôt qu'une thérapie, mais surtout s'employer au dépistage avec vigueur, tout en améliorant sa qualité de vie et recourir aux interventions cliniques seulement lorsque la situation l'exige. Le *case management* s'appuie sur la conviction que l'hospitalisation doit constituer un dernier recours. Il vise à mettre en exergue les soutiens possibles dans les aspects de la vie quotidienne. Cette théorie amène à réduire le nombre d'hospitalisations et leur durée, favorise une meilleure qualité de vie, et réduit considérablement le coût des traitements. C'est donc très favorable pour le traitement thérapeutique des maladies chroniques.

Ces théories sont à l'origine de la réflexion autour de Santé Active : aider l'assuré à prendre en main sa santé pour qu'il devienne gestionnaire de son capital santé à travers un ensemble d'actions et de services diversifiés où l'assuré est acteur de sa santé.

À partir de cette définition, l'expression de coaching désigne une relation de soutien personnalisé en vue de permettre à chacun de mobiliser ses propres ressources et compétences afin de résoudre un problème ou d'atteindre un objectif précis et réalisable. Le but est centré sur les capacités de la personne à trouver ses propres solutions et lui donner accès à ses ressources pour la rendre autonome et responsable.

Le coach laisse à l'adhérent au dispositif toute la responsabilité de ses décisions et actions. Il est un partenaire qui accompagne, clarifie, aide à déterminer des objectifs réalisables, à mobiliser les ressources, à identifier les obstacles, à élaborer des plans d'actions pour les surmonter et capitaliser la réussite.

Le Coaching Santé Active est une proposition d'accompagnement personnalisé vers de saines habitudes de vie. Il permet au public d'entrer dans différents programmes l'encourageant à prendre en main sa santé et devenir acteur à part entière.

Un programme est une suite d'ateliers organisés selon une progression logique sur une durée donnée. Un nombre obligatoire d'ateliers à suivre est défini par programme. Pour y participer, la personne signe lors d'un entretien individuel, une charte d'engagements qui définit les modalités de fonctionnement et concrétise la relation qui la lie au coaching pour le temps nécessaire.

1.3. Le projet Santé Active : le début d'une métamorphose de l'Assurance maladie

L'Assurance maladie développe de nouveaux services en santé : Santé Active donc, que nous présentons, mais aussi Sophia et Prado.

Ces services ont des principes fondateurs communs : services facultatifs basés sur le volontariat des assurés, services « de masse » afin d'optimiser leur efficacité, déploiement suivant la séquence expérimentation / évaluation / généralisation éventuelle, délais de mise en oeuvre courts du fait des capacités importantes du réseau de l'Assurance maladie.

Le dispositif Santé Active propose une offre de services très vaste et personnalisée.

L'espace Santé Active est une vitrine de la Santé Active au cœur du centre-ville. Il représente la porte d'entrée dans la démarche santé active, interface physique entre l'Assurance maladie et les assurés qui souhaitent adhérer au dispositif.

Le coaching Santé Active s'organise autour de trois programmes d'accompagnement personnalisés : la santé du cœur, la santé du dos, et la nutrition active composés d'ateliers en groupe destinés à des assurés volontaires, animés par des professionnels de santé.

Un processus d'adhésion se met en place : entretien individuel, adhésion au club santé active pour favoriser le suivi, ateliers interactifs collectifs (8 à 12 personnes) de 1 h 30 à 3 h puis un suivi par un bilan de fin de programme et un point à six mois.

En plus de cela une ligne nutrition active, service téléphonique ouvert à tous, permet d'offrir des réponses aux assurés aux questions relatives à la nutrition et à l'hygiène de vie par une diététicienne.

En parallèle, un bilan nutrition active, entretien individuel ouvert aux adhérents du club santé active, est proposé pour faire le point sur les comportements vis-à-vis de l'alimentation et de l'hygiène de vie.

Des conseillers Santé Active accueillent les assurés dans les espaces Santé Active, alors que des délégués Santé Active parcourent le territoire afin de mettre en place des opérations décentralisées.

Santé Active crée un lien privilégié avec les assurés volontaires adhérents, en recueillant leurs avis et suggestions, en suivant leurs comportements de l'adhésion à la consommation de soins : l'ensemble de ces éléments permet alors l'évaluation de la démarche par un suivi de consommation de soins avant et après l'adhésion.

Prochainement le coaching en ligne sera un nouvel outil dans ce continuum d'actions et de services diversifiés et complémentaires qui révolutionnent aujourd'hui l'Assurance maladie et annonce des bouleversements dans les missions et les métiers de l'organisme.

1.4. Un nouveau positionnement en cohérence avec la gestion du risque et les services aux assurés

La loi du 9 août 2004 relative à la politique de Santé publique retenait cinq priorités parmi lesquelles « la qualité de la vie des patients atteints de maladie chronique ». Ce plan stratégique met clairement en exergue que les maladies chroniques sont devenues un problème majeur de Santé publique.

L'Assurance maladie fait face à de nombreux défis dont notamment des dépenses en santé qui ne cessent de croître, une nécessité de comprimer la hausse des prélèvements sociaux pour ne pas pénaliser la compétitivité de l'économie française, de gérer la multiplicité d'acteurs aux logiques différentes : médecins, assureurs, établissements de santé, patients... Dans ce contexte complexe, et pour faire face à ces multiples défis, l'Assurance maladie met en œuvre de nombreuses réformes qui visent à favoriser l'accès aux soins et maîtriser les dépenses de santé, mais aussi et plus encore à développer des objectifs de prévention primaire.

1.5. La Convention d'Objectifs et de Gestion 2011-2013 : vers l'Assurance Santé

Le dispositif Santé Active est le prolongement naturel des initiatives prises dans le cadre de la gestion du risque ou du service aux assurés : notamment par le développement du coaching, et pour les autres services en santé comme Sophia, le développement des plates-formes téléphoniques d'Infosoins. Avec la COG 2011-2013, l'Assurance maladie passe du rôle de « payeur » à un système axé vers la prévention des risques.

« Accompagner pro-activement l'assuré tout au long de sa vie en développant les offres de service personnalisées adaptées à la situation de santé de l'assuré. Aider nos assurés à être acteurs de leur santé en améliorant nos programmes de prévention, en menant des actions pédagogiques sur les bonnes pratiques et le coût du système de soins, en accompagnant les patients atteints de maladies chroniques (exemple : le programme SOFIA) et en développant l'éducation thérapeutique. » C'est bien comme cela que se concrétisent les nouvelles missions de l'Assurance maladie.

Valoriser les assurés en bonne santé et se mobiliser pour qu'ils le restent, se trouve alors au centre du métier, valoriser la (bonne) santé et non la maladie. La vision se déplace mettant l'assuré au cœur du système. Les nouveaux objectifs généraux et opérationnels rappellent l'intérêt du dispositif Santé Active : améliorer l'état de santé des personnes, prévenir la survenue de pathologie et éviter les complications ; favoriser les objectifs de prévention et de gestion du risque ; proposer un soutien et un accompagnement personnalisés dans l'adoption de saines habitudes de vie ; faire prendre conscience au public que la motivation et la participation sont essentielles au changement ; conseiller et orienter les participants vers le milieu médical et associatif.

Santé Active fait le lien entre les missions de gestion du risque et de services aux assurés. Parfois rattaché à la direction de la relation clients, ce dispositif est aussi lié à la gestion du risque ou à la maîtrise médicalisée : l'élargissement des missions et leurs déclinaisons nous amène à l'élargissement du spectre de nos métiers.

Santé Active crée une passerelle dans le parcours de l'assuré entre la gestion du risque et la relation clients.

2. Les métamorphoses des métiers de l'Assurance maladie

2.1. De la culture de la prévention à la notion de proactivité

L'Assurance maladie bénéficie d'une expérience certaine en termes de programmes concernant directement les assurés sociaux et leur proposant des prestations à titre gratuit : suivi des nourrissons, bilan bucco-dentaire auprès des adolescents, suivi des grossesses, vaccination anti-grippale auprès des seniors et des personnes atteintes d'affections de longue durée, dépistage organisé de certaines pathologies (maladies génétiques rares chez les nouveaux-nés, cancer du sein...). La culture de la prévention est bien ancrée dans les actions des Caisses, néanmoins elle est souvent basée sur un partenariat avec une association de prévention, sur un diagnostic santé, sur une cible de « malades potentiels ». Avec Santé Active, la prévention devient proactive, elle devient accessible à tous.

Selon le Haut Conseil de l'Assurance maladie « Trois critères paraissent déterminants pour qu'une politique de prévention produise des effets utiles : la participation, la qualité, la traçabilité ».

Santé Active répond à ces trois critères : une offre proposée à tous et accueillie favorablement, une qualité des opérations de prévention encadrées par des professionnels de santé, une traçabilité via un suivi des adhérents grâce au club Santé Active.

Santé Active propose des services facultatifs basés sur le volontariat des assurés et leur motivation.

La proactivité est une caractéristique essentielle de la démarche alors que dans les prises en charge traditionnelles on attend que le patient exprime une demande au système de soins, Santé Active vise à anticiper les besoins et à provoquer un changement d'attitude. C'est l'occasion d'une démarche individualisée de prévention à partir du niveau de compétence et de connaissance de l'assuré et des problèmes qu'il peut rencontrer. Ce dispositif s'efforce d'influencer les comportements plutôt que de les contraindre.

Enfin, en plus des valeurs de motivation et de volontariat, l'autonomie est au cœur du dispositif : dans la réflexion sur les nouvelles missions de prévention de l'Assurance maladie, le respect de l'autonomie est considéré comme devant guider toute démarche. Il conçoit de fournir à l'assuré les connaissances et à favoriser les apprentissages nécessaires pour qu'il prenne en charge activement son quotidien. Il appartient alors au sujet, ainsi éclairé de prendre les décisions et d'effectuer les choix qui lui apparaissent opportuns pour faire face à ses mauvaises habitudes de vie. La légitimité du coaching se trouve incluse dans cette notion d'autonomie et de volontariat de l'assuré.

2.2. Des métiers en constante mutation

De nouveaux métiers voient le jour en plus de nouvelles missions de management : assurer le quotidien en assurant l'exemplarité, donner du sens aux nouvelles missions, constituer une équipe projet en recrutant des experts externes, responsabiliser en laissant de l'autonomie et de l'initiative.

2.3. Le conseiller Santé Active

Le conseiller Santé Active propose un soutien et un accompagnement personnalisés dans l'adoption de saines habitudes de vie en restant dans l'écoute et l'empathie. Pour cela il doit faire prendre conscience au public que la motivation et la participation sont essentielles au changement.

L'exemple de l'entretien du futur adhérent illustre bien ce changement. L'entretien est basé sur l'échange, le respect et l'encouragement des progrès réalisés. Cette technique d'entretien est issue de la démarche Rogerienne d'écoute centrée sur la personne.

Cette approche vise à obtenir un changement de comportement en aidant la personne à explorer et à résoudre son ambivalence. L'entretien se déroule dans une atmosphère empathique où l'on sollicite la participation active de la personne. Sont proscrits de cette démarche : la persuasion, la confrontation agressive et l'argumentation.

La motivation au changement doit venir de la personne elle-même, elle ne doit pas être imposée de l'extérieur. Le conseiller en prévention aide la personne à identifier ses valeurs intrinsèques et ses objectifs qui seront moteurs du changement. Une personne qui se sent comprise et écoutée est davantage disposée à s'ouvrir et à partager ses expériences, ce qui permettra au conseiller de connaître ses ressources et ses points faibles face au processus de changement.

Le rôle du conseiller va être de faciliter l'expression des deux côtés de l'ambivalence et guider la personne vers une résolution acceptable de l'ambivalence, ce qui va engendrer le changement.

2.4. Le délégué Santé Active : un acteur de la vie locale proche des Pouvoirs publics

Le délégué Santé Active est une vraie métamorphose des métiers : il s'intègre comme un nouvel acteur de la vie locale, proche des Pouvoirs publics, des collectivités territoriales, et des élus.

Il assure un contact de proximité avec les assurés, grâce à des actions pédagogiques et préventives localisées. Il est l'acteur d'opérations décentralisées sur le territoire.

Contrairement au conseiller Solidarité, proche des structures publiques et associatives plus « sociales » et « précaires », le délégué Santé Active communique vers l'ensemble des administrés du territoire grâce à un outil : le diagnostic santé.

2.5. Une activité basée sur la géographie de la santé

Agir en santé avec efficacité, c'est prioriser et cibler ses actions. Le délégué Santé Active a pour mission de présenter aux élus, aux responsables associatifs, aux professionnels de santé, dans le territoire de proximité, les grandes caractéristiques de la santé des habitants, en comparaison avec le reste du département.

Il organise des réunions publiques durant lesquelles le débat pourra librement se placer pour mieux comprendre les points forts et faibles de la Santé publique locale. Derrière des questions du quotidien, explorées de manière non culpabilisante, ce sont les solutions locales qui seront présentées : celle des services en santé et notamment de santé active, mais aussi les actions existantes ou à venir, en proximité, pour que chacun parvienne à mieux utiliser les ressources locales.

L'Assurance maladie dispose de nombreuses données de santé qui peuvent servir, une fois agrégées pour rester anonymes, à comparer finement des indicateurs de santé entre les zones géographiques différentes. Elles peuvent être rapprochées de données concernant les mêmes territoires et décrivant d'autres paramètres.

Réitérer la même analyse après une action est un des moyens les plus puissants d'en objectiver le résultat. Base fondamentale du travail du délégué Santé Active, l'analyse de la géographie de la Santé est aussi un service partagé, à forte valeur partenariale : le partage implique aussi la complémentarité dans les services proposés, bien souvent sur la base des activités déjà existantes de l'Assurance maladie.

Il est fondamental de multiplier les actions locales pour fédérer.

La démarche de bien-être et de bien-vivre s'appuie sur une synergie d'outils et d'actions visant à promouvoir et faciliter l'adhésion. Un fort relais réside dans l'ouverture de l'innovation aux partenaires (public/privé, associations, ...).

3. Une mise en lumière des missions et des métiers de l'Assurance maladie au prisme de Santé Active

Santé Active représente une porte d'entrée sur le monde de l'Assurance maladie. Le dispositif permet de communiquer en masse auprès des assurés mais aussi des relais d'opinion. Le déploiement national de Santé Active met en exergue de nouvelles thématiques de communication pour la Protection sociale. À travers les nouveaux services en santé, l'Assurance maladie modifie son image de marque, développe une nouvelle culture d'entreprise interne et externe.

Santé Active permet une communication dans les médias plus favorable à l'institution : loin des thématiques de déficit et de remboursement de soins, le message se tourne vers la santé des assurés, la prévention et les déterminants de la santé au quotidien. L'Assurance maladie passe d'une image passive à active. De l'Assurance maladie à l'Assurance Santé.

De plus, le club Santé Active donne la possibilité de communiquer avec les adhérents et donc avec les assurés autour du système de santé. La notion d'écoute incluse dans les nouveaux métiers s'intègre dans les stratégies de communication. Au-delà de la notion de services, le club propose à ses adhérents d'être partie prenante pour réfléchir ensemble aux services proposés par l'Assurance maladie. Pour exemple, des tables rondes ont été initiées en Sarthe, invitant les membres du club à s'exprimer pour recueillir idées, réactions et suggestions. En plus de ces moments participatifs, les adhérents reçoivent chaque année un questionnaire d'évaluation pour donner leur opinion sur les services proposés. Être acteur de sa santé, c'est aussi participer à l'amélioration du système de santé et l'avis des membres du club Santé Active y contribue. Sur cette dimension en communication, l'Assurance maladie fait avancer l'idée que la santé est un capital individuel qu'il faut préserver et le système de santé un bien commun qu'il faut protéger.

L'organisme prend en compte l'impact de ses actions sur l'extérieur. Il s'ouvre au grand public, il devient un acteur de la vie locale, un ambassadeur de la Santé publique. Ceci a des répercussions sur les missions des services supports et sur les missions de pilotage stratégique des organismes d'Assurance maladie.

Il est donc urgent de donner une image positive de l'Institution mais aussi de la pratique des professionnels de santé, de concilier l'activité traditionnelle de remboursement et celle d'assureur santé dans les politiques de communication tout en faisant accepter un changement culturel dans l'activité des Caisses.

3.1. L'e.coaching Santé Active

Développer la communication, c'est aussi développer les outils de communication, c'est pour cela que le coaching en ligne « l'e.coaching » est une offre en cours de développement.

Service d'accompagnement santé personnalisé en ligne destiné à modifier les habitudes de vie, ce prochain service sera diversifié grâce à deux modules pour répondre aux différents besoins : un complément au coaching Santé Active, et un accompagnement en ligne autonome.

À l'ère du web 2.0 et de l'explosion des réseaux sociaux, être acteur de sa santé passe aussi par Internet et ses services dématérialisés. Disponible dès cette année, le service de coaching en ligne va proposer aux assurés un accompagnement santé personnalisé destiné à améliorer et modifier ses habitudes de vie grâce à un coach accessible 24 h/24 et 7 j/7.

L'e.coaching va donc permettre à chaque assuré de bénéficier du service de coaching Santé Active selon ses disponibilités. Véritable complément ou alternative au coaching Santé Active en présentiel, cet e.coaching offrira informations, conseils et suivi personnalisé sur la nutrition, la santé du dos ou la santé du cœur.

Depuis son ordinateur, sa tablette ou son smartphone, l'assuré pourra bénéficier d'un accompagnement adapté à ses besoins. Ce service d'éducation en santé délivré par Internet garantit une égalité d'accès aux assurés, qu'ils soient citadins ou ruraux, actifs ou retraités... L'e.coaching est ainsi destiné à répondre aux attentes et aux besoins d'un maximum d'utilisateurs.

L'e.coaching personnalisera dans la durée le service offert et restera gratuit. Lors de l'inscription, l'utilisateur sera orienté vers l'accompagnement le plus adapté selon son profil. Il offrira ensuite un contenu personnalisé et ludique : informations et conseils pratiques, quiz et auto-positionnement, exercices, animations virtuelles, vidéos, clips et jeux...

Pour mesurer l'avancée de ses progrès, l'assuré accèdera aussi à des modules de reporting : courbes d'évolution, chiffres clés personnels, bilan de situation... L'enrichissement des connaissances et la motivation seront entretenues, en fonction des changements de comportement de l'assuré (freins, difficultés, succès ou avancées rencontrées pendant le suivi...).

Conclusion

L'évaluation des missions de Santé Active a permis de mesurer l'impact du dispositif sur la consommation de soins, y compris les prestations en espèces (hors maternités) et les prestations hospitalières. Grâce au partenariat avec le laboratoire Manceau de mathématiques de l'Université du Maine (France) en février 2011, l'apport de la prévention sur le changement des habitudes de vie et la consommation de soins a pu être quantifié et les résultats sont plus que significatifs. Le déploiement national de Santé Active et les autres services en santé vont durablement métamorphoser notre institution, mais dès à présent nos missions et nos métiers.

2012 marquera une étape importante dans l'histoire des services en santé de l'Assurance maladie. Les assurés sont de plus en plus nombreux à venir rejoindre le dispositif et les résultats de l'évaluation, ainsi que les témoignages des assurés prouvent qu'il est possible d'agir pour entretenir son capital santé à un meilleur coût.

Les nouvelles missions données aux agents sont encouragées par le succès du coaching : ce qui renforce la légitimité et la conviction de poursuivre dans ce sens.

La métamorphose générale est lancée. Permettre aux assurés de mieux gérer leur santé et préserver l'avenir de l'Assurance maladie s'illustre comme la nouvelle culture d'entreprise pour une Institution qui ne cesse d'évoluer.

L'innovation devient le moteur d'une modernisation durable des organismes. La qualité de service s'améliore, l'interaction avec les assurés se simplifie et la communication avec l'espace public est favorisée par l'essor de ces nouveaux outils : la métamorphose fait émerger une combinaison de différents leviers : l'écoute des usagers, l'innovation des agents, les partenariats externes, l'usage des nouvelles technologies.

Le projet Santé Active c'est donc faire de la contrainte financière et des enjeux sociétaux un vecteur d'innovation.

Fondement et développement de la gestion du risque

Jean-Marc Aubert

Associé Jalma • Ancien directeur de la gestion et l'organisation des soins CNAMTS (2005-2010)

La gestion du risque est devenue un axe prioritaire de la politique de santé de notre pays depuis une dizaine d'années. Elle est au centre de l'activité de l'Assurance maladie.

Cette situation s'explique par le déséquilibre persistant des comptes, par les difficultés rencontrées dans la mise en place des solutions alternatives de redressement telles la baisse des remboursements ou la hausse des prélèvements, et par la volonté collective d'accroître la qualité des soins.

1. Définir la gestion du risque

1.1. Le terme de « gestion du risque »

Le terme de gestion du risque n'est pas un terme nouveau. Dès la création de l'Assurance maladie, son objectif est d'assurer la gestion du risque maladie de ses assurés. Ainsi, l'article 3 de l'ordonnance du 4 octobre 1945 stipule : « *Les Caisses primaires de Sécurité sociale assurent la gestion des risques maladie, maternité et décès* ».

Néanmoins le terme de gestion du risque reste peu usité pendant de nombreuses années. En 1996 il apparaît de nouveau dans la loi pour qualifier les plans d'action établis par les Caisses au niveau local (article L. 211-2-1 du Code de la Sécurité sociale).

En 1999, le plan stratégique de l'Assurance maladie adopté par le conseil de la CNAMTS est le premier plan d'ensemble d'une recherche de l'efficacité des dépenses de l'Assurance maladie. Il ne mentionne néanmoins pas le terme de gestion du risque.

C'est la loi du 13 août 2004 portant réforme de l'Assurance maladie qui consacre finalement ce terme, en prévoyant des orientations de gestion du risque votées par le conseil de la CNAMTS (article L. 221-3 du même code) et des échanges sur les programmes de gestion du risque entre l'Union nationale des Caisses d'Assurances maladie et l'Union nationale des organismes complémentaires d'Assurance maladie (article L. 182-3 du même code).

Ce terme de gestion du risque évoque très clairement le côté assurantiel de l'Assurance maladie. Il porte une connotation plus large que des expressions comme la régulation des dépenses ou la maîtrise médicalisée.

Gérer le risque pour un assureur revient à :

- l'évaluer ;
- le prévenir ;
- le réduire, ou réduire ses conséquences financières ;
- le tarifier à ses clients ;
- transférer la partie du risque qui ne peut être supportée.

Même si l'Assurance maladie est bien définie dès 1945 comme un assureur santé, ses caractéristiques en font un assureur très particulier. Deux pratiques qui sont au cœur de la gestion du risque des autres assureurs lui sont totalement étrangères : la tarification du risque – puisque ses recettes sont des prélèvements obligatoires – et le transfert du risque, la loi ne prévoyant pas de réassurance.

A *contrario*, les autres composantes de la gestion du risque sont également au cœur de son activité.

1.2. Les orientations de gestion du risque

Depuis 2004, le conseil de la CNAMTS a voté par deux fois des orientations de gestion du risque (en 2005 et en 2010). Les orientations de gestion du risque votées en 2005 apparaissent particulièrement importantes puisqu'elles vont déterminer l'étendue de la gestion du risque. Elles retiennent un champ vaste d'application allant de l'information des assurés à l'organisation des soins. Cela est lié à la volonté de définir une politique ayant un impact systémique.

En contrepartie, il est nécessaire d'établir une coopération avec les autres régimes d'Assurance maladie est notamment à travers l'Union nationale des Caisses d'Assurance maladie et avec l'État, qui valide ces orientations lors de la signature de la COG 2006-2009.

Les orientations s'articulent autour de cinq axes :

- Le premier est la prévention et l'information de l'assuré. Ce domaine comprend notamment l'information sur le bon usage du système et sur l'offre de soins locale, la prévention et l'accompagnement des patients. L'objectif est d'aider l'assuré à devenir un véritable acteur de sa santé, conformément aux recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé.
- L'information et l'accompagnement des professionnels de santé pour promouvoir des pratiques de qualité et efficaces constitue une deuxième ligne de force. Le souhait de l'Assurance maladie est d'accroître l'efficacité de l'activité et de la prescription des professionnels de santé par différents moyens, qui vont de la fixation d'objectifs collectifs dans le cadre conventionnel à la communication directe de recommandations de bonne pratique.
- La gestion stricte du périmètre du remboursement vient compléter l'action en direction des assurés et des professionnels. Cela nécessite d'abord le contrôle individuel des droits et des tarifications et la justification médicale des soins. Mais au-delà, il s'agit aussi de promouvoir une gestion active du champ de la prise en charge collective en fonction du service médical rendu et du rapport coût/bénéfice.
- La constitution d'une offre de soins ajustée aux besoins, au niveau national et territorial, en privilégiant les processus de soins et les modes d'organisation et d'exercice les plus efficaces, constitue le 4^e axe ; en effet l'Assurance maladie peut agir sur l'organisation des soins à travers les conventions, toutefois l'efficacité de son action nécessite un fort partenariat avec le ministère de la Santé.
- Enfin, le recours plus large aux incitations financières s'impose pour faire évoluer les comportements des professionnels et des usagers, en complément des actions d'information et d'accompagnement évoquées plus haut.

Les évolutions de la Protection sociale

Ces cinq axes dessinent une cartographie de la gestion du risque. L'ambition de l'Assurance maladie est d'être très opérationnelle et ces orientations ont été déclinées en plans d'action impliquant l'ensemble de son réseau ainsi que certains de ses partenaires.

En 2010, les orientations votées s'inscrivent dans le prolongement des orientations de 2005 et proposent de consolider les actions menées et d'étendre leur champ d'impact. Elles réorganisent ces thèmes autour de 5 objectifs stratégiques : garantir l'accès aux soins et réduire les inégalités de santé, aider les assurés à être acteurs de leur santé, améliorer la qualité de la prise en charge, favoriser le bon usage, rembourser les soins utiles au juste prix.

2. Le développement de la gestion du risque

Ces orientations ont conduit l'Assurance maladie à mettre en œuvre en partenariat avec l'État, les autres régimes d'Assurance maladie et les professionnels de santé, des actions nombreuses et diversifiées.

2.1. Les actions antérieures à 2005

Même si leur qualification a varié au fil des années, de nombreuses actions de l'Assurance maladie antérieures aux années 2000 sont des actions de gestion du risque au sens de sa définition actuelle. L'Assurance maladie les a d'ailleurs intégrées dans ses programmes annuels et pluriannuels.

Les premières actions développées historiquement sont les contrôles individuels des prestations : *contrôle administratif* de la facturation, pour vérifier la conformité à la législation (droits des assurés, respect des tarifs, des cotations...), mais aussi contrôle de la *justification médicale* des prestations, à travers des ententes préalables ou des contrôles *a posteriori*. Ces contrôles restent aujourd'hui l'action de base de la gestion du risque et sont devenus de plus en plus précis et efficaces en particulier grâce à l'évolution technologique.

Progressivement, ce contrôle individuel a été complété par une approche plus globale de l'activité des professionnels : les années quatre-vingts ont vu apparaître les « tableaux statistiques d'activité et de prescription », examinés par des comités locaux chargés de détecter les pratiques abusives.

Un tournant a été opéré au début des années 1990 avec l'apparition de la maîtrise médicalisée. La convention de 1993 a ainsi mis en place les Références Médicales Opposables (RMO), à travers lesquelles les médecins s'engageaient individuellement au respect de ces référentiels.

Au cours des années suivantes, le service médical a lancé plusieurs programmes d'intervention pour améliorer la qualité des soins et optimiser les coûts de prise en charge de certaines pathologies.

La maîtrise médicalisée a été aussi un des volets de la réforme Juppé à travers notamment l'ordonnance n° 96-345. Mais les mesures centrales de responsabilisation financière des professionnels ont dû être abandonnées.

Des programmes de prévention sont mis en œuvre parallèlement à ces évolutions, par exemple au travers du Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaire créé en 1989.

Enfin, la création des URCAM en 1996 a permis d'étendre les actions de l'Assurance maladie dans de nouveaux domaines, comme l'installation des professionnels.

2.2. La mise en œuvre des orientations de 2005 et de 2010

La loi de 2004 et le vote des orientations en 2005 entraînent un développement des actions de gestion du risque de l'Assurance maladie.

Pour une meilleure information des patients, Améli direct reprend un programme antérieur qui mettait à la disposition des assurés un annuaire de l'offre de soins. Cet annuaire est enrichi progressivement avec les tarifs des professionnels ambulatoires puis hospitaliers. En 2011, des informations sur la qualité y sont ajoutées.

Dans le domaine de la prévention, plusieurs programmes sont développés. L'ambition est de favoriser la participation des assurés les plus réticents ; dans ce but ces programmes sont déclinés de manière différenciée en fonction des populations (âge, habitude médicale, lieux d'habitation...). Ainsi le programme MT dents met en œuvre des moyens de communications ciblés pour les enfants et les adolescents. De plus, un effort particulier est fait en direction des familles dont les enfants n'ont pas eu de visite dentaire dans les deux années précédentes.

En termes d'accompagnement des assurés, l'action la plus notable reste le programme SOPHIA. Inspiré des méthodes de « disease management » développées aux États-Unis, ce programme prévoit un accompagnement ciblé des patients diabétiques. Ouvert en 2008, ce service comprend fin 2011 130 000 adhérents dans 19 départements. Il est progressivement étendu à l'ensemble du territoire et à de nouvelles pathologies (maladies cardiaques et respiratoires). Un nouveau métier a été créé à l'occasion : les conseillers en santé, infirmières qui accompagnent les patients et leur apportent des conseils pour mieux vivre leur maladie.

Les actions de gestion du risque concernent aussi les professionnels, s'appuyant notamment sur le cadre conventionnel. Elles portent tant sur la prescription que sur l'activité.

La convention 2004 avec les médecins portait un certain nombre d'objectifs en termes de maîtrise médicalisée. Les textes conventionnels successifs ont enrichi cette liste d'objectifs et ont actualisé ces derniers. Les conventions avec d'autres professions ont permis d'étendre ce concept. Ces objectifs collectifs renforcent la légitimité de l'Assurance maladie auprès des professionnels tout en permettant un soutien des syndicats en termes d'action.

Néanmoins, les résultats nécessitent une action individualisée. C'est pourquoi l'Assurance maladie a développé le métier de Délégué de l'Assurance Maladie (DAM). Le délégué de l'Assurance maladie rend visite aux professionnels de santé et les informe tant sur les objectifs collectifs et leurs éventuelles déclinaisons individuelles que sur les bonnes pratiques.

De nombreux thèmes ont été traités en quelques années, par exemple les différentes classes pharmaceutiques, les transports, les génériques ou les arrêts de travail. L'ambition est de construire un message clair sur le domaine considéré et de le délivrer au bon professionnel, sans lui donner l'impression de remettre en cause sa pratique ni de la lui enseigner. Le délégué n'a en effet ni la compétence ni la légitimité pour cela. Au contraire, l'information délivrée permet au professionnel de faire évoluer lui-même ses pratiques.

D'autres types d'actions sont mis en œuvre tel par exemple le développement d'entente préalable ciblée. Ces dispositifs assez coûteux sont réservés soit aux professionnels ayant fait l'objet d'une pénalité à la suite d'un contrôle, soit aux domaines dont les enjeux financiers ou de santé publique apparaissent importants. L'objectif est d'obtenir une évolution plus rapide et plus importante des pratiques.

Les actions de gestion du risque en direction des professionnels ne ciblent pas uniquement leur pratique médicale mais aussi d'autres éléments comme leur répartition sur le territoire ou leur usage de l'informatique. Ainsi, les actions d'information que les URCA avaient lancées sur l'installation des professionnels ont été complétées pour les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes par la mise en place de dispositifs plus contraignants définis conventionnellement : restriction d'installation dans certaines zones et incitations financières entre autres.

Plusieurs principes clefs guident ces actions :

- Le ciblage des populations. Que ce soit pour les assurés ou pour les professionnels, le ciblage est un élément essentiel de l'efficacité pour éviter des investissements inutiles.
- La graduation des actions. L'objectif de l'Assurance maladie est d'obtenir une modification des comportements. Pour obtenir une modification donnée, l'Assurance maladie met en œuvre plusieurs actions de manière cohérente : l'information générale, les visites aux professionnels, les contrôles. Ces derniers sont réservés aux professionnels dont les comportements apparaissent déviants alors que l'information, générale ou ciblée, vise l'ensemble des professionnels.
- La personnalisation de l'information délivrée. Plus l'information délivrée est personnalisée, plus le bénéficiaire en tiendra compte. Ainsi, les programmes d'accompagnement des patients ou d'information des professionnels utilisent les informations de remboursement.
- Une évolution continue des modes d'action. L'acceptabilité des modes d'action varie avec le temps ; la plupart du temps, une campagne de contrôle ne peut être réalisée qu'après une campagne d'information, sauf si les règles sont déjà bien connues. De même, pour faire évoluer les comportements des professionnels, les moyens d'actions sont enrichis en permanence : objectifs collectifs dès 2004, visites des délégués de l'Assurance maladie à partir de 2005, campagnes de contrôle ciblées ensuite, contrat d'amélioration des pratiques individuelles en 2009, rémunération à la performance conventionnelle des généralistes en 2011, ...

3. Résultats et perspectives

3.1. Des résultats significatifs sur les pratiques

Les résultats de ces actions de gestion du risque apparaissent significatifs : les comportements des professionnels de santé et des assurés évoluent. L'impact sur les dépenses est aussi significatif ; ainsi, après de nombreuses actions tant en direction des assurés qu'en direction des professionnels de santé, le taux de délivrance des génériques – quand il en existe – a atteint les niveaux internationaux : plus de 80 % contre moins de 30 % au début des années 2000.

De même, des évolutions dans les prescriptions de certaines classes thérapeutiques ou dans certaines activités comme la kinésithérapie sont observées.

Les actions de prévention et d'accompagnement ont également un impact efficace et quantifiable : 42 % des enfants de 6 ans ont participé au programme de prévention bucco-dentaire M't dents en 2011.

Globalement, l'action de gestion du risque a contribué au ralentissement de la progression des dépenses, notamment celles des soins de ville. Le taux de croissance de ces dernières est d'ailleurs depuis plusieurs années à des niveaux extrêmement bas, à la fois historiquement et comparativement aux autres pays développés.

3.2. Une amélioration continue de l'efficacité des actions

Quelle que soit l'évolution de la terminologie, la gestion du risque est devenue une politique indispensable à la pérennité de notre système de santé. Dans un contexte économique qui ne permet pas de hausse massive des recettes de l'Assurance maladie, elle contribue au redressement des comptes de l'Assurance maladie tout en améliorant la qualité de la prise en charge des patients.

Son efficacité devrait continuer à croître. En effet, notre compréhension du système de santé s'améliore. Le codage des prestations permet de développer des analyses de plus en plus précises sur les types de soins effectués et les parcours de soins des patients. Ainsi, de nombreux travaux conduisent à préciser les déterminants des dépenses de santé, les modes de prise en charge pour les principales pathologies chroniques et, surtout, leur disparité tant au niveau national que local. Ces travaux aident également à identifier des pistes d'amélioration de notre système de santé, des sources d'actions nouvelles. Si les améliorations du codage devraient être limitées au cours des prochaines années, le travail d'analyse, lui, n'en est qu'à son commencement et devrait être facilité par l'intégration progressive d'analyses sur les données cliniques obtenues par le développement du dossier médical.

Par ailleurs, les possibilités d'actions s'enrichissent progressivement du fait de l'évolution des technologies et surtout de celle des mentalités. Des modes d'actions comme la rémunération à la performance des professionnels de santé étaient peu envisageables il y a seulement 5 ans. Son acceptation par les médecins libéraux marque un tournant.

En effet, l'objectif de la gestion du risque est la responsabilisation des acteurs. Celle-ci est d'abord passée par l'information et le risque de contrôle. La rémunération est un nouveau levier indispensable. Elle permet de renforcer la responsabilisation des offreurs de soins, qui favorisera une meilleure intégration des contraintes et ambitions collectives dans les activités quotidiennes. Cela est indispensable pour faire évoluer le système de santé vers plus d'efficacité.

3.3. Vers un élargissement de la gestion du risque

Enfin, l'extension de la gestion du risque à de nouveaux domaines est incontournable.

La loi HPST de 2009 a mis en place une coordination entre l'Assurance maladie et l'État au niveau national et au niveau régional. Cette coordination doit permettre le développement de programmes régionaux de gestion du risque, coordonnés par les agences régionales de santé étendue à l'ensemble de l'offre de soins. Elle se met actuellement en place.

Elle suppose de répondre à deux défis. Le premier est lié aux différences de culture. L'exemple de nombreuses fusions dans le monde économique illustre les difficultés que cela pose. La qualité du management et le facteur temps sont des éléments essentiels.

Le second est plus fondamental : y répondre suppose une rupture par rapport à une évolution structurelle du système de santé français. L'enjeu d'une coordination accrue entre le ministère de la Santé, les ARS et l'Assurance maladie est de mener une politique cohérente sur l'ensemble du système de soins indépendamment des secteurs d'offre (ambulatoire, établissements sanitaires, médico-social). Dans le domaine de la gestion du risque, le bénéfice de cette politique est dans la réorganisation de la prise en charge entre ces différents secteurs. Cette optimisation du parcours de soins des patients est probablement le principal gisement d'efficacité du système de santé. Dans tous les pays développés, elle est passée par un transfert des soins des établissements vers la ville. Un tel transfert s'accompagne d'un rééquilibrage des dépenses entre ces deux secteurs. Or, comme l'a montré l'observatoire du financement de la santé en France publié par Jalma en 2012, depuis 10 ans, on observe l'inverse en France : les dépenses de soins en établissement progressent un peu plus vite que les dépenses de soins en ville. Ce phénomène s'est en outre plutôt accentué au cours de ces dernières années. Seule une action déterminée des pouvoirs publics pourrait inverser cette tendance. Elle se déroulera néanmoins dans un contexte économique difficile.

Un autre élargissement de la politique de gestion du risque est probable : une action accrue des organismes complémentaires d'Assurance santé. Ces derniers développent aussi leurs politiques de gestion du risque, en mettant notamment en place des réseaux de professionnels, pour favoriser la qualité et la maîtrise des prix, ainsi que des programmes de prévention et d'accompagnement des patients.

Des coopérations nouvelles entre ces organismes, l'Assurance maladie, des offreurs de soins et les ARS pourraient se nouer. Des obstacles néanmoins existent en ce qui concerne la coopération entre assureurs de base et assureurs complémentaires :

Les évolutions de la Protection sociale

- le partage du risque entre régime de base et régime complémentaire est très variable suivant le type de prestation ce qui conduit à une différence non pas dans la nature des risques mais dans les priorités d'action ;
- la différence de structure entre le marché de l'assurance de base, monopolistique, et celui de l'assurance complémentaire, concurrentiel.

Néanmoins, autour de la couverture de certaines populations (fonctionnaires, indépendants, agriculteurs), de telles coopérations sont en train d'émerger du fait des liens forts préexistant entre assureurs obligatoires et assureurs complémentaires.

En conclusion, la politique de gestion du risque se développera au cours des prochaines années, pour donner naissance à de nouvelles formes d'actions et de partenariat. Le défi qui se dresse devant nous est considérable : il ne s'agit de rien de moins que l'alignement de tous les acteurs sur un objectif d'accroissement de l'efficacité de la prise en charge des patients ; une plus grande qualité de soins, à un coût maîtrisé.

Les possibles mutations de la politique familiale

Delphine Chauffaut

Responsable du département « Questions sociales » au Centre d'analyse stratégique (CAS)

Circonscrire la politique familiale en France est déjà un jeu complexe. Les auteurs qui s'y sont essayés (Damon, 2006 ; Elbaum, 2008, Haut Conseil de la Famille, 2010) ont proposé différentes représentations, des tableaux comparatifs aux « pétales » concentriques, soulignant que, au-delà d'un cœur clairement identifié (les prestations familiales et les services aux familles), l'affectation d'autres dispositifs (part familialisée des prestations de soutien au revenu, fiscalité, avantages familiaux de retraites) à cette politique est plus débattue.

En tout état de cause, un minimum d'environ 2,5 points de PIB et un maximum d'environ 6 points semblent encadrer l'ampleur financière de la politique familiale.

Au-delà de cette variation chiffrée, la multiplicité des objectifs qu'elle poursuit et des modes d'intervention de la politique familiale frappe l'analyste. Sur cette politique qui date, dans sa forme actuelle, de l'après-guerre, se sont empilées des strates successives, qui dessinent le portrait d'une politique multiple dont les résultats, notamment en termes de fécondité, sont souvent salués.

La présentation la plus simple de ces objectifs est celle des programmes de qualité et d'efficience de la Sécurité sociale, qui propose quatre orientations : contribuer à la compensation financière des charges de famille, aider les familles les plus vulnérables, concilier vie familiale et vie professionnelle, garantir la viabilité financière de la branche famille. Cette présentation, qui a l'avantage de la clarté, pourrait se subdiviser en des sous-segments qui prennent plus ou moins d'espace dans l'imaginaire et dans les réformes envisagées. Ainsi, le soutien à la natalité, désormais formulé sous l'angle de la possibilité pour les parents d'avoir le nombre d'enfants souhaités, n'est pas si déconsidéré que le laisse croire son absence dans les objectifs du PQE, à voir les nombreuses références des hommes et femmes politiques à notre taux de fécondité élevé par rapport aux autres pays occidentaux. Sous la formulation de l'aide aux familles vulnérables se cachent à la fois la redistribution verticale, mais aussi la prise en compte des situations familiales particulières, qui fondent des dispositifs d'action sociale comme le soutien à la parentalité. Par ailleurs, d'autres objectifs ont pu être mis en avant, comme, sur l'accueil du jeune enfant, le libre choix des familles, ou encore l'égalité des chances. Enfin, des objectifs transversaux, comme la cohésion sociale ou l'égalité

hommes-femmes, ont des impacts sur la manière d'aborder la politique familiale et ses réformes.

Sur le plan des modalités d'intervention également, la politique familiale est multiple. La Cour des comptes souligne ainsi dans son rapport sur la Sécurité sociale de 2012 qu'au sein même des prestations familiales existent des prestations universelles (les allocations familiales, en tout cas à partir du deuxième enfant), des prestations sous conditions de ressources (l'allocation de rentrée scolaire) et des prestations modulées en fonction des revenus (les compléments modes de garde de la prestation d'accueil du jeune enfant). On pourrait ajouter à cette liste les prestations de soutien aux revenus, qui sont familialisées (prestations logement, revenu de solidarité active). Hors ces prestations, les services offerts aux familles offrent une autre modalité d'intervention de la politique familiale : établissements d'accueil des jeunes enfants, accueil de loisirs, lieux d'accueil enfant-parents... sont des soutiens importants (et, lorsqu'ils comprennent un tarif progressif, redistributifs) aux familles ; tout comme les accompagnements plus ou moins individualisés dans le cadre du soutien à la parentalité (Hamel, 2012). Enfin, le système fiscal, avec le principe du quotient familial et les réductions liées aux dépenses pour les enfants, est également une forme de soutien aux familles.

La multiplicité de ces objectifs et de ces modalités d'intervention rend difficile l'évaluation de cette politique. Des analyses comparatives internationales (voir par exemple Thévenon, 2011) parviennent toutefois à montrer que l'ensemble de ces dispositifs, formant une politique forte et diversifiée (HCF, 2011), assure une certaine confiance au sein de la population qui se traduirait (même si le calcul est compliqué à établir) par de bons résultats sur la natalité et sur le taux d'emploi féminin, qui sont finalement les principaux objectifs discutés⁽¹⁾.

Difficile à mesurer, complexe à évaluer, la politique familiale française ne saurait donc recevoir un constat simple quant à ses évolutions. La première partie de cet article tente toutefois de faire le point, en lien avec les principales évolutions sociales, sur les principales mutations passées de cette politique qui, tout en conservant les principes originels, ont permis de construire le château de cartes complexe qu'elle est devenue. Après ce point de situation, deux parties sont consacrées aux mutations possibles. Nous basant sur un exercice de prospective réalisé en 2008 par la branche famille, ainsi que sur des travaux de plusieurs auteurs publiés depuis, nous imaginerons deux grands types d'options, qui semblent encore possibles au lendemain d'une crise économique qui a modifié les équilibres de moyen terme envisageables depuis cet exercice de prospective : une option défavorable à une grande politique familiale, qui deviendrait plus restreinte, ou plus transversale et une option consistant à conserver l'esprit d'une politique familiale puissante, en en refondant les objectifs et les modalités d'intervention.

(1) Notons qu'il existe aussi des travaux sur la réduction de la pauvreté, mais qui ne se focalisent pas sur les impacts de la politique familiale.

1. Le changement dans la continuité : la politique familiale depuis 1945

La politique familiale, construite à la sortie de la Seconde Guerre mondiale sur un consensus fort, s'organisait autour de quatre prestations d'une part (les allocations familiales, l'allocation de salaire unique, les allocations prénatales, l'allocation de maternité) et d'un système fiscal familialisé d'autre part. Les enjeux étaient à l'époque clairement natalistes, et les sommes allouées à la branche famille dépassaient celles dédiées aux branches maladie et vieillesse, représentant presque la moitié du budget de la Sécurité sociale.

Plusieurs évolutions, sociales, économiques et démocratiques, ont toutefois compliqué ce système.

Parmi celles-ci, les évolutions majeures sont sans doute celles de la famille ; elles sont nombreuses, et ont été très largement traitées par les sociologues de la famille (Singly, 2007 ; Déchaux, 2007) ; pour notre sujet, nous n'en retiendrons qu'un nombre limité.

Le premier est sans doute le nombre croissant de **séparations et de divorces** : l'Ined en compte annuellement environ 145 000 qui concernent au moins un enfant ; les bilans statistiques de l'INSEE montrent que le nombre de divorces excède désormais la moitié des mariages au cours d'une année donnée.

Ce phénomène connu, mais néanmoins majeur, a plusieurs séries de conséquences en matière de politique familiale. D'une part, elle **crée de nouveaux types de familles**, dont les besoins sociaux peuvent être spécifiques. Les familles monoparentales ont rapidement attiré l'attention par leur situation délicate en matière financière, au point qu'a été créée, en 1976, l'allocation de parent isolé. Les familles recomposées, qui ne diffèrent pas au niveau de la structure du ménage des familles de première union, constituent toutefois un réseau familial plus large, que les dispositifs qui accompagnent la parentalité doivent prendre en compte.

Cette évolution crée aussi de **nouvelles pratiques parentales** dont le cas emblématique est la résidence alternée, développée tout particulièrement depuis 2002 et qui a imposé de prévoir le partage des allocations familiales quand les parents font cette demande.

Plus largement, cette tendance oblige à **penser les familles comme des entités avec une histoire, une trajectoire** ; elle oblige à **penser la diversité des structures familiales**, et rend caduque l'image de la famille stable, composée de deux parents et de leurs enfants. Ainsi, la possibilité de rupture, jointe à la désinstitutionnalisation (plus de la moitié des naissances arrivent désormais dans des couples non mariés) mettent en lumière la difficulté, voire l'incapacité de la politique familiale actuelle à appréhender toutes les situations, malgré son principe de neutralité : les discussions sur la prise en compte des homoparentales apparaît comme le dernier avatar de cette question.

Le second grand bouleversement social, tout aussi connu, est le **changement dans les modes de vie des familles**, et en particulier l'accroissement du travail des femmes, leur taux d'activité entre 15 et 64 ans passant de 53 % en 1975 à 66 % en 2010 (Eurostat). Donnée économique clé, car la population active en est ainsi considérablement accrue, elle constitue une modification de la vie familiale. Le modèle traditionnel de l'homme gagne-pain et de la femme au foyer (Martin, Comaille, 1998) ne correspond alors plus aux souhaits des familles. Les prestations doivent en tenir compte : l'allocation de salaire unique est ainsi supprimée en 1978, et, depuis la même époque, se déploie une politique orientée vers la conciliation vie familiale - vie professionnelle (Lévêque, Chauffaut, 2012), qui s'incarne notamment dans le développement des services d'accueil aux jeunes enfants.

Une série d'autres évolutions ont par ailleurs conduit à une **diminution de la part relative de la politique familiale** dans la Protection sociale. En effet, d'autres besoins se sont considérablement accrues : les retraites avec l'arrivée de la génération du baby-boom, nombreuse et en bonne santé, le chômage avec l'arrivée de périodes économiques moins fastes. Parallèlement, les financements se restreignent, en lien avec ces mêmes déboires économiques. Ces mouvements ont conduit à limiter le poids des dépenses de la politique familiale, par des revalori-

sations qui entament le pouvoir d'achat des prestations (Fragonard, 2012). Toutefois, par ailleurs, la crise économique accroît le besoin de soutien des populations en paupérisation, et le second mouvement produit par ces mécanismes est un accroissement de la part des prestations sous conditions de ressources dans la politique familiale, qui, d'universelle, devient de plus en plus une politique de **redistribution verticale**.

Enfin, les évolutions de la gouvernance, avec la décentralisation depuis 1982 et l'empilement de responsabilités croisées dans tous les domaines des politiques sociales, ont accru **la complexité de la gestion de la politique familiale**. Les services aux familles, comme les modes d'accueil des jeunes enfants ou les dispositifs de soutien à la parentalité, fournissent à cet égard un exemple criant d'une dilution des responsabilités entre les financeurs, les opérateurs, les régulateurs, etc.

Ainsi, si l'on voulait résumer en quelques mots les évolutions de la politique familiale depuis la fin de la Seconde Guerre mondiale, on pourrait évoquer plusieurs périodes⁽²⁾. Dans la première, qui s'étend jusqu'aux années 1960-70, la politique familiale s'appuie sur la structure familiale traditionnelle : elle vise à compenser le coût de l'enfant pour favoriser la natalité. À partir des années 1965, la politique familiale, pâtissant de la croissance des autres dépenses, accroît la sélectivité de ses prestations, notamment par la création d'allocations conditionnelles. À partir des années 1980, le nombre d'objectifs assignés à la politique familiale s'accroît encore, avec en son centre la prise en compte de la question de la conciliation vie familiale - vie professionnelle, mais aussi la lutte contre les inégalités (notamment de sexe), dans un modèle familial rénové. Cet enrichissement, sans renoncer aux principes antérieurs, se fait au prix d'une plus grande complexité et du développement de relatives incohérences.

Les travaux qui s'interrogent aujourd'hui sur l'avenir de la politique familiale (Elbaum, 2012 ; Fragonard, 2012 et bien d'autres) mettent en lumière plusieurs lignes de tension dont nous soulevons ici les principales :

- **Universalité ou ciblage ?** L'équilibre entre une redistribution verticale incarnée dans les prestations sous conditions de ressources, une redistribution horizontale incarnée par le quotient familial et une redistribution égalitaire que représentent les allocations familiales n'a sans doute toujours pas été parfaitement trouvé, comme le montrent les débats qui ont émaillé la campagne présidentielle. Dans l'intervalle, ces objectifs divergents conduisent à la fameuse courbe en « u », les plus démunis et les plus aisés étant les principaux bénéficiaires de cette politique.
- **Adaptation ou simplification ?** Le souhait d'adapter au maximum les prestations aux caractéristiques individuelles a conduit à complexifier un système que les bénéficiaires ne maîtrisent pas toujours ; le très fort taux de non recours au RSA activité pourrait être partiellement expliqué par cette complexité.
- **Familialisation ou individualisation ?** Concernant l'imposition, certains auteurs (Piketty, 2011) ont promu un système fiscal individualisé, exposant que le quotient conjugal était une désincitation de fait à l'activité, notamment. La question se pose également en matière de prestations, en particulier pour les jeunes adultes, pour lesquels la politique familiale française oscille toujours entre une prise en compte autonome (allocations logement) ou familialisée (allocations familiales).

Afin d'imaginer comment ces tensions peuvent se résoudre, cet article propose de construire quelques scénarios d'évolution de la politique familiale, qui illustrent les grands types de mutations possibles. En 2007, la branche famille avait conduit un exercice de ce type (voir encadré), dont cet article s'inspire. Depuis cette date, certains éléments se sont confirmés (la volonté d'activation des politiques), d'autres

(2) <http://www.vie-publique.fr/politiques-publiques/famille/chronologie/>

se sont infirmés (le choix n'est toujours pas fait pour les jeunes entre une politique d'autonomie et une politique de rattachement au foyer familial), d'autres encore se sont réalisés ou sont en cours (le dispositif d'incitation à l'activité, qui est devenu le RSA et le raccourcissement du congé parental, qui a été annoncé par le gouvernement récemment).

Une hypothèse semble clairement, en tout cas à court terme, exclue : celle du grand soir de la politique familiale, avec un renforcement des moyens qui lui sont alloués : la crise de 2009 dont les effets financiers se prolongent semble invalider cette hypothèse. Une autre hypothèse, le retour un familialisme traditionnel, semble également difficile à imaginer, au vu des évolutions sociales décrites dans la partie un.

Nous imaginons alors ici trois scénarios, dont deux conduisent plutôt à une disparition de la politique familiale telle que nous la connaissons aujourd'hui – formant une entité, à défaut d'un tout cohérent –, et le troisième maintenant l'idée d'une unité, mais complètement refondée.

■ LA DÉMARCHE PROSPECTIVE DE LA BRANCHE FAMILLE

Réalisée entre 2005 et 2007, la démarche prospective de la branche famille s'est déroulée en deux étapes (que les amateurs pourront consulter dans les dossiers d'étude n° 93 et 100 de la CNAF : www.cnaf.fr). Dans la première, une série de variables (revenus des ménages, épargne, formation, évolution des structures familiales citoyenneté...), regroupées par composantes (contexte démographique, contexte économique, modes de vie et aspirations sociales, politiques sociales), ont fait l'objet de fiches proposant des évolutions possibles. Assemblées, ces variables ont permis de construire des micro-scénarios par composantes, eux-mêmes assemblés en **quatre futurs possibles**, schémas contrastés présentant des voies d'évolution volontairement archétypales.

Dans un second temps, ces scénarios ont été déclinés pour chacun des grands pans de la politique familiale : petite enfance, enfance jeunesse, jeunes adultes, logement, insertion y sont traités.

■ DANS LE SCÉNARIO 1, QUALIFIÉ DE TENDANCIEL, LA POLITIQUE FAMILIALE POURSUIT SON MOUVEMENT DE REPLI

Ce futur possible se caractérise par le prolongement des principales tendances en cours : un contexte économique morose, un vieillissement accéléré, la continuation des transformations familiales. Les pouvoirs publics ajusteraient et gèreraient au quotidien, avec certainement des tensions accrues en ce qui concerne les financements, mais il n'y aurait aucune réforme fondamentale. La politique familiale continuerait d'afficher de multiples objectifs, touchant la conciliation vie familiale - vie professionnelle, le libre choix, le coût de l'enfant, les différents types de redistribution, etc. Faute de choix clairs et compte-tenu des contraintes budgétaires, les économies se feraient en « bricolant » sur chacune des prestations sociales et familiales, sans recherche de cohérence. Les efforts se concentreraient particulièrement sur le coût de gestion des risques par les organismes et sur l'organisation du dispositif (regroupement d'organismes au sein d'un département voire d'une région, mise en place de « guichets uniques »). Mécaniquement, dans ce contexte, la politique familiale serait en repli relatif par rapport aux autres risques sociaux, voire en repli absolu. Les rythmes actuels de création de nouvelles prestations et de complexification du droit ne seraient pas nécessairement ralentis.

■ DANS UN SCÉNARIO 2, ÉCONOMIQUEMENT OPTIMISTE, LA POLITIQUE FAMILIALE EST CONFORTÉE

Ce futur possible se caractérise par la conjonction d'évolutions favorables : une croissance « retrouvée » et riche en emplois, une stabilisation des transformations familiales, un vieillissement pondéré par un niveau de fécondité encore plus élevé qu'aujourd'hui. Ce futur possible, qui n'est pas impossible mais semble aujourd'hui éloigné du fait de la crise financière, est celui de tous les indicateurs au vert. La politique familiale serait dans ce cadre en expansion. Lui seraient attribuées certaines des vertus de la situation actuelle :

elle permettrait ainsi de soutenir la fécondité et de mieux concilier vie familiale - vie professionnelle. La politique familiale à la française pourrait inspirer les orientations de l'Union européenne. Les moyens financiers qui lui seraient alloués se trouveraient confortés même si le besoin d'une plus grande lisibilité continuerait de se faire sentir. Ce futur possible, optimiste, n'est pas nécessairement celui du *statu quo* quant aux formes et aux priorités des dépenses publiques en direction des familles ; il pourrait ainsi s'accompagner d'une remise à plat consistant par exemple en un renforcement des dispositifs en faveur de l'articulation travail-famille et une simplification des prestations avec une allocation centrale unique, identique quel que soit le rang de l'enfant et variable suivant les revenus de la famille.

■ DANS UN SCÉNARIO 3, D'AUSTÉRITÉ, LA POLITIQUE FAMILIALE EST LIMITÉE, VOIRE SACRIFIÉE

Dans un contexte de faible croissance, d'explosion des dépenses vieillesse/dépendance, de difficultés persistantes à maîtriser les dépenses de santé, des arbitrages défavorables seraient effectués au détriment de la politique familiale. Les dépenses de prestation, mais également les dépenses fiscales, voire celles pour les équipements seraient réorientées au profit d'autres risques. L'universalité des allocations familiales pourrait être à nouveau remise en cause, et le ciblage des autres prestations renforcé sur les catégories les plus démunies. L'idée même d'une politique familiale universelle serait contestée, au profit d'une logique d'aide sociale cantonnée à la pauvreté (se rapprochant du système britannique). L'accent pourrait alors être davantage mis sur une politique active de l'emploi, considérée comme la plus efficace pour aider les couples à réaliser leur désir d'enfants. Un autre appui à cette option serait de critiquer la socialisation des revenus et de laisser aux « solidarités » familiales le rôle de la politique familiale. Le principe dominant serait alors de considérer que le choix d'un mode de prise en charge reste une affaire purement privée et que les parents doivent se débrouiller pour trouver l'arrangement qui leur convient, sans intervention des pouvoirs publics. En matière de logement, ce scénario pourrait par exemple se traduire par une réduction des aides à la personne pour éviter les distorsions sur le marché, en contrepartie de facilitations pour financer l'accès à la propriété, notamment dans le parc social.

■ DANS UN SCÉNARIO 4, LA POLITIQUE FAMILIALE SERAIT RECENTRÉE

Dans un contexte qui peut être celui d'un cumul de difficultés financières et sociales comme celui d'une relative aisance, des arbitrages seraient effectués entre les différents pans de la Protection sociale. Ces arbitrages seraient réalisés en faveur des investissements en direction des enfants et de la jeunesse. Ce choix de l'investissement social dans le capital humain partirait du principe qu'il est préférable de privilégier la prévention (l'investissement sur l'enfant) plutôt que le curatif (des politiques sociales pour les adultes). Des services extensifs pour déléguer le soin des enfants et des autres personnes dépendantes seraient développés, tandis que la formation et l'emploi de toutes les personnes en âge de travailler seraient encouragés. Il pourrait s'ensuivre une politique familiale pas forcément renforcée mais réformée, avec des priorités claires quant à ses domaines, voire ses modalités d'intervention. Cela pourrait notamment conduire à développer un important tissu de services publics de la petite enfance, relayé par l'école et des prestations monétaires de substitution du revenu pour permettre aux parents de réunir les meilleures conditions économiques et sociales d'existence pour les enfants.

2. Deux scénarii de dilution de la politique familiale

La politique familiale française, identifiée par une série de prestations et un organisme de référence (la branche famille, même si elle n'est de loin pas le seul acteur de la politique familiale) est une configuration plutôt originale en Europe. On pourrait très bien imaginer que, poursuivant son **mouvement de perte d'ampleur relative** (scénarios 1 et 3 de la branche famille), la politique familiale se trouve diluée, soit en perdant peu à peu son statut de grande politique, soit en étant intégrée à d'autres politiques.

2.1. Un ciblage plus important – la politique familiale rationalisée

La première voie que l'on pourrait imaginer est donc, sous l'effet de la crise persistante, celle d'une volonté de faire des économies dans le budget de l'État et d'accroître la compétitivité des entreprises par la réduction de leurs cotisations sociales, autrement dit la poursuite, voire l'accroissement de la **tendance actuelle au repli** de la politique familiale. Ce souhait de limitation de la dépense aboutirait à la concentration sur la **redistribution verticale et à une radicalisation du ciblage des prestations** sur les plus démunis. C'est d'ailleurs la préconisation de la Cour des comptes dans son rapport 2012. Faisant le constat qu'en matière de prestations, certaines sont sous conditions de ressources, d'autres sont universelles et d'autres encore sont modulées en fonction des ressources, la Cour estime qu'une relative incohérence parcourt les prestations (en matière de seuils, de barèmes, d'analyse des besoins des familles). Elle pense que les effets sont insuffisants sur la réduction des inégalités et sur la pauvreté, et constate que les prestations universelles sont plus utiles pour réduire les inégalités que les prestations spécifiques. Toutefois, dans un objectif de cohérence, elle propose de revoir l'économie d'ensemble des prestations au profit d'un renforcement de l'aide aux plus vulnérables et d'une réforme de la Paje vers un plus grand ciblage.

Au-delà de la Paje, ce souci de cohérence pourrait passer dans ce scénario par une réforme systématique des seuils et des indices de revalorisation, dans une optique **d'harmonisation** qui concourrait à la **simplification du système** et à une meilleure appréhension de leurs droits par les usagers ; le souci d'économie conduirait sans doute à une harmonisation sur l'option la moins onéreuse.

Dans ce scénario donc, les prestations et les services, soumis à de fortes économies, seront hyperciblés vers les populations en situation de pauvreté, à l'instar du Royaume-Uni où les enjeux de lutte contre la pauvreté des enfants guident la politique de soutien aux familles. Ce souci d'économie, de simplicité et de bonne utilisation des deniers publics pourrait également amener, toujours comme au Royaume-Uni (Hamel, 2012) à une suppression des prestations qui ne sont pas suffisamment utilisées ; le RSA activité (voir le rapport du comité national d'évaluation) et le complément libre choix d'activité⁽³⁾, qui bénéficient d'un fort taux de non recours, voire d'un faible recours, seraient sans doute par exemple condamnés à l'extinction.

Reprenant les tensions évoquées à la fin de la première partie, nous pouvons décrire ce modèle de rationalisation comme penchant nettement vers le **ciblage des prestations, mais aussi vers la simplification** au détriment de l'adaptation. Les options d'individualisation comme de familialisation sont toutes deux possibles.

(3) Opter ou non pour le COLCA, Benoît Ceroux, Essentie n° 100, 2010.

2.2. Une intégration dans d'autres politiques – la politique familiale transversale

La seconde option d'une politique familiale diluée serait celle d'une intégration de cette politique dans d'autres. Ainsi, alors que la politique familiale porte de plus en plus d'objectifs connexes à la famille (égalité hommes-femmes sur le plan professionnel – Lévêque, Chauffaut, 2012 –, pauvreté, incitation à l'emploi...), ses différents pans pourraient être rattachés aux autres politiques, faisant de la dimension familiale une dimension transversale. À cet égard, la création d'un ministère et d'un haut conseil aux droits des femmes et à l'égalité hommes-femmes fournit un indicateur d'un changement de regard et d'une moindre connexion de ces politiques.

Ainsi, la politique de l'emploi, la politique de l'égalité des chances, la politique fiscale, la politique de cohésion sociale, la politique d'égalité... peuvent chacune accueillir un « bout » de la politique familiale, ou en tout cas prendre en compte dans leur approche le « fait » familial. Plus qu'une politique familiale, on aurait alors des politiques sociales familialisées, c'est-à-dire dont les conditions d'accès prennent en compte la structure familiale, comme c'est le cas pour le RSA, qui ne peut être considéré comme appartenant à la politique familiale, même si la prestation est gérée par la branche famille.

Dans ce modèle, **chaque acteur social** pourrait reprendre une partie de la politique familiale. L'administration fiscale prendrait en charge la compensation du coût de l'enfant par l'intégration dans le calcul de l'impôt sur le revenu. Pôle emploi s'occuperait de la partie activation, en versant le RSA qui pourrait alors être fusionné avec l'ASS par exemple. Les collectivités locales pourraient gérer, sur un mode plus ou moins contraint, les services aux familles, dans un acte III de la décentralisation où des mécanismes de péréquation ambitieux garantiraient une relative égalité territoriale. Comme on le voit, le changement d'acteur ne serait pas sans effet sur le contenu même des prestations : des simplifications, mais d'un autre ordre que dans le premier scénario, pourraient avoir lieu, teintant les dispositifs actuels.

Dans ce format, la branche famille, et la garantie qu'elle apporte d'une homogénéisation du traitement des bénéficiaires, mais aussi des informations comparables et homogènes sur les publics des prestations sur l'ensemble du territoire, pourrait disparaître. Les récents débats sur son mode de gouvernance donnent des indications sur les options en présence.

Ce scénario permet différents modes de résolutions des tensions que nous avons identifiées : le **ciblage ou l'universalité** pourraient toujours exister simultanément dans une politique familiale transversale. La tension entre **adaptation et simplification** parcourt déjà toutes les politiques sociales et ne serait pas nécessairement résolue par une telle dilution, quoiqu'un peut imaginer que certains « doublons » (la compensation du coût de l'enfant par les prestations et par le système fiscal, ou encore les minima sociaux versés par la branche famille et par Pôle Emploi) seraient supprimés. La **familialisation** serait *a priori* maintenue par une inclusion de cette notion dans les politiques sectorielles, mais peut-être sur un mode réformé qui serait la prise en compte du ménage plus que de la famille en tant que telle.

3. Un scénario de refondation de la politique familiale

Le troisième scénario, qui correspond au quatrième scénario formulé par la branche famille, consiste en un **redéploiement** des objectifs et des moyens au sein de la politique familiale. On notera que certains auteurs (Pallier, 2007 ; Fragonard 2012) prônent même un redéploiement, partiellement favorable aux politiques familiales, entre les différents risques sociaux.

Dans ce scénario, la politique familiale, qui ne bénéficierait pas nécessairement de considérables marges de manœuvre supplémentaires, serait **réorientée vers une logique d'investissement social** : il s'agirait de promouvoir des dispositifs qui permettent aux enfants de vivre dans de bonnes conditions et de favoriser l'égalité des chances. Cet investissement, **en se centrant sur l'enfant**, conduirait à limiter l'importance de la structure familiale, et, ainsi, à défamilialiser en quelque sorte la politique familiale, qui deviendrait, selon le titre d'un des rapports de la conférence de lutte contre la pauvreté⁽⁴⁾, une politique de l'enfance. On peut d'ailleurs voir dans la mise en place probable du mariage pour tous et l'ouverture aux couples homosexuels de l'adoption (ce qui, plus que d'ouvrir de réelles nouvelles possibilités d'adoption⁽⁵⁾, va légitimer les familles déjà existantes), une participation à cette volonté de neutralité de la politique vis-à-vis de la configuration familiale, pour se centrer sur l'enfant et en l'occurrence la reconnaissance de sa famille sociale.

Sur le plan des politiques familiales, les prestations pourraient être touchées par ce mouvement. Ainsi, comme nous l'avons déjà évoqué, la compensation du coût de l'enfant relève de trois logiques différentes : redistribution horizontale, verticale, et égalité. Ces trois logiques, adjointes à la « prime » à partir du troisième enfant (barème plus favorable pour les allocations familiales, parts pleines au lieu de demi parts pour le quotient familial), créent des situations d'incohérence au niveau macro économique (la courbe en U), mais aussi des situations d'inéquité entre différents types de familles. Le partage des allocations familiales est emblématique de cela, puisqu'un couple ayant deux enfants, qui se sépare et pratique la résidence alternée n'aura pas le même intérêt à partager ou non les allocations selon que l'un ou l'autre des conjoints a un nouvel enfant ou non. Cette famille au sens large comprenant trois enfants ne touchera pas la même somme selon qu'ils sont ensemble ou séparés, ce qui du point de vue des enfants peut apparaître surprenant. Le seul moyen de résoudre ce cas, et la multiplicité des cas de ce type qui se posent avec le développement de configurations familiales multiples et mouvantes (voir partie 1) est d'avoir un système de compensation du coût centré sur l'enfant : une allocation unique, par enfant, quels que soient son rang et sa configuration familiale, simplifie les partages et est neutre au regard du rang et de la configuration familiale.

Ainsi, pourraient être conservées dans la politique familiale **deux logiques de compensation** au lieu de trois : la logique égalitaire et la logique de besoin (redistribution verticale). À un socle universel et égalitaire de compensation, qui pourrait passer par un crédit d'impôt ou une allocation dès le premier enfant, s'ajouterait des prestations sous conditions de ressources (éventuellement modulées).

Dans ce scénario, des services comme les crèches seraient pensés en fonction de l'enfant : leur objectif concernerait alors **le développement de tous les enfants**, et non, comme cela est le cas aujourd'hui, la conciliation vie familiale - professionnelle des parents. Leur accès pourrait donc être universel même si l'on peut, pour des raisons financières, maintenir le principe d'un financement par les familles, proportionnel au salaire comme cela est le cas aujourd'hui⁽⁶⁾.

(4) Conférence de lutte contre la pauvreté du 10 et 11 décembre 2012, <http://www.cnle.gouv.fr/Familles-vulnerables-enfance-et.html>

(5) L'adoption par des ménages hétérosexuels est déjà très compliquée, entre la procédure d'agrément et l'attente d'un enfant, qui vient aujourd'hui souvent de pays étrangers qui refusent l'adoption par les couples de même sexe.

(6) À cet égard, une extension de la logique de taux d'effort pourrait être réalisée par l'application d'un barème similaire pour l'accueil individuel.

Les évolutions de la Protection sociale

Dans ce scénario, la politique familiale, **se recentrant, se défamilialiserait pour devenir une politique de l'enfance**, plus individualisée ; elle conserverait à la fois sa vocation **universelle et ciblée**, pourrait proposer des dispositifs plus **simples** car centrés sur quelques objectifs essentiels (égalité de fait et des chances) ayant trait aux enfants.

On le voit, les seules difficultés de financement ne déterminent pas les mutations de la politique familiale, qui peut connaître plusieurs futurs sous un même faisceau de contraintes. Même son universalité n'est pas forcément condamnée par des marges de manœuvre limitées, alors que sa simplification autour de quelques objectifs serait sans doute une bonne idée pour améliorer sa lisibilité. Une des questions que l'on peut également se poser est de savoir, si, dans une société des individus⁽⁷⁾, une politique peut encore concerner l'ensemble du groupe familial ?

(7) Norbert Élias, 1991, Paris, Fayard.

Bibliographie

- Bertrand Fragonard**,
« Vive la Protection sociale ! », Odile Jacob, 2012.
- Julien Damon**,
« Les politiques familiales », PUF, collection Que sais je ?, 2006.
- Mireille Elbaum**,
« Économie politique de la Protection sociale », PUF, série Quadrige Manuels, 2^e édition 2011.
- Cour des comptes**,
« La Sécurité sociale, rapport 2012 sur l'application des lois de financement de la Sécurité sociale », Documentation française.
- Gösta Esping-Andersen, Bruno Palier**,
« Trois leçons sur l'État-providence », Paris, Le Seuil, La République des idées, 2007.
- Direction de la Sécurité sociale**,
Programmes de qualité et d'efficience, <http://www.securite-sociale.fr/Programmes-de-qualite-et-d-efficience>
- Andréa Caizzi, Delphine Chauffaut, Sylvie Le Chevillier, Sylvain Lemoine, Jérôme Minonzio, Hélène Paris, Arnaud Rozan**,
« La politique familiale demain, quatre scénarios exploratoires », Dossier d'études, n° 100, branche famille, 2008.
- Jacques Commaille, Claude Martin (1998)**,
« Les enjeux politiques de la famille », Paris, Éditions Bayard.
- Haut conseil de la famille**,
www.hcf-famille.fr
- Marie-Pierre Hamel, Sylvain Lemoine, avec Claude Martin**,
« Aider les parents à être parents. Le soutien à la parentalité, une perspective internationale », rapports et documents n° 50, la Documentation française.
- Thévenon O. (2011)**,
« Population and Development Review », 37 (1): 57-87.
- François de Singly**,
« Sociologie de la famille contemporaine », Armand Colin, Paris, 2007, 128 pages.
- Déchaux Jean-Hugues**,
« Sociologie de la famille », La Découverte, 2007.

La compliance⁽¹⁾, nouvelle obligation du Service public de la Sécurité sociale ?

Vincent Ravoux⁽²⁾
Directeur du réseau CNAF

Pourquoi se soigne-t-on⁽³⁾ ou plus exactement ne se soigne-t-on pas ou mal ? Pourquoi les cotisants payent-ils leurs cotisations ou ne les payent-ils pas ? Pourquoi les allocataires ont-ils recours à leurs droits ou y renoncent-ils ?

Autant de questions qui doivent préoccuper les responsables des politiques publiques citées.

Certaines études⁽⁴⁾ ont montré que la non observance à un traitement médical peut atteindre 60 % de la population soignée, y compris dans des situations de risque vital. Les conséquences sont bien sûr dramatiques en termes de santé individuelle, de santé publique et de gaspillage financier.

Le taux de couverture immédiat ou de paiement spontané est un indicateur sensible car il mesure à la fois l'état économique et financier des cotisants, mais également leur propension à s'acquitter de leurs obligations. Or, ce taux est très différent, selon la catégorie professionnelle du cotisant, sans que cela puisse s'expliquer par des différences d'impact de la conjoncture économique. La mise en œuvre de l'interlocuteur social unique a d'ailleurs montré la grande capacité des cotisants à s'adapter aux aléas rencontrés⁽⁵⁾.

Le rapport du comité d'évaluation du Revenu de Solidarité Active⁽⁶⁾, largement médiatisé à l'occasion de la Conférence sur l'inclusion sociale et la lutte contre la pauvreté puis de la publication du plan quinquennal en janvier dernier, indique qu'un tiers des bénéficiaires du RSA « socle » n'utilise pas les droits qui leur sont offerts⁽⁷⁾. Ce sont même les deux tiers des bénéficiaires potentiels du RSA activité qui ne font pas valoir leurs droits.

La capacité à respecter la prescription, à s'acquitter de ses obligations ou à coproduire⁽⁸⁾ l'établissement de son droit est donc une condition essentielle de l'efficacité d'une politique publique.

(1) La notion de compliance s'entend comme le respect des règles, l'adhésion au système ou l'observance.

(2) Cet article n'engage que son auteur.

(3) L'expression est empruntée au Professeur Gérard Reach, « Pourquoi se soigne-t-on ? Une esquisse philosophique de l'observance ». Éditions Le Bord de l'Eau, janvier 2005.

(4) *Id.*

(5) La Cour des Comptes dans son rapport 2012 sur l'application des lois de financement de la Sécurité sociale estime à 1,5 milliard d'euros la perte financière liée à la mise en place de l'ISU.

(6) Décembre 2011.

(7) Ce chiffre est identique à celui constaté pour le RMI.

(8) La branche famille utilise une expression pleine de sens : la coproduction que l'on peut définir comme étant la capacité du bénéficiaire à faciliter, par une attitude ou une démarche proactive, l'établissement de son droit, la mise en route et le renouvellement de la prestation à laquelle il peut prétendre.

Les évolutions de la Protection sociale

Dès lors, l'obligation de compliance ne pèse pas seulement sur le bénéficiaire de l'action publique qui peut décider d'« éviter » le système (même si c'est parfois à ses dépens), mais aussi, et peut-être surtout, sur son opérateur qui doit mettre en œuvre les moyens nécessaires pour garantir la politique qu'il déploie.

La problématique soulevée est immense. On se contentera de quelques pistes pour lancer le débat.

Le premier ressort de la compliance est l'adhésion aux normes culturelles, politiques et républicaines qui sous-tendent notre système de Sécurité sociale et son financement. Elle n'est pas acquise d'office. Ce qui était évident au sortir de la seconde guerre mondiale l'est peut-être moins aujourd'hui et on aurait tort de croire à la pérennité du système si on ne fait pas l'effort d'en justifier l'intérêt jour après jour. Certains diraient qu'il faut réévaluer en permanence le niveau du contrôle social pour s'assurer de sa solidité.

L'effecteur public doit être reconnu comme légitime. L'évolution de l'Assurance maladie est intéressante de ce point de vue là. Créée initialement pour rembourser des soins, elle vérifie désormais la qualité des actes médicaux et conseille même les malades. Force est de reconnaître que les résultats sont mitigés. Elle y arrive plutôt bien quand elle dit que « les antibiotiques, c'est pas automatique », et plutôt moins bien lorsqu'elle préconise le médicament générique⁽⁹⁾. Au fond, il y aurait une sorte d'effet de marque qui assoirait la crédibilité de l'opérateur.

L'opérateur public doit savoir agir à la fois au niveau collectif et au niveau individuel. Au niveau collectif, car s'agissant de politiques qui concernent plusieurs milliers de personnes on joue sur les grandes masses. Au niveau individuel, car ce mouvement collectif se nourrit de comportements individuels plus ou moins respectueux de la règle. La situation du recouvrement est instructive. L'enjeu immédiat de trésorerie est le taux de paiement spontané. Un déplacement d'un point de recouvrement équivaut à 2 milliards d'euros environ. Mais ce résultat global est la somme démultipliée de comportements individuels sur lesquels l'URSSAF doit chercher à avoir prise. Cela a parfois des effets inattendus. D'un opérateur de recouvrement strict, l'URSSAF est devenue une sorte de banquier social attentif à l'accompagnement des entreprises en difficultés⁽¹⁰⁾.

La politique publique doit s'incarner concrètement. Chacun doit comprendre le bénéfice individuel et collectif qu'il peut retirer du système. Un système de solidarité a besoin d'expressions concrètes qui touchent chaque ressortissant individuellement. Chacun doit être capable de concrétiser le système et c'est d'ailleurs ce qui fait généralement le citoyen lambda lorsqu'il parle de la « sécu ». Un système de pure assistance aurait donc un effet négatif à plus ou moins long terme sur l'adhésion à notre système de solidarité. Outre Atlantique, la querelle entre Démocrates et Républicains montre combien cette adhésion n'est pas acquise d'avance.

Le système doit être simple pour en faciliter l'accès. C'est probablement le plus difficile, car souvent la simplicité rime avec un coût financier important et parfois une certaine injustice. D'où la recherche de règles qui permettent de s'adapter aux situations individuelles et de limiter les coûts. C'est ce qu'on appelle la complexité. Le mieux est malheureusement l'ennemi du bien. On peut illustrer le propos par l'exemple du RSA. Au-delà du non recours constaté, la caractéristique du système est la complexité des formulaires⁽¹¹⁾ et l'instabilité entretenue des situations. Remplir une demande de RSA est d'une

(9) La progression récente de la défiance des Français à l'égard des génériques doit être très inquiétante pour l'UNCAM (sondage IFOP réalisé en septembre 2012).

(10) L'URSSAF, « Banquier social des entreprises », par Marc Le Floch, sous la direction de Vincent Ravoux, Regards n° 42.

(11) On parle d'une liquidation d'une allocation logement mais d'instruction d'une demande de RSA, ce qui illustre bien la complexité.

complexité redoutable et apparemment redoutée des potentiels bénéficiaires. Et en plus, le calcul du droit est recalculé chaque trimestre avec un effet rétroactif sur le trimestre précédent, ce qui, en générant des indus et des rappels, crée une insécurité supplémentaire dans un contexte de vie très dégradé⁽¹²⁾. Si le coût d'accès est jugé déraisonnable (à tort ou à raison), il génère immédiatement du renoncement. C'est probablement ce qui se passe parfois dans le cas du RSA.

Le système doit être incitatif. L'incitation peut être positive, négative ou coercitive. Positive quand l'adhésion à la règle apporte un droit ou une facilité supplémentaire. Pour prendre un exemple, l'utilisation de la carte Vitale et des procédures dématérialisées permet un remboursement des frais de santé en temps quasi réel. Négative quand le non respect de la règle entraîne une gêne plus ou moins importante. Le refus d'utiliser la carte Vitale ralentit le remboursement mais ne le supprime pas. Coercitive quand le non respect de la règle a pour conséquence une quasi amende ou une « exclusion du jeu ». C'est le cas des cotisations redressées qui sont accompagnées d'une majoration de retard destinée à couvrir le loyer de l'argent mais aussi à sanctionner l'erreur ou bien des pénalités prévues en cas de non dématérialisation des échanges par les employeurs. L'exclusion du jeu consiste en la suppression du bénéfice du service pour cause de non respect des règles. L'un des derniers exemples en date concerne la suppression récente du tiers payant par les Caisses d'Assurance maladie lorsque le médicament générique n'est pas délivré. L'effet a été radical et la courbe de délivrance du générique s'est immédiatement redressée.

La mise en œuvre de la politique publique doit enfin accepter de respecter la part de liberté individuelle tant que cette dernière ne nuit pas à l'intérêt public. L'enquête RSA déjà citée montre que 40 % des non recourants déclarent se débrouiller autrement et 25 % affirment ne pas vouloir dépendre de l'aide sociale. Présentation avantageuse d'une désespérance individuelle probablement. Mais ce qui est certain, c'est que l'obligation de compliance qui pèse sur l'opérateur public ne peut conduire à un système totalitaire qui mettrait tout le monde dans des cases normées. Il peut y avoir des déviants et le choix de l'évitement, à la condition rappelée un peu plus haut, doit être respecté.

Au final, l'opérateur public doit donner envie d'agir à son « public », de façon à créer avec lui une dynamique positive, une coproduction à deux (pour reprendre l'expression de la branche Famille) où chacune des parties (l'opérateur et le bénéficiaire) serait coresponsable de l'atteinte de l'objectif fixé. Il s'agit bien d'éviter le renoncement, l'évitement, l'abus ou la fraude, autant de comportements préjudiciables aux finalités recherchées.

Pour ce faire, l'opérateur doit être reconnu comme légitime, son discours et son action doivent inspirer confiance et avoir un sens pour chaque individu, enfin l'effort demandé pour se conformer à la règle ne doit pas être considéré comme démesuré.

Les questions essentielles que devrait se poser l'opérateur pour remplir ses obligations de compliance seraient donc au nombre de trois :

- Ce que je fais ou ai l'intention de faire a-t-il un sens pour le public concerné ?
- Suis-je considéré par ce public comme légitime à le faire ?
- L'effort demandé au bénéficiaire est-il acceptable pour lui ?

On l'imagine bien, les solutions sont autrement plus complexes.

Post scriptum

Et qu'en est-il de la branche Retraite ? Qu'il soit permis à l'auteur de citer un témoignage personnel récent. Une fois reçue l'information sur son relevé de carrière et encaissé le choc du temps qui a passé, l'intéressé s'est mis en quête de compléter les « trimestres manquants » et de transmettre les justificatifs à la CARSAT.

(12) Suite à la réunion du comité ministériel de modernisation de l'action publique, en décembre 2012, l'IGAS a été chargée d'expertiser la situation.

Thème 3

La transversalité
au service de
nouveaux droits de
simplification

L'intégration de l'information à l'utilisateur : le droit à l'information sur la retraite et son impact

Jean-Marie Palach
Directeur du GIP Info Retraite

La loi du 21 août 2003 a instauré le droit pour toute personne d'obtenir un document retraçant l'ensemble des droits qu'elle s'est constitué dans les régimes de retraite légalement obligatoires.

La reconnaissance par la loi du droit nouveau est l'aboutissement d'une prise de conscience de l'insuffisance et de la dispersion des informations données en règle générale par les institutions de retraite, en comparaison des besoins des assurés et de leurs attentes. Les travaux du Conseil d'Orientation des Retraites ont en particulier, dès leurs débuts, dressé ce constat.

Les premiers envois des documents ont eu lieu en 2007. Ensuite, chaque année, plusieurs millions d'assurés ont reçu des relevés de situation individuelle et des estimations indicatives globales et ont exprimé massivement leur satisfaction. La loi du 9 novembre 2010 a créé trois nouveaux services qui complètent l'information des assurés, en accentuant son caractère pédagogique et sa dimension de conseil. La loi renforce ainsi la coopération entre les organismes de retraite et le recours aux voies dématérialisées.

L'impact du droit à l'information peut d'ores et déjà être mesuré grâce aux enquêtes de satisfaction effectuées auprès des assurés. La connaissance des évolutions profondes qu'il entraînera, à terme, sur la vision que les assurés portent sur la retraite et leur comportement ne pourra être appréciée que progressivement, puisque les nouveaux services, en particulier l'entretien d'information sur la retraite à partir de 45 ans et l'information des nouveaux assurés, n'ont été proposés qu'à compter de l'année 2012.

1. La prise de conscience de l'insuffisance des informations communiquées aux assurés sur leur future retraite a entraîné la reconnaissance par la loi d'un droit à l'information spécifique

Dans son premier rapport, pour l'année 2001, le Conseil d'Orientation des Retraites a souligné la nécessité de conforter le contrat social sur les retraites entre les générations, en réaffirmant des principes qui caractérisent depuis longtemps le pacte social sur ce sujet et en dégagant quelques principes complémentaires, parmi lesquels le conseil a rangé le droit à l'information.

Cette exigence d'un droit nouveau, assise sur un constat d'insuffisance, a été satisfaite par la loi du 21 août 2003, elle-même enrichie par la loi du 9 novembre 2010.

1.1. L'insuffisance des informations résultait à la fois de la complexité du système français de retraite et des attentes fortes des assurés

La complexité du système français de retraite, étroitement lié à l'activité professionnelle, trouve son origine dans l'histoire économique et sociale de notre pays. Il existe aujourd'hui des régimes de retraite différents pour les salariés du secteur privé, les salariés du secteur public et les travailleurs indépendants.

Ces régimes sont gérés par 35 organismes, certains gèrent à la fois la retraite de base et la retraite complémentaire, d'autres ne gèrent que l'une ou l'autre des deux étapes de la retraite.

À cette complexité dans l'organisation s'ajoute, pour beaucoup de régimes, la complexité des règles juridiques qui déterminent le calcul de la retraite.

Des attentes fortes des assurés sont engendrées par l'allongement de l'espérance de vie et l'évolution des modes de communication.

L'allongement de l'espérance de vie a ainsi totalement transformé la vision de la période de la vie postérieure à l'activité professionnelle. Alors qu'il y a encore quelques décennies cette période durait peu de temps, elle est désormais une fraction significative du temps de vie. Or, les retraites sont pour la plupart des personnes âgées la source essentielle de leurs revenus. Il est dans ces conditions légitime d'être plus attentif à ce poste, pour concevoir un projet d'existence global. L'éventualité de devoir soutenir ses enfants, avec les difficultés d'insertion professionnelle constatées aujourd'hui pour les jeunes, ou ses parents, en cas de dépendance, accroît la recherche de visibilité.

La diffusion d'Internet a également rendu immédiatement accessibles de nombreuses informations, qui n'étaient auparavant obtenues qu'au terme de démarches particulières. À l'heure des moteurs de recherche, de la mise à disposition d'une bibliothèque planétaire, de la consultation depuis son ordinateur de son compte bancaire ou de sa situation fiscale, l'assuré attend logiquement un service équivalent en matière de retraite.

Or les efforts de communication sur l'avenir des systèmes de retraite et l'impératif de les adapter pour tenir compte des évolutions démographiques ont, dans le même temps, suscité l'inquiétude sur les retraites futures. Depuis le Livre blanc rédigé à la demande du Premier ministre, Michel Rocard, en 1990 et les différents rapports publiés dans les années 1990, suivis par les réformes de 1993, 2003 et 2010, le caractère inéluctable des modifications à opérer a bien été perçu, sans que les assurés

ne puissent appréhender le résultat de ces modifications sur leur situation personnelle. Les enquêtes et les baromètres réalisés régulièrement confirment qu'une large majorité des assurés se sent mal informée.

Dans la situation antérieure à la loi du 21 août 2003, l'ensemble des assurés disposaient d'une information sur leurs droits à retraite, un à deux ans avant l'âge auquel ils pouvaient demander à bénéficier d'une pension. Cette information était délivrée par chaque régime pour la partie le concernant, sans consolidation d'ensemble.

1.2. La loi du 21 août 2003 portant réforme des retraites a créé le droit à une information individualisée

Prenant acte des insuffisances constatées, la loi du 21 août 2003 reconnaît le droit de toute personne à une information individuelle périodique, comprenant :

- un relevé de sa situation individuelle au regard de l'ensemble des droits qu'elle s'est constitué dans les régimes de retraite légalement obligatoires ;
- à partir d'un certain âge, une estimation indicative globale du montant des pensions de retraite auxquelles les durées d'assurance, de services ou les points qu'elle totalise lui donneront droit, à la date à laquelle la liquidation pourra intervenir.

La loi consacre ainsi le caractère obligatoire et systématique de l'information due aux assurés. Elle l'assortit du principe de consolidation. Lorsqu'ils sont dans le champ de la loi, les organismes gestionnaires doivent se coordonner pour communiquer aux assurés des documents portant sur l'ensemble de leurs droits. La complexité de l'organisation des retraites dans notre pays est donc reportée sur les organismes, qui ont l'obligation d'instaurer entre eux des coordinations afin de délivrer à l'assuré, par un interlocuteur unique désigné par eux, une information consolidée.

Conformément aux préconisations du Conseil d'Orientation des Retraites, la loi, précisée par des textes réglementaires, distingue deux populations, en fonction de la proximité de leur départ en retraite.

Pour les personnes éloignées du moment du départ en retraite, le relevé de situation individuelle comprend l'indication des régimes dont elles ont relevé avec la précision de la date de début et le cas échéant de fin d'affiliation ou les années au titre desquelles les droits ont été constitués, les éléments de rémunération susceptibles d'être pris en compte pour la détermination du droit à pension et les durées d'assurance ou le nombre de points.

Le relevé ne comprend pas de montant estimatif des futures pensions. À des années de la retraite, une estimation est apparue trop aléatoire pour être consignée dans ce document. Les assurés pourront utiliser un outil de simulation pour disposer d'une estimation, pédagogiquement mieux adapté à un exercice dépendant d'hypothèses multiples et d'autant plus sensibles que la durée entre la simulation et le moment de la retraite est longue.

Pour les personnes proches de la retraite, l'estimation indicative globale résulte d'éléments exhaustifs. Tous les éléments susceptibles d'entraîner ou d'augmenter les futurs droits à retraite ont vocation à être intégrés. Le document a pour objet principal de communiquer à l'assuré une estimation du total et du montant de chacune des pensions susceptibles d'être versées à des âges clés (âge minimum, âge du taux plein, 67 ans).

Le relevé de situation individuelle est adressé aux personnes de trente-cinq ans, puis tous les cinq ans jusqu'à l'âge de cinquante ans. L'estimation indicative globale concerne les personnes de cinquante-cinq ans, avec également une périodicité de cinq ans.

Ainsi, au moins six générations reçoivent chaque année un relevé ou une estimation, soit plus de cinq millions de personnes.

Pour faciliter la mise en œuvre du droit à l'information, en considérant notamment les impératifs de coordination, la loi institue un groupement d'intérêt public doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière, le GIP Info Retraite, composé de l'ensemble des organismes assurant la gestion des régimes légalement obligatoires, ainsi que des services de l'État chargés de la liquidation des pensions.

1.3. La loi du 9 novembre 2010 a enrichi le dispositif de trois nouveaux services

La loi du 9 novembre 2010 crée trois nouveaux services au bénéfice des assurés :

- une information générale sur le système de retraite par répartition destinée aux assurés ayant validé une durée d'assurance d'au moins deux trimestres dans un des régimes de retraite légalement obligatoires ;
- un entretien portant notamment sur les droits constitués dans les régimes de retraite légalement obligatoires, à partir de 45 ans, à la demande de l'assuré. Lors de cet entretien, l'assuré se voit communiquer des simulations du montant potentiel de sa future pension ;
- la possibilité d'obtenir le relevé de situation individuelle par voie électronique.

■ L'INFORMATION DES NOUVEAUX ASSURÉS

Dans l'année qui suit la première année au cours de laquelle il a validé une durée d'assurance d'au moins deux trimestres dans un des régimes de retraite légalement obligatoires, l'assuré bénéficie d'une information générale sur le système de retraite par répartition, notamment sur les règles d'acquisition de droits à pension et l'incidence sur ces derniers des modalités d'exercice de son activité et des événements susceptibles d'affecter sa carrière.

En 2012, le document d'information générale a été envoyé pour la première fois aux nouveaux assurés, soit environ 900 000 personnes.

Le régime expéditeur du document est le régime de retraite auquel est rattachée cette première activité de l'assuré, de manière à envoyer un et un seul document à chaque personne. Lorsque l'assuré a des droits dans deux régimes, par exemple pour les salariés du secteur privé, la répartition des envois s'effectue en fonction du mois de naissance. S'il a des droits dans plusieurs régimes de base, un ordre de priorité a été défini.

Le décret d'application conserve la possibilité de joindre les assurés autrement que par courrier postal. Les régimes n'ont pas utilisé un autre mode de communication en 2012, mais d'importants efforts sont consentis dans plusieurs d'entre eux pour privilégier les contacts dématérialisés, et ils ont souhaité que cette possibilité reste ouverte.

Le document d'information générale comprend 4 pages. Il est intitulé « Mon parcours professionnel, ma retraite » et illustré de pictogrammes représentant à la fois les différents statuts et métiers évoqués, mais aussi les différentes situations décrites (maladie, maternité, temps partiel, etc.).

Une introduction rappelle à l'assuré que son activité professionnelle lui permet de bénéficier d'une Protection sociale (maladie, invalidité, accident du travail, chômage, événements familiaux, retraite...). Le système de retraite français est ensuite présenté. Les sites Internet pertinents sont indiqués, pour les assurés qui souhaitent en savoir plus.

■ L'ENTRETIEN INFORMATION RETRAITE

La loi ouvre aux assurés de 45 ans et plus le bénéfice d'un entretien, dont les modalités de mise en œuvre ont été précisées par des textes réglementaires et des décisions du conseil d'administration du GIP Info Retraite.

Le schéma retenu vise à concilier l'impératif d'une procédure commune à tous les régimes, et le maintien des marges de manœuvre possibles pour que les régimes, dès lors qu'ils sont en charge d'un entretien, le conduisent dans les meilleures conditions en fonction de leur organisation et de leur mode de fonctionnement.

L'entretien peut se dérouler en face-à-face ou, à la demande de l'assuré ou du régime, par téléphone ou, avec l'accord du régime et de l'assuré, par tout moyen de communication électronique.

Il est structuré en trois phases : la demande d'entretien et de consolidation, la phase de consolidation et l'entretien. Pendant ces trois phases, le conseiller retraite utilise les outils de coordination inter-régimes mis au point dans le cadre du Gip. Il peut demander des simulations, selon la situation et le souhait de l'assuré.

Les simulations sont réalisées à législation constante et sur la base d'hypothèses économiques et d'évolutions salariales fixées chaque année par le GIP Info Retraite.

En ce qui concerne les évolutions individuelles de chaque assuré pour la période de projection, des propositions type ont été définies en tenant compte des régimes d'appartenance connus l'année précédant l'entretien et la situation face à l'activité. Il faut en effet rendre simples et lisibles pour l'assuré des hypothèses formulées sur une situation présente, parfois complexe, et future, par définition aléatoire, et procéder à des projections sur les 20 ans à venir alors que la carrière n'est connue en moyenne que sur 15 ans, voire moins.

Un document d'information générale sur la retraite est remis à l'assuré au cours de l'entretien.

■ LE RELEVÉ DE SITUATION INDIVIDUELLE EN LIGNE

La loi du 9 novembre 2010 a intégré le relevé de situation individuelle en ligne parmi les nouveaux services du droit à l'information.

Le document, commun aux organismes de retraite obligatoire, récapitule l'ensemble des droits de l'assuré.

Pour accéder à son relevé de situation individuelle, un assuré doit se connecter au portail Internet d'un de ses organismes de retraite, parmi ceux qui disposent d'un portail adapté à ce service. En moins de quinze secondes, un message avertit l'internaute que son relevé de situation individuelle est disponible et qu'il peut le télécharger.

Pour garantir la confidentialité et la sécurité des données personnelles, des règles communes d'identification ont été définies. Pour l'assuré, les conditions d'accès sont équivalentes aux conditions d'accès aux autres services offerts par chaque organisme.

Le relevé de situation individuelle en ligne a été mis en œuvre progressivement depuis janvier 2012.

En 2013, 31 organismes de retraite participeront à ce service.

1.4. Les évolutions du droit à l'information, de la loi du 21 août 2003 à la loi du 9 novembre 2010 : le renforcement de la pédagogie et de la coordination entre les régimes, l'anticipation du contact avec les assurés et l'accentuation de la dématérialisation

■ LES OBJECTIFS INITIAUX DU DROIT À L'INFORMATION

Les textes juridiques ne mentionnent pas explicitement les objectifs assignés au droit à l'information. Cependant, il est possible de déduire de la lecture des débats parlementaires, lors du vote de la loi, et des rapports du Conseil d'Orientation des Retraites que les promoteurs du droit ont visé trois objectifs essentiels.

Tout d'abord, l'envoi périodique aux assurés de documents reprenant les éléments enregistrés par les organismes de retraite doit contribuer à fiabiliser ces éléments. En effet, les omissions, par exemple les années de carrière non reportées, seront vraisemblablement signalées par un nombre important d'assurés. Il en résultera une amélioration des comptes et une facilitation des opérations de liquidation, au moment du départ à la retraite. Le droit à l'information devrait ainsi modifier la charge de travail des organismes, en anticipant la relation avec les assurés et la résolution des difficultés.

Le deuxième objectif est pédagogique. Les enquêtes pointent régulièrement la méconnaissance qu'ont les assurés du système de retraite dans son ensemble et du mode de calcul de leurs droits. Sur ces deux sujets, les documents du droit à l'information amélioreront leurs connaissances. Des dépliants d'information générale accompagnent les relevés et les estimations individuelles et présentent de manière synthétique les bases du système français de retraite. Les assurés intéressés peuvent aller plus loin, en consultant le site Internet du GIP Info Retraite ou ceux des organismes.

Enfin, dès la loi de 2003, l'opération a eu pour ambition d'éclairer les assurés dans leurs choix futurs, à partir d'un certain âge. Il s'agit alors de leur communiquer les montants de retraite qu'ils obtiendront, selon leur âge de départ. Qu'on l'appelle « aide à la décision » ou « conseil », l'objectif demeure de mettre l'assuré en mesure d'apprécier les conséquences de son âge de départ sur le montant de la pension.

■ LA LOI DE 2010 A CONFORTÉ LES OBJECTIFS INITIAUX

Les trois services créés par la loi du 9 novembre 2010 confortent les objectifs inscrits dans la loi du 21 août 2003, en avançant le moment de la relation avec l'assuré, en accentuant l'effort de pédagogie, en enrichissant la dimension de conseil et en autorisant l'accès en ligne, à tout moment, au relevé de situation individuelle.

Désormais, au cours de l'année qui suit son entrée dans la vie active, l'assuré recevra un premier document au titre du droit à l'information. Dès ce moment, il a les éléments pour comprendre comment est construit et comment fonctionne le système de retraite français.

À partir de 45 ans, les assurés pourront bénéficier d'un entretien auprès d'un conseiller d'un des régimes dans lesquels ils ont des droits. Le seuil de 55 ans, fixé dans la loi de 2003 pour obtenir des montants des futures retraites, est abaissé à 45 ans. Les assurés, informés plus tôt, pourront asseoir plus facilement leurs arbitrages éventuels, de constitution de patrimoine, de recours au temps partiel ou d'évolution de carrière.

Enfin, la dématérialisation du relevé de situation individuelle rend le service beaucoup plus disponible. Ainsi, des assurés qui hésitent à l'obtenir franchiront sans doute, nombreux, le pas. En 2012, année d'ouverture, plus d'un million d'assurés l'ont utilisé.

2. Si l'impact du droit à l'information peut déjà être mesuré grâce aux enquêtes de satisfaction, la connaissance de ses effets, à terme, ne pourra être appréciée que progressivement

2.1. L'impact des campagnes annuelles : des assurés informés et satisfaits

La première campagne d'envoi aux assurés de documents a eu lieu en 2007. Cinq autres campagnes ont eu lieu depuis, avec à chaque fois la préoccupation d'améliorer les résultats de la campagne précédente.

Au terme de cinq années, grâce au dispositif d'information mis en place, un bilan peut être tiré. La satisfaction des assurés s'est maintenue à un niveau élevé.

■ LE DISPOSITIF D'OBSERVATION DE CHAQUE CAMPAGNE

Pour optimiser et tirer les enseignements de chaque campagne, trois dispositifs ont été mis en place et systématiquement reconduits.

Un tableau de bord constitué de deux groupes d'indicateurs révèle combien parmi les assurés concernés ont effectivement reçu un document et combien parmi les assurés ayant reçu un document ont reçu un document dégradé ou incomplet.

Des statistiques sont également établies à partir des appels des assurés qui ont reçu un document, enregistrés par les organismes. Les principaux motifs d'appels sont en particulier recensés.

Enfin, un prestataire de services mène des enquêtes auprès des assurés bénéficiaires de chaque campagne du droit à l'information.

Les enquêtes permettent de mesurer le comportement et le degré de satisfaction des assurés suite à la réception du document et le degré de satisfaction de ceux qui ont contacté un organisme de retraite.

■ LE POURCENTAGE D'ASSURÉS ÉLIGIBLES AU DROIT À L'INFORMATION AYANT EFFECTIVEMENT REÇU UN DOCUMENT A RÉGULIÈREMENT AUGMENTÉ DE 2007 À 2010, ET LÉGÈREMENT DÉCRU EN 2011, POUR DES RAISONS CONJONCTURELLES

De 2007 à 2010, le pourcentage d'assurés éligibles au droit à l'information ayant effectivement reçu un document a progressé de dix points, passant de 83 % en 2007 à 93 % en 2010. L'amélioration a découlé de deux causes principales. D'une part, il a été mis fin à la rétention par prudence d'un certain nombre de dossiers et, d'autre part, le nombre de dossiers sans adresse a fortement diminué.

En 2007, il avait en effet été décidé de retenir les dossiers pour lesquels le régime de base ou le régime complémentaire figuraient seuls. Les documents ainsi retenus représentaient 8 % de l'effectif total. En 2008, ces dossiers n'ont plus été soustraits des envois, mais beaucoup n'ont pu être transmis, faute d'adresse, et le volume global des documents non transmis pour défaut d'adresse est passé de 5 % en 2007 à 8 %.

Des mesures ont alors été prises par les principaux organismes de retraite pour récupérer un nombre plus important d'adresses, qui ont porté leurs fruits lors des campagnes suivantes.

En 2011, la décroissance du pourcentage d'assurés éligibles au droit à l'information ayant effectivement reçu un document, de 93 % à 89 %, a eu notamment pour explications l'envoi, pour la première fois, d'estimation aux assurés âgés de 60 ans, parmi lesquels une partie non négligeable a liquidé ses droits en cours de collecte des données ou de composition des documents, et aux assurés ayant déjà liquidé au moins une de leur retraite. L'ajout de ces deux catégories a accru la complexité.

■ LES DOCUMENTS ONT ÉTÉ PLUS SOUVENT COMPLETS, DE 2007 À 2010, AVANT UNE DÉTÉRIORATION EN 2011

Le nombre de documents incomplets, soit qu'un régime n'ait pu restituer les données qu'il détient et qu'il ait été placé dans la situation d'émettre un feuillet vide, soit que l'on n'ait pu calculer d'estimation indicative globale, a diminué, de 2007 à 2010.

La proportion de documents comportant au moins un feuillet vide est passée de 10 % en 2007 à 3 % en 2010. Deux causes principales expliquent la persistance de cette situation, quoique pour des populations réduites : la régularisation du compte ou l'existence d'un contentieux.

La part des personnes qui auraient dû recevoir une estimation indicative globale, mais auxquelles il n'a pas été possible de communiquer des montants a également régulièrement décliné depuis 2007, passant de 22 % à 12 % en 2010.

En 2011, les documents adressés avec au moins un feuillet manquant et ceux avec une absence d'estimation des régimes complémentaires demeurent à des niveaux maîtrisés. Les documents envoyés avec une absence d'estimation totale continuent à diminuer pour atteindre un niveau historiquement faible de 9,6 %.

En revanche, la proportion de documents comportant au moins un feuillet vide est en très nette progression, à 7,3 %. La génération des 60 ans pèse à nouveau lourd, puisque presque la moitié des feuilles vides la concerne.

■ LA SATISFACTION DES ASSURÉS EST RESTÉE CONSTANTE À UN NIVEAU ÉLEVÉ

Une démarche utile et appréciée

Les enquêtes ont révélé que l'envoi de documents a été très apprécié. Les documents ont été lus et conservés. Ils sont faciles à comprendre, précis et clairs.

Les assurés ont été pleinement convaincus de l'utilité de la démarche et l'adhésion à l'envoi systématique de documents a été totale. Le taux de satisfaction est resté très élevé entre 2007 et 2011. 90 % des assurés ont déclaré en 2011 considérer la démarche utile et, parmi eux, 49 % « très utile ». Le pourcentage avait été identique en 2007.

Les plus jeunes sont plus nombreux à considérer la démarche utile, alors que les destinataires d'estimations sont plus sceptiques. Cette moindre satisfaction peut s'expliquer par le fait que beaucoup d'entre eux ont déjà pu s'engager dans les opérations de constitution de leur dossier de retraite et connaissaient bon nombre des informations qui leur ont été communiquées.

Des documents lus et conservés

De 2007 à 2011, environ 9 assurés sur 10 ont pris connaissance du courrier reçu. Depuis 2007, le nombre des personnes qui ont « lu entièrement et détaillé » les documents reste à un niveau élevé, majoritairement chez les destinataires d'estimations.

La non-lecture du courrier a surtout tenu à un manque de temps, notamment pour les assurés destinataires d'une estimation, peut-être déjà suffisamment informés ou à un enjeu « retraite » encore trop lointain, notamment pour les jeunes assurés.

Les non-lecteurs sont plus fréquents parmi les assurés de 35 ans et les artisans-commerçants. La complexité du document explique partiellement la non-lecture pour une partie des destinataires d'estimations.

Les assurés qui ont lu le document soulignent qu'il permet de faire le point sur sa carrière et qu'il permet de se projeter sur sa retraite.

Signe de la bonne perception de l'enjeu, et de l'importance que les assurés attribuent aux documents, les lecteurs et les non lecteurs les ont tous conservés.

Des documents bien identifiés et compris

Les documents reçus ont été considérés comme tout à fait informatifs, précis, compréhensibles et à même de sensibiliser sur la retraite. Peu d'assurés ont repéré des éléments difficiles à comprendre dans le courrier.

Ces qualités incontestables, tant sur la forme que sur le fond, ont facilité la lecture du document. Les assurés ayant reçu une estimation ont été plus nombreux que les assurés destinataires d'un relevé à souligner cette facilité de compréhension du document, malgré le fait que l'estimation est plus riche en informations et donc *a priori* plus complexe à lire et à comprendre.

Les assurés sont majoritairement sensibilisés sur leur retraite par le document.

Le niveau de vérification des informations contenues dans les documents est stable, mais les assurés l'ont plutôt vérifié d'une manière générale que ligne par ligne.

Les informations sont reconnues comme étant exactes et complètes pour la grande majorité des assurés.

La dimension pédagogique du document avait été fortement amoindrie en 2010, du fait de l'absence de montants dans les estimations indicatives globales. Logiquement, cette dimension pédagogique repart à la hausse en 2011. Une proportion notable d'assurés considère que le document les aide à comprendre leur retraite de manière tout à fait satisfaisante.

La proportion d'assurés insatisfaits de l'aide apportée par le document pour comprendre les mécanismes de leur retraite est faible.

Bien informés ou sans illusions, ils sont minoritaires à souhaiter aller plus loin dans la réflexion sur la préparation de la retraite.

Des documents qui modifient peu la perception plutôt pessimiste de la retraite

Si le courrier a permis aux assurés de comprendre un peu mieux les mécanismes constitutifs de leur propre retraite et de se projeter dans l'avenir, il a peu influé sur la vision que les assurés ont de la retraite en général et de la leur en particulier.

Cette vision est plutôt pessimiste pour la majorité des personnes interrogées.

Interrogés sur leur propre situation, les assurés restent majoritairement inquiets. Les destinataires de relevés sont plus inquiets et, parmi eux, les assurés de 35 ans sont particulièrement inquiets.

Un impact fort de l'estimation sur la date de départ à la retraite

La majorité des assurés destinataires d'une estimation avaient envisagé une date de départ à la retraite avant la réception du document. En 2011, la proportion s'accroît du fait de l'envoi d'une estimation aux assurés de 60 ans. Pour la majorité, elle a impacté la réflexion sur la date de départ.

Lorsque les assurés n'avaient pas encore réfléchi à leur date de départ à la retraite, l'estimation a également eu un impact pour leur grande majorité.

Les estimations ne correspondent pas toujours aux montants attendus

La grande majorité des assurés déclarent que le montant est soit plutôt conforme à leurs attentes, soit plus faible que celui attendu.

Mais pour les assurés qui s'attendaient à un montant plus élevé, le décalage est difficile à expliquer pour beaucoup d'entre eux. Finalement, la principale explication réside dans le simple fait d'être surpris du montant de la retraite par rapport au parcours professionnel.

Une très faible minorité découvre un montant plus élevé.

Les assurés ont peu contacté les organismes et plutôt pour rectifier des erreurs

On observe une baisse tendancielle des taux d'appels depuis 2007, qui résulte de plusieurs facteurs difficiles à hiérarchiser : l'amélioration de la qualité des documents, la modification pour certains régimes des procédures de traitement des appels et la modification de la codification effectuée par les agents des régimes qui reçoivent les appels.

En 2007 et 2008, environ 7 % des assurés s'étaient manifestés, les destinataires d'estimations intervenant auprès de leur organisme à peu près trois fois plus que les destinataires de relevés. En 2009, le taux global de retours avait chuté à 3,7 %. La chute portait essentiellement sur les estimations dont le taux de retour passait de 11,2 % en 2008 à 6,7 % en 2009.

En 2010 le taux global de contact avait encore diminué, passant de 3,7 % en 2009 à 2,5 %. Du fait du contexte particulier de la campagne 2010, la répartition des appels entre relevés et estimations s'était inversée, les appels provenant de destinataires de relevés devenant majoritaires.

En 2011, le taux remonte légèrement, à 2,8 %. Il est stable pour les estimations, à 4,3 %, et baisse légèrement pour les relevés, à 1,6 %.

Les assurés se manifestent principalement pour trois raisons : un désaccord sur le document, une erreur portant sur l'adresse ou encore la non réception du document et un besoin d'informations complémentaires ou d'explications.

Les modalités et la qualité de l'accueil ont été jugées satisfaisantes

Les assurés ont bien identifié l'organisme à contacter. La grande majorité a déclaré que les coordonnées portées sur le document leur ont permis d'entrer facilement en relation avec le bon organisme. Une « réponse immédiate » a pu très fréquemment être apportée. Lorsque ce n'a pas été le cas, la procédure de rappel a été comprise et acceptée. Les assurés ont exprimé leur satisfaction sur la qualité de l'accueil.

2.2. Les impacts à plus long terme

Au-delà de la satisfaction exprimée par les assurés qui reçoivent les documents, le droit à l'information sur la retraite aura vraisemblablement un impact important sur la vision que les usagers portent sur le système de retraite et sur leurs prises de décision.

Les trois services créés par la loi de 2010 devraient en particulier répondre aux attentes de ceux – nombreux – qui déclarent ne connaître du système de retraite français ou ne rien savoir de leurs futures retraites.

Mais il est encore trop tôt pour mesurer exactement ces impacts.

D'une part, parce que les nouveaux services viennent à peine d'être offerts au public et, d'autre part, parce qu'il est difficile d'isoler les effets du droit à l'information sur la retraite de ceux d'autres sources : les journaux consacrent de plus en plus d'articles au sujet « retraite », parce que les difficultés liées à son financement alimentent les débats sur la pérennité d'un modèle existant. Ces débats s'accompagnent souvent de présentations qui contribuent à instruire les lecteurs, parallèlement aux documents envoyés par les organismes de retraite.

Conclusion

Le droit à l'information sur la retraite est installé dans le paysage national. Chaque année, depuis 2007, des millions de documents sont envoyés aux assurés qui s'en déclarent satisfaits et, pour une part croissante, les attendent ou, quand ils ne les ont pas reçus, les exigent.

Il s'agit certainement du plus bel hommage qui peut être fait aux organismes de retraite qui se sont investis, dès la publication de la loi du 21 août 2003, dans ce chantier de coordination, en acceptant d'assumer collectivement des décisions aux conséquences lourdes sur leur mode de gestion, les relations avec les assurés et leurs systèmes d'information.

Avec la loi du 9 novembre 2010, le Service public d'information sur la retraite, cogéré par les trente-cinq organismes de retraite obligatoire, de base et complémentaire, s'est enrichi de trois services, ouverts en 2012, qui produiront progressivement leurs effets.

Seules deux limites pourraient freiner leur intérêt et affecter la satisfaction des usagers :

- la complexité des règles juridiques, si elle continue de croître, malgré la bonne volonté de tous les intervenants, il est impossible de prendre en compte et d'expliquer simplement des règles que les experts eux-mêmes peinent à maîtriser ;
- l'instabilité des règles juridiques. De réforme en réforme, les modifications des règles rendent caduques les précédentes. Or, le droit à l'information, dans sa partie comportant des montants des futures retraites, a pour objectif de conseiller les assurés et de leur permettre d'asseoir leurs décisions. Si les règles évoluent constamment entre le moment où le conseil est dispensé et le départ à la retraite, la pertinence du conseil est évidemment affectée.

Sous ces réserves, les baromètres et les enquêtes qui restituent régulièrement l'opinion des assurés sur la retraite devraient montrer, dans les prochaines années, l'importance du droit à l'information pour faire évoluer – favorablement – cette opinion.

La Déclaration Sociale Nominative (DSN), simple évolution ou véritable révolution des relations entre les employeurs et les organismes de Protection sociale ?

Renaud Vatinet

Expert des simplifications administratives pour les entreprises⁽¹⁾

Introduction

L'idée de ce qui allait devenir la DSN m'est venue à la fin des années 1990 alors que j'étais de retour sur mon premier métier (la Protection sociale) et que je constatais, étonné, que les processus n'avaient pas changé alors que partout ailleurs les technologies étaient l'occasion de les réviser.

Après avoir accompagné la création du GIP MDS, j'ai prolongé ma réflexion et j'ai commencé à exposer le concept de la DSN au début des années 2000 à quelques responsables publics et paritaires. L'idée a été progressivement reconnue et le GIP MDS s'est vu mandaté par la DSS pour approfondir le sujet. Cinq ans plus tard, la Loi Warsmann a permis d'officialiser ce nouveau mode de relations entre les entreprises employeurs et les organismes de Protection sociale (au sens large du terme).

Après avoir resitué la DSN dans son contexte historique, le présent article vise à présenter la DSN, le concept et ses modalités pratiques, avant d'en venir à une appréciation de ses impacts. Je terminerai cette présentation d'un point de vue plus personnel sur les autres évolutions attendues.

(1) A démarré sa carrière comme responsable informatique puis financier d'institutions de retraite complémentaire et de prévoyance. A rejoint ensuite le CESIA (Centre d'Études des Systèmes d'Information des Administrations) pour diriger deux programmes interministériels (Système d'information du Service public de l'Emploi et Normes d'échanges des Centres de Formalités d'Entreprises) avant de devenir Directeur en charge des opérations de simplification administrative pour les entreprises. A conçu et piloté le déploiement du Transfert de Données Fiscales et Comptables, porté deux programmes européens (SERT et TELER), dirigé l'étude sur le poids des formalités administratives (étude Cosiforme) et défini à cette occasion la méthodologie de mesure des charges administratives (reprise en Europe sous l'appellation MRCA, mesure et réduction des charges administratives). A contribué aux travaux de l'INPS dans les années 90 puis à la création du GIP MDS à la fin des années 1990. Après avoir rejoint Deloitte Conseil (devenu Ineum Consulting en 2003 puis Kurt Salmon en 2011) a dirigé les missions de conseil tournées vers les organismes de Protection sociale et a notamment été en charge de l'étude d'impact de la DSN pour les entreprises commanditée par le GIP MDS et par le MEDEF. A créé en février 2013 la SAS VATINET Conseil pour partager son expertise et son savoir-faire.

1. Le concept de base de la DSN

Le déploiement des principes de comptabilité d'engagement a conduit la plupart des organisations modernes à partir du fait générateur. En matière de Protection sociale, les faits générateurs majeurs sont l'embauche du salarié (événement auquel est associé le contrat de travail) et la paie (événement auquel sont associées les cotisations sociales).

Jusqu'à présent, si quelques procédures déclaratives reposaient bien sur un événement (déclaration d'intention d'embauche pour les URSSAF ou déclaration d'affiliation pour l'entrée en prévoyance chez les IP), la plupart des procédures déclaratives (ou de réponses à enquêtes) reposaient sur des communications périodiques, multipliant les déclarations au fil des organismes destinataires, en fonction des besoins (contenu et rythme de collecte) de ces derniers.

En partant des faits générateurs, la DSN permet de coller au plus près de la vie de l'entreprise et invite les organismes sociaux et de Protection sociale à s'adapter à celle-ci. Ce faisant, la DSN permet ainsi de se substituer à un grand nombre de déclarations, tout en apportant une sécurisation et une simplification du simple fait du rapprochement de l'événement déclenchant (le traitement des « anomalies déclaratives » étant plus facile à faire dans la foulée de l'événement que plusieurs mois après).

2. Le retour d'expérience des nombreuses opérations de simplification administrative menées depuis 30 ans

La simplification administrative est un objectif constant de tous les responsables administratifs et de tous les Gouvernements. Malheureusement, l'effort consacré pour vaincre ou contourner les résistances au changement conduit à étaler sur plusieurs années la réalisation de mesures qui peuvent pourtant apparaître comme du simple « bon sens ». Parallèlement, l'intention de faire réaliser une étude d'impact sur toute nouvelle loi ou texte réglementaire est rarement suivie d'effet et, chaque année, plus d'une dizaine de nouvelles obligations conduisent à créer une complexité administrative nouvelle pour les entreprises (dit autrement, pour une mesure de simplification, dix mesures nouvelles apparaissent chaque année se traduisant par une complexité accrue).

En matière de simplification administrative des relations entre les entreprises et les organismes publics ou sociaux, trois axes ont été privilégiés depuis 30 ans :

- le formulaire ou la déclaration unique (exemple de la DADS) ;
- le guichet unique (lieu unique de dépôt ; exemple du CFE) ;
- la dématérialisation (exemple de Net Entreprises, mais aussi du support magnétique il y a 30 ans).

Parallèlement, les principes qui guident la modernisation des relations client ont pénétré les organismes de Protection sociale :

- segmentation clients (exemple : employeurs individuels à domicile) ;
- réseau de distribution (exemple : experts-comptables) ;
- suivi personnalisé (exemple : compte personnel sur le site de l'OPS).

Enfin, les organismes se sont appropriés progressivement les principes clés d'un « marketing produits » :

- concevoir la « déclaration » comme un produit et adapter le « packaging » ;
- développer les services autour du produit déclaratif ;
- identifier et motiver les partenaires ;
- communiquer⁽²⁾.

Le tableau ci-après permet d'illustrer quelques exemples d'opérations significatives⁽³⁾ :

Années 1975-1980	<ul style="list-style-type: none"> • Les liasses papier carbonées permettent une même rédaction ou impression des déclarations annuelles de salaires pour des destinataires différents (la DAS 1 est alors adressée aux Impôts, aux URSSAF, aux CRAM et à l'INSEE) • Les supports magnétiques permettent l'envoi de fichiers volumineux (exemple des fichiers paiement des retraites) et permettent le recueil de déclarations de salaires par les institutions de retraite • La CNIL est mise en place et instaure des règles de contrôle sur les données nominatives
Années 1980-1985	<ul style="list-style-type: none"> • Le programme Transfert de Données Sociales est expérimenté avec 4 axes : <ul style="list-style-type: none"> – normalisation des données – restructuration de l'imprimé déclaratif (DADS) – lieu unique de dépôt (CRAM) pour le compte de l'ensemble des destinataires – élargissement des supports (magnétiques et télématiques dès 1983) • Le programme Centres de Formalités pour les Entreprises (CFE) permet d'instaurer un lieu unique de dépôt des déclarations relatives à la vie de l'entreprise, un imprimé unique par nature d'événement et une norme d'échanges permettant le filtrage des données selon les destinataires et en fonction de l'événement
Années 1985-1990	<ul style="list-style-type: none"> • La généralisation de TDS intervient après 5 ans d'expérimentation ; la bascule s'effectue avec la suppression de la facilité accordée aux grandes entreprises de remettre des listings pro-format • Les Caisses de Retraite Complémentaire adoptent une norme dérivée (TDS CRC) • L'étude CESIA sur Simplification Administrative et NTIC fait référence (en France et en Europe) et plusieurs programmes sont lancés (plan qualité DADS, programme EDI avec TDFC, mesure des charges administratives, ...)
Années 1990-1995	<ul style="list-style-type: none"> • La généralisation de TDFC consacre l'organisation de flux EDI avec le concours d'opérateurs privés (relais) et l'usage de la messagerie X400 • Les experts comptables s'approprient les normes EDIFACT et permettent d'élargir aux PME les flux déclaratifs dématérialisés • Le retour d'expérience des travaux menés en France est exporté auprès de la Commission Européenne (programmes SERT et TELER) et de l'institut statistique néerlandais

(2) Les opérations de simplification administrative ne sont pas particulièrement complexes au plan technologique. Elles sont en revanche lourdes à mettre en œuvre du fait du nombre d'acteurs à mobiliser. Ainsi, l'auteur de cet article préconise-t-il depuis 25 ans de prévoir 10 € d'investissement en communication / conduite du changement pour 1 € d'investissement informatique.

(3) Source : intervention de l'auteur lors des conférences Kurt Salmon sur N4DS et DSN.

Les évolutions de la Protection sociale

Années 1995-2000	<ul style="list-style-type: none"> • Les Assises de l'Institut national pour la Simplification (INPS) rassemblent l'objectif de simplification avec le développement de la qualité de service • La DADS-U intègre dans une norme commune le formalisme nécessaire aux différents destinataires de déclarations annuelles de données sociales • La CNAV et l'ACOSS intègrent la dimension marketing dans leurs réflexions sur la simplification (segmentation clients/réseaux de distribution/produits déclaratifs)
Années 2000-2005	<ul style="list-style-type: none"> • Le GIP MDS met en service le portail Net-Entreprises en rassemblant les déclarations des organismes de Protection sociale obligatoires (de base et complémentaires) • La Délégation aux Usagers et à la Simplification Administrative lance les travaux de Mesures et de Réduction des Charges Administratives (MRCA) pour les entreprises • Les premiers concepts de DSN sont avancés et trouvent une dérivée pour l'Assurance chômage dans le cadre de la lutte contre la fraude
Années 2005-2010	<ul style="list-style-type: none"> • La DGME prend le relais de la DUSA pour soutenir les objectifs de mesure et de réduction des charges administratives et lancer différents projets de simplification en repensant le processus déclaratif • Le GIP MDS élargit son offre de déclarations dématérialisées • La DADS-U devient obligatoire • L'UNEDIC expérimente le projet DNA (déclaration nominative des assurés) • Le déploiement du droit l'information retraite induit le principe de se rapprocher du fait générateur (le bulletin de paie) • Le GIP MDS et le MEDEF font effectuer une étude d'impact de la DSN sur les entreprises
Années 2010-2015	<ul style="list-style-type: none"> • Le déploiement de la norme N4DS conduit à dissocier structure de données et enveloppe de message déclaratif • Après 5 ans d'études, le lancement de la Déclaration Sociale Nominative (DSN) est annoncé. • Les Assises de la simplification administrative (29 avril 2011) sont l'occasion de relancer l'objectif de réduction des charges administratives pesant sur les entreprises ; la DSN est consacrée parmi les 80 mesures proposées • L'article 35 de la loi n° 2012-387 votée le 29 février 2012 et promulguée le 22 mars 2012 (dite loi Warsmann) officialise la mise en place de la DSN à compter de 2013

3. Les modalités de mise en œuvre de la DSN

Les principes retenus pour le déploiement de la DSN sont les suivants :

- un flux de collecte périodique (mensuel, après la paie) et un flux de collecte événementiel (ex. : arrêt de travail) ;
- des déclarations déposées sur le site Net-Entreprises géré par le GIP MDS ou sur le site MSA pour les entreprises agricoles ;
- un contrôle technique des déclarations par l'ACOSS et un éclatement en deux flux : l'un vers les organismes publics (avec une conservation des données assurée par la CNAVTS), l'autre vers les régimes assurantiels (avec une coordination assurée par la FFSA, le CTIP et la FNMF).

La Loi prévoit que la DSN devra être mise en œuvre en 2016 au plus tard. Il est probable qu'un délai complémentaire soit accordé aux entreprises mais aussi aux organismes de Protection sociale avant que le caractère obligatoire de la DSN s'impose à tous. Entre-temps, la DSN sera déployée par étapes (périmètre de couverture), sur la base du volontariat des entreprises. Au terme d'une année pleine de déclarations DSN mensuelles, les entreprises pourront trouver le bénéfice complet de la nouvelle procédure, avec l'abandon de la DADS.

4. Le champ d'application de la DSN

En partant des faits générateurs, la DSN va se substituer à une trentaine de déclarations. Le tableau ci-après permet d'identifier ces dernières en distinguant les années de mise en service.

<p>1^{re} étape (2013)</p>	<p>Déclaration des Mouvements de Main-d'Œuvre (DMMO) Enquête sur les Mouvements de Main-d'Œuvre (EMMO) Attestation Employeur destiné à Pôle Emploi (AE) Déclaration de Salaires pour les Indemnités Lounalières (DSIJ) Déclaration de radiation d'un salarié pour la couverture prévoyance complémentaire</p>
<p>2014- 2015</p>	<p>Extension progressive (le calendrier sera précisé par La mission de maîtrise d'ouvrage stratégique du projet DSN à l'issue du 1^{er} trimestre 2013)</p>
<p>Cible (2016)</p>	<p>Les 5 premières, plus :</p> <p>Déclarations de Cotisations Sociales (DUCS et autres formes propres aux organismes collecteurs) Déclarations Annuelles de Données Sociales (DADS et autres formes de collecte de données salaires) Déclaration récapitulative des heures supplémentaires, FPC, Taxe d'apprentissage Fongecif, DOETH, Effort à la construction Déclarations de congés payés et intempéries (BTP) Congés payés du spectacle, Chômage intermittents du spectacle Dossier OFII ...</p>

5. Les bénéfices induits pour les entreprises

Pour appréhender l'étendue des gains apportés par la DSN aux entreprises, il convient tout d'abord de se situer en phase finale de déploiement (toutes les déclarations remplacées par la DSN étant effectivement supprimées) et sur des processus et des outils stabilisés.

Les apports de la DSN pour l'entreprise s'inscrivent dans la refonte des processus : en lieu et place d'une organisation basée sur les flux déclaratifs (telle personne est en charge des DADS, telle autre des enquêtes DMMO, ...), la DSN va permettre une organisation centrée sur la vie interne de l'entreprise (les entrées sorties des salariés, la paie, ...) : la complexité est ainsi transférée aux organismes destinataires.

Parallèlement, la réduction drastique du nombre de déclarations (cf. tableau *supra*), l'automatisation de la production de la DSN à partir du logiciel RH/paie et l'identification d'un interlocuteur unique (front office commun assuré par les opérateurs du système) permettront de réduire la charge directe de production des déclarations.

Enfin, le rapprochement du traitement des déclarations et du fait générateur facilitera le traitement des anomalies, dans un cercle vertueux de fiabilisation des données (au lieu de corriger simplement l'information communiquée à l'organisme destinataire, l'entreprise sera incitée à corriger l'information en paye dans son propre SI pour éviter un nouvel envoi en risque d'anomalie). De plus, la réduction drastique du nombre de données communiquées (dans un facteur de 3 à 1 selon les données du GIP MDS) conduira également à la réduction du nombre d'anomalies.

À l'intérieur de l'entreprise, les salariés eux-mêmes pourront percevoir les intérêts de la DSN : d'une part leurs droits seront mis à jour plus rapidement (inutile par exemple d'attendre 18 mois pour obtenir ses points retraite), d'autre part leurs changements de situation pourront être maîtrisés plus rapidement par les organismes concernés.

À l'extérieur de l'entreprise, les éditeurs de logiciel de paie-déclarations sociales seront impactés par la baisse du nombre de déclarations, permettant de simplifier les chaînes de production d'états, par l'adoption d'une norme fonctionnelle unique, permettant de rationaliser les compétences nécessaires, par un lissage sur l'année des déclarations permettant d'éviter les surcharges annuelles liées au traitement de la DADS-U et par l'adoption de référentiels et de modèles de données mieux structurés et mieux partager permettant d'optimiser leur architecture technique. Ces simplifications pourront leur permettre de développer de nouveaux services pour les entreprises, à plus forte valeur ajoutée, tels que par exemple sur la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences.

Les experts-comptables seront directement concernés par le déploiement de la DSN auprès des petites entreprises : là-aussi, l'automatisation des tâches, la rationalisation des processus et le lissage des charges pourront leur permettre de repenser leur organisation interne et de préparer le développement de nouveaux services pour leurs clients.

6. Les bénéfices induits pour les organismes

La maîtrise de l'information constitue l'enjeu majeur de nos organisations modernes. En bénéficiant de flux d'information au fil des événements générateurs dans les entreprises, l'organisme destinataire sera en mesure de mieux remplir ses missions, avec un service de meilleure qualité pour l'entreprise et ses salariés.

Le recouvrement des cotisations sera fiabilisé dans la mesure où un nombre important de contrôles de vraisemblance et de seuils pourront être exercés au mois le mois sans attendre la DADS-U du début de l'exercice suivant.

Les organismes de retraite pourront attribuer les points retraite au début de l'exercice suivant (si leur réglementation reste sur une base annuelle) voire même au fil de l'eau (s'ils font évoluer leur réglementation) au lieu des 18 mois constatés actuellement (fin de l'été de l'exercice suivant). Par ailleurs, pour les salariés partant en retraite, l'actualisation de leurs droits pourra être effectuée en quasi-temps réel après leur dernier mois d'activité.

L'Assurance chômage bénéficiera des informations clés nécessaires à l'actualisation des droits et/ou des prestations en réduisant ainsi le risque de récupération d'indus.

Les institutions de prévoyance et mutuelles complémentaires santé (contrats collectifs) pourront bénéficier du même impact. De plus, en collectant des informations clés sur l'évolution des salaires dans l'entreprise, elles pourront actualiser leurs produits de façon plus réactive, en collant à l'évolution des besoins dans l'entreprise.

Les organismes statistiques pourront bénéficier d'informations fiabilisées, dans des délais plus courts, permettant de valoriser la finalité même des statistiques en éclairant sur les évolutions constatées pour préparer des projections plus pertinentes.

La lutte contre la fraude sera plus efficace, en permettant des contrôles de situation plus rapprochés des changements de situation des ressortissants.

Conclusion

La DSN est un projet de simplification administrative majeur pour les DRH des entreprises. Si les conditions requises sont réunies pour lancer le projet (cadre fixé par la loi, implication des acteurs, maturité des solutions informatiques, ...), son démarrage sera progressif (2013-2016) et les acteurs les plus novateurs seront ceux qui pourront en recueillir le fruit le plus rapidement.

La DSN « révolutionne » la relation entre les entreprises et les organismes sociaux

- Par sa logique de flux continu, elle induit la possibilité d'introduire de nouveaux modes de gestion, au fil de l'eau, sans stocks (en flux tendus selon les logisticiens).

La DSN reste neutre par rapport aux choix politiques

- Elle permet de garder ouvertes différentes possibilités de schémas organisationnels de recouvrement des cotisations sociales.

Par ailleurs et à titre personnel, au-delà de la DSN, il me semble nécessaire de préparer d'autres évolutions, encore sous-évaluées

- L'inversion du sens de la preuve : ne faut-il pas arrêter de responsabiliser le chef d'entreprise sur un processus qui ne relève que de la responsabilité des OPS (les règles de calcul des cotisations) ; dès lors que la DSN permet de transmettre mensuellement l'assiette salaire et la situation d'emploi de chaque salarié, il devrait appartenir à chaque OPS la responsabilité d'indiquer en retour à l'entreprise le montant de la cotisation due ; un tel retour permettrait à l'entreprise d'archiver au lieu de devoir rendre compte plus de 15 mois après l'événement.
- L'automatisation des processus : ceux de facturation – recouvrement (par les OPS) et ceux de comptabilisation (dans l'entreprise) pourront conduire à de nouvelles économies de notre modèle de Protection sociale.
- La remise en cause de l'annualité du plafond de Sécurité sociale au profit du plafond mensuel : est-il raisonnable de devoir attendre la fin d'année pour connaître le montant réel à payer et ne faut-il pas arrêter les re-calculs systématiques et reports d'un mois sur l'autre pour les salaires qui évoluent au dessus du plafond SS ?

La DSN : une simplification radicale pour les employeurs et la Protection sociale

Jean-Louis Bühl et Stéphane Eustache

En charge de la maîtrise d'ouvrage stratégique du projet DSN

Introduction

Dans le prolongement des Assises de la simplification, la loi du 23 mars 2012, relative à la simplification du droit et à l'allègement des démarches administratives, institue la Déclaration Sociale Nominative (DSN).

La DSN est une mesure qui vise à dématérialiser et effectuer en une seule transmission la plupart des déclarations et formalités sociales auxquelles sont tenus les employeurs. Ce n'est pas un projet de simplification destiné à améliorer l'offre déclarative existante. C'est un concept innovant qui conduit à une refondation progressive de la relation déclarative et à une véritable réingénierie de la circulation des données sociales. En voici les principes, ambitions et modalités de déploiement.

1. La DSN, une logique déclarative nouvelle s'appuyant sur les acquis des démarches antérieures

La dénomination retenue par le Législateur est trompeuse. En réalité, la « Déclaration Sociale Nominative » ne s'apparente pas à une déclaration papier ou dématérialisée. C'est un mode de transmission répondant à une logique nouvelle.

1.1. Une logique nouvelle

Le principe de la DSN est simple. C'est un fichier mensuel préparé par le logiciel de paie de l'entreprise et comportant l'ensemble des données d'identification, de modalités d'emploi et de rémunération des salariés. Complétés de quelques signalements d'événements, ce fichier se substitue ainsi aux formalités que doivent accomplir les entreprises et les dispensent ainsi de leurs obligations déclaratives.

■ PARTIR DE LA PAYE ET NON DES DÉCLARATIONS PRÉEXISTANTES

L'innovation DSN réside dans la logique de composition de ce fichier. Les données véhiculées sont celles utilisées par l'entreprise pour ses besoins RH-payé et non les données des déclarations préexistantes. Ce sont des données fiables et actuelles car contrôlées par les employeurs et les salariés. Ainsi, une fois que la réglementation sociale a été appliquée pour faire la paie, l'employeur n'a plus à y revenir pour élaborer une déclaration. C'est le dernier stade du traitement de la paie.

■ LIMITER LES DONNÉES DEMANDÉES

Le fichier DSN ne comporte ni données complexes ou informations statistiques, ni données redondantes qui pourraient être obtenues par un autre moyen, en les déduisant ou les recalculant. Il est constitué de données rationalisées et harmonisées dont les définitions sont partagées entre les organismes et administrations bénéficiaires. D'une certaine façon, la DSN transfère ainsi la gestion de la complexité, celle de l'organisation et des règles de la Protection sociale, de l'entreprise vers les institutions qui gèrent les prélèvements et les prestations. Elle permet, dès son démarrage, une réduction de 35 % des données demandées aux entreprises.

■ TRANSMETTRE UNE SEULE FOIS, EN UN POINT UNIQUE ET UNE SEULE ÉCHÉANCE

L'autre innovation que porte la DSN est le principe du « Dites-le une seule fois », autre grand chantier prioritaire du Pacte national pour la croissance, la compétitivité et l'emploi du 6 novembre 2012. En effet, la DSN, transmise en une seule fois, un seul point d'accueil et une même échéance, permet d'adresser aux institutions de la sphère sociale l'ensemble des données d'identification et de rémunération des salariés nécessaires à l'accomplissement des obligations déclaratives des entreprises. Une fois ces éléments reçus, les institutions n'auront plus le droit de demander à l'entreprise des données déjà produites.

1.2. L'amplification des acquis des démarches antérieures

La DSN est aujourd'hui rendue possible parce qu'elle fédère les progrès déjà réalisés pour moderniser et simplifier les relations avec l'entreprise.

■ LE STADE ACTUEL DU NUMÉRIQUE

La DSN correspond au stade actuel de la modernisation des technologies. Elle bénéficie des politiques ayant encouragé l'équipement des entreprises, l'accès à l'Internet, les télé-procédures et la dématérialisation. Elle repose sur des traitements en temps réel, de l'EDI et répond à l'impératif de compétitivité. Avec la DSN, la dématérialisation n'est plus une fin en soi mais un simple pré requis technique.

■ UNE DÉCLARATION UNIFIÉE ET MUTUALISÉE

Avec la DSN, la sphère sociale n'est plus un monde éclaté mais un monde qui échange. Avec une trentaine de déclarations concernées, la DSN a vocation à englober l'ensemble des relations déclaratives actuelles entre les employeurs et la Protection sociale. Protection sociale, dans son acception la plus large englobant jusqu'aux mutuelles, aux assurances et institutions de prévoyance, et même une partie des formalités de la sphère travail-emploi utilisant les mêmes données. Un « front office déclaratif » commun, adossé au portail Net-entreprises ou MSA selon le cas, permet aux opérateurs de mutualiser l'accueil et le contrôle de l'exploitabilité des déclarations, de circulariser des informations sur les anomalies à rectifier, de constituer un support et accompagner le déclarant. Une véritable « Communauté » du projet DSN est constituée entre les organismes.

■ DES APPORTS MULTILATÉRAUX ET NON PLUS SEULEMENT UNE SIMPLIFICATION POUR LES ENTREPRISES

Pour les entreprises, la DSN est un processus rationalisé et sécurisé. La déclaration mensuelle est comme un arrêté mensuel des comptes qui conduit à enregistrer les données plus près de l'événement. En cas d'erreur, il est possible de procéder rapidement à la rectification sans avoir à reconstituer ultérieurement les éléments en cause. Cela permet de rendre plus linéaire les processus et d'enregistrer des gains dans l'organisation du travail qui autorisent le redéploiement des moyens vers des tâches de RH à plus grande valeur ajoutée.

Pour les institutions sociales, la DSN permet la mutualisation et la collecte des données « à la source », ce qui est un gage de qualité et de fiabilité. L'employeur et le salarié sont identifiés par toutes les institutions de la même manière, ce qui permet des régularisations facilitées, des fraudes et des contentieux évités et des opportunités de contrôles et de sécurisation juridiques nouvelles. Le traitement nominatif établit un lien direct entre les cotisations et l'exercice des droits individuels. La DSN offre ainsi des possibilités de mieux faire son métier et de rendre un meilleur service.

Enfin, la DSN offre également aux salariés une situation plus rapidement actualisée et un exercice facilité et fiabilisé de leurs droits en offrant la garantie d'exercer la totalité de leurs droits. Elle s'inscrit dans une démarche gagnant-gagnant.

2. La DSN, une approche globale réunissant les conditions de la réussite

La mission IGAS IGF menée en amont du lancement du projet DSN en 2011 a relevé que la simplification, exercice complexe et de longue haleine, ne peut reposer seulement sur la fusion et le compactage des déclarations. Elle doit aussi s'attacher à la réduction et à la convergence organisée des données, d'abord entre elles, puis dans leur rapprochement avec celles naturellement utilisées par les entreprises. Elle en tire trois enseignements dont s'inspire la DSN.

2.1. Travailler sur les données autant que sur les modalités de leur transmission

La transmission de données nominatives et la périodicité mensuelle de la DSN impliquent une réduction et harmonisation préalables des données transmises.

■ L'IMPOSSIBILITÉ D'UNE DADSU MENSUELLE

Parmi les déclarations que la DSN remplacera figure la Déclaration Annuelle de Données Sociales Unifiée (DADSU). Cette déclaration qui alimente de nombreux organismes et processus a connu un élargissement important des catégories de salariés qu'elle couvre et de ses fonctionnalités. Or, la norme qui en décrit les données et caractéristiques techniques n'a pas été refondue. Elle comporte de l'ordre de 800 rubriques et suppose un traitement incompatible avec le rythme mensuel de la DSN. Intégrer cette déclaration dans la DSN implique un travail de rationalisation préalable s'appuyant sur une analyse objective de l'utilité de chaque donnée demandée et une gouvernance de la norme clairement orientée vers un objectif d'allègement et de simplification.

■ UN COMITÉ DE NORMALISATION ET UN RÉFÉRENTIEL DES DONNÉES

Cette analyse, donnée par donnée, est un puissant stimulant pour identifier et proposer la simplification de certaines procédures issues de dispositions réglementaires ou conventionnelles. Le chantier DSN est donc étroitement lié à celui de l'élaboration d'un référentiel simplifié des données sociales déclaratives que conduit simultanément le nouveau Comité de Normalisation des Données Sociales mis en place par le décret du 16 avril 2012.

Ce référentiel, qui s'apparente à un recensement organisé des différentes rubriques déclaratives, en précisant leur définition technique, les organismes destinataires et leurs objectifs, est un outil indispensable pour éviter de demander sous une dénomination différente plusieurs fois la même donnée ou une donnée qui pourrait être déduite d'autres éléments déjà déclarés. Ainsi la DSN devrait diviser par 3 le nombre de rubriques évoqué ci-dessus.

2.2. Coordonner et valoriser le travail des nombreux acteurs de la Protection sociale

La simplification nécessite à la fois du savoir faire technique, une capacité de prise de distance et une volonté politique. Il faut aussi aller contre les habitudes, dépasser les contraintes et l'attitude souvent conservatrice des experts, ce qui suppose de faire remonter des arbitrages au niveau supérieur.

■ UN PILOTAGE RENFORCÉ

La clé de la réussite d'un tel chantier réside dans une mise sous tension des représentant des métiers, une organisation de projet performante (compte tenu notamment des délais), des lignes hiérarchiques motivées et disponibles, des arbitrages rendus en temps utiles. C'est pourquoi, le Gouvernement a mis en place une Mission Interministérielle de Maîtrise d'Ouvrage Stratégique (MOAS), chargée de la coordination générale du projet et habilitée à rendre des arbitrages.

■ UNE VALORISATION DU TRAVAIL COLLECTIF

Cette MOAS s'appuie sur l'expérience du groupement d'intérêt public « modernisation des déclarations sociales » (GIP-MDS), créé en 2000 à l'initiative de la Direction de la Sécurité sociale, des représentants des entreprises et des organismes de Protection sociale. Sous l'impulsion de ce groupement, les organismes de la sphère sociale ont enrichi leur capacité à mener des projets communs notamment en matière de télé-services de déclarations sociales via le portail « Net-entreprises ».

2.3. Mettre en place un dispositif technique resserré, éprouvé et stable

La DSN s'appuie sur un dispositif technique destiné à éviter les difficultés d'approches, trop ambitieuses, visant à substituer en une fois un très large ensemble de déclarations, entraînant une gouvernance complexe et la nécessité de concilier en même temps des contraintes métiers très nombreuses et différentes.

■ L'UTILISATION DE SOLUTIONS CONNUES ET AYANT FAIT LEURS PREUVES

Pour des motifs de calendrier et de fiabilité, le dispositif technique a privilégié une démarche raisonnée s'appuyant sur des solutions existantes, fiables et éprouvées. Il s'appuie sur un scénario « multi-opérateurs », alliant développement et exploitation des différentes composantes de la DSN. Il en résulte un partage des tâches et des moyens par les organismes membres du GIP-MDS dont certains, ceux qui ont le plus intérêt au bon fonctionnement du projet, sont chargés d'intervenir en qualité d'opérateurs sur les différents modules fonctionnels constituant la DSN.

■ UNE ARCHITECTURE SIMPLE

Au final, pour la phase de démarrage de la DSN en 2013, l'architecture du dispositif s'appuie sur 3 opérateurs qui ont démontré leur capacité à traiter de gros volumes de données. Il s'agit du GIP-MDS pour le point de dépôt des déclarations, de l'ACOSS pour le traitement/éclatement des données entre les bénéficiaires et de la CNAV pour le stockage et le contrôle des données.

3. La DSN, un périmètre évolutif et progressif pour un démarrage effectif

Une autre particularité de la DSN porte sur la conduite du projet qui souhaite donner du temps d'adaptation aux employeurs et aux opérateurs de la Protection sociale. Elle écarte la solution habituelle du « big bang » et de l'exhaustivité. Le projet innove donc dans la méthode de généralisation en préparant l'obligation par un déploiement progressif, volontaire de la part des entreprises et en « tache d'huile ».

3.1. Une mise en œuvre pragmatique, par étape entre 2013 et 2016

Pour cela, la loi du 22 mars 2012 a instauré une feuille de route précise. Deux étapes ont été prévues : dès 2013, la DSN remplacera certaines déclarations pour les entreprises volontaires puis, au 1^{er} janvier 2016, elle se substituera, définitivement et pour tous les employeurs, à la plupart des déclarations et formalités sociales. Entre ces deux bornes, le projet est chargé de construire les étapes intermédiaires.

■ LE CADRE IMPOSÉ POUR LE DÉMARRAGE

Pour la première DSN en 2013, un décret en Conseil d'État à paraître en janvier, pris après avis de la CNIL, en définira le périmètre. Les entreprises volontaires pourront voir la DSN remplacer leurs déclarations DMMO et EMMO, certaines Déclarations d'Indemnisation Journalière pour l'Assurance Maladie (DSIJ), l'émission de l'Attestation Employeur (AE) pour les chômeurs et certains formulaires envoyés par les institutions de prévoyance, complémentaires et supplémentaire en cas de fin de contrat de travail. Ce décret établit également le cadre juridique de l'engagement des entreprises et valide juridiquement le dispositif de traitement de l'information. Il apporte une première simplification réglementaire sur les IJ maladies maternité. Des arrêtés publiés simultanément préciseront les listes et flux de données transmises aux organismes ainsi que le dispositif d'accès à la DSN.

Les finalités du traitement DSN, les données traitées pour la première étape et l'organisation du dispositif ont fait l'objet d'une complète validation par la CNIL dans sa délibération du 15 novembre 2012. La Commission y valorise l'objectif de simplification des démarches déclaratives et reconnaît que la DSN contribuera à une meilleure gestion des droits des individus en matière de prestations sociales. Elle enregistre que la DSN comporte d'importants développements potentiels et se prépare à examiner les futures extensions du dispositif.

■ LE PRAGMATISME ET LA PROGRESSIVITÉ PENDANT LA PHASE INTERMÉDIAIRE

Des textes ultérieurs viendront préciser les périmètres successifs de la DSN jusqu'à sa généralisation en 2016. Car le calendrier volontaire du législateur a incité le projet à faire preuve de pragmatisme et à laisser de côté temporairement certains cas particuliers ou exceptionnels de salariés ou d'entreprises, qui pourraient compromettre la possibilité de proposer rapidement à tous les autres une réelle simplification. Ces cas seront traités par la suite pour permettre la généralisation effective. Ainsi, en 2013, sont donc exclus les employeurs du secteur public, les entreprises de travail temporaire et certaines situations relevant de particularisme juridiques, comme les dockers, marins-pêcheurs, salariés du spectacle, ou de particularismes locaux comme Saint-Pierre-et-Miquelon et Monaco.

Il conviendra de préciser les déclarations que la DSN pourra remplacer et à quel moment elle le fera. Cette démarche de simplification est désormais suivie par un Conseil Interministériel pour la Modernisation de l'Action Publique (CIMAP). Les mesures seront évaluées sur la base d'indicateurs précis définis avec les entreprises. À cette fin le calendrier complet 2013-2016 de montée en charge de la DSN sera précisé au 1^{er} trimestre 2013.

■ LES ÉTAPES SUIVANTES

Si le détail des cas d'exclusion et des déclarations que la DSN remplacera en cible n'est pas encore connu, les prochaines étapes structurantes du projet sont déjà identifiées. Ainsi, de façon à constituer une étape décisive et une extension de l'offre attendue par les déclarants, la prochaine étape DSN visera à intégrer dans son périmètre les Déclarations Périodiques de Cotisations Sociales (DUCS). Elle interviendra en 2014 et sera assortie d'une extension limitée du périmètre des entreprises concernées.

Les employeurs publics ne seront « éventuellement concernés qu'ensuite », en lien avec les travaux d'intégration de la DADSU dans la DSN, car c'est principalement cette obligation déclarative qui les intéresse. La dernière campagne DADS-U est prévue en janvier 2016 pour les données de l'année 2015. La DSN se substituera aux DADS et DADS-U en janvier 2017 puisqu'il faut avoir collecté les 12 DSN mensuelles de 2016.

Mais, la priorité reste donnée au secteur privé pour lequel le gouvernement envisage d'introduire une obligation intermédiaire, avant 2016, conduisant ainsi certaines entreprises à devancer l'obligation générale.

3.2. La possibilité d'anticiper et de s'inscrire volontairement dans le processus, avant l'obligation

La progressivité du projet réside à la fois dans l'organisation de phases de déploiement, dont le contenu est enrichi au fur et à mesure de l'avancement des travaux, et dans une offre proposée d'abord à des entreprises volontaires, accompagnées par les responsables du projet.

■ UN DÉPLOIEMENT PROGRESSIF ET SÉCURISÉ

Pour reconstituer une attestation d'emploi ou une déclaration d'indemnisation maladie, la DSN mensuelle doit avoir stocké ces données sur une certaine période de façon à présenter un historique de rémunération correspondant à l'assiette de calcul de la prestation. Cette particularité a permis d'envisager une logique de déploiement sécurisée et progressive du dispositif.

Le système DSN, et les fonctionnalités nouvelles qu'il apporte aux employeurs en matière de suivi de leurs formalités, sera déployé en trois lots. À l'issue du premier trimestre sera livré le système des DSN mensuelles ; trois mois plus tard, ce sera le système de signalement événementiel, puis en fin d'année l'ensemble des fonctionnalités. Ce déploiement par lots permet d'observer le fonctionnement global du système, les échanges entre les contributeurs, les opérateurs et bénéficiaire de la DSN. Il permet surtout de consolider les chacune de ses briques avant de passer à la suivante. Ce qui réduit le nombre d'anomalie et diminue les risques de dysfonctionnement.

■ LA MONTÉE EN CHARGE DU VOLONTARIAT

Sur la base des échanges avec les entreprises, les éditeurs et experts-comptables, et à la lumière des rencontres avec les diverses organisations représentatives, une stratégie de déploiement par paliers a été élaborée pour assurer un démarrage sécurisé pour les entreprises qui s'engageront les premières. Des tests et bilans seront effectués à chaque étape pour consolider la démarche et d'ajuster l'offre aux entreprises qui viendront ensuite dans le dispositif.

Au premier semestre 2013, il est souhaité qu'un nombre limité d'entreprises volontaires, d'abord une trentaine de pilotes, puis une centaine de précurseurs, rodent le dispositif. Puis, après avoir confirmé ainsi l'effectivité du dispositif, le volontariat des entreprises sera recherché plus largement au second semestre pour atteindre plusieurs milliers d'entreprises en fin d'année. Et la perspective reste bien sûr la généralisation à toutes les entreprises en 2016 en encourageant une montée en charge progressive du nombre d'entreprises volontaires utilisant la DSN.

Conclusion

Avec la DSN, la France va rejoindre les pays les plus avancés dans le domaine de l'allègement des formalités sociales déclaratives. Ses principes et sa démarche de mise en œuvre sont en effet déjà adoptés par des pays comparables : la Belgique, avec la banque Carrefour en fonctionnement depuis plusieurs années, le projet britannique RTI (Real Time Information), en cours de déploiement. L'analyse de ces expériences étrangères permet de valider pleinement le dispositif français qui constitue une évolution majeure et offre des perspectives nouvelles pour l'allègement du « fardeau administratif » imposé aux entreprises.

Thème 4

Les métamorphoses de la gestion de la Protection sociale

Les politiques RH comme élément indispensable de la « métamorphose » de la Protection sociale

Philippe Renard
Directeur de l'URSSAF d'Île-de-France

Depuis l'ordonnance du 24 avril 1996 relative à l'organisation de la Sécurité sociale, le renforcement des Caisses nationales comme têtes de réseau a également concerné les politiques de gestion des ressources humaines.

Dans les quatre branches du régime général, des experts ont été recrutés, des structures créées, des schémas directeurs élaborés, des réseaux RH constitués. Très vite, les Caisses nationales ont été convaincues que des orientations RH propres à chaque branche trouvaient leur place entre le cadre conventionnel négocié à l'UCANSS et les politiques locales, pour mieux accompagner l'évolution des métiers spécifiques à chacune d'elles.

Cependant le décret du 12 mai 1960 a été maintenu, laissant à chaque Caisse les prérogatives juridiques liées au statut d'employeur. Même si le lien entre la Caisse nationale et le directeur a fortement évolué depuis 1996 (date de la création du Comité des carrières) et s'est achevé en 2011 par la nomination directe du directeur par la Caisse nationale. Notons également que l'ordonnance de 1996, *via* l'article 217-7 du Code de la Sécurité sociale, accroît la responsabilité du directeur en lui confiant la présidence du comité d'entreprise, jusque-là confiée au président du conseil d'administration. Par cette responsabilité accrue, il devient pénalement responsable et il est exposé à une procédure pour délit d'entrave vis-à-vis des Instances Représentatives du Personnel (IRP).

Pour compléter ces évolutions, la loi de financement de la Sécurité sociale de 2002 a modifié sensiblement la gouvernance de l'UCANSS. Les prérogatives des Caisses nationales ont été renforcées par leur présence au comité exécutif, lequel définit les grandes orientations des politiques de ressources humaines communes aux quatre branches et décide des mandats de négociations pour faire évoluer le cadre conventionnel de la branche professionnelle du régime général. Les partenaires sociaux sont restés dans la gouvernance de l'UCANSS par l'intermédiaire du Conseil d'Orientation (COR). Toutefois, force est de constater que le dialogue social se fait aujourd'hui quasiment exclusivement entre, d'une part, le directeur de l'UCANSS ou les directeurs des Caisses nationales et, d'autre part, les fédérations représentant les salariés.

Néanmoins, le COR reste le garant des grandes orientations inter-branches, son pouvoir étant renforcé depuis la loi de financement de la Sécurité sociale de 2009 qui instaure une Convention d'Objectifs et de Gestion (COG) entre l'UCANSS et l'État. Au plan local, la fonction RH s'est transformée. La traditionnelle administration du personnel a évolué en secteurs RH, qui ont développé des méthodes nouvelles et utilisé des outils renouvelés (formation professionnelle, entretien annuel d'évaluation...). À ce jour, ces derniers n'ont pas tous atteint le même niveau de professionnalisme, comme le montre un audit récent de la Mission Nationale de Contrôle (MNC) sur les modes de recrutement.

Ce cadre général étant posé, il s'agit maintenant d'essayer d'analyser si la RH a connu des métamorphoses aussi profondes que celles observées dans d'autres domaines (le métier, la gestion du risque, la qualité de service aux usagers, le pilotage de la production, la lutte contre les fraudes, etc.). Il s'agit aussi de vérifier si les évolutions en matière de RH ont été pertinentes et suffisantes pour accompagner et faciliter la mise en place des objectifs définis dans les COG.

La réponse ne va pas de soi. En effet, déjà à la fin des années 90, les démarches de gestion prévisionnelle des compétences étaient encouragées. En atteste par exemple le projet « Nous Demain » de l'Assurance maladie. De même, à la suite de la mise en place de la classification du 14 mai 1992, l'Observatoire des métiers de l'UCANSS apportait des analyses intéressantes sur l'évolution des métiers. Ce qui pourrait laisser à penser que, dès cette époque, la RH était un vecteur de la modernisation de nos organisations.

Pour tenter de répondre à cette question, nous rappellerons tout d'abord quelques caractéristiques du capital humain de l'institution. Puis, nous examinerons le tournant majeur qui s'opère au début des années 2000. Enfin nous montrerons qu'aujourd'hui, la RH a changé et qu'elle a atteint un niveau de qualité identique à ce qu'on observe dans d'autres branches professionnelles. Au point de devenir un élément stratégique à prendre en compte au même titre et au même moment que les évolutions informatiques ou législatives.

1. Un capital humain dont les particularités se renforcent

Le nombre de salariés en contrat à durée déterminée (CDI) s'élevait à 166 960 en 2005. Il n'est plus que de 154 503 en 2011, soit une baisse de 12 457 (7,5 %). C'est pratiquement l'équivalent de la branche Retraite ou la branche du Recouvrement. À noter : cette baisse des CDI n'a pas été compensée par une hausse des CDD.

Les structures juridiques ont également fortement diminué : 524 Caisses en 2005, 432 en 2011. Ces chiffres témoignent du changement profond dans l'organisation des réseaux des différentes branches : rationalisation de la présence des Caisses sur le territoire (départementalisation), impact de la loi HPST de 2009 avec la disparition des URCAM.

L'âge moyen des salariés, déjà relativement élevé, progresse encore : 44,9 ans en 2005, 45,4 ans en 2011. Autre particularité forte : un taux de féminisation déjà élevé qui continue à s'accroître : 75,7 % en 2005, 76,8 % en 2011. Avec pour conséquence un temps partiel important (17,1 %), choisi et non subi dans la quasi-totalité des cas.

La rémunération des femmes est en moyenne inférieure de 18,8 % par rapport aux hommes. Il convient toutefois de souligner que ce différentiel est le fruit de la structure des emplois occupés par les deux genres.

Le salaire brut annuel moyen s'élève à 35 099 euros en 2011.

Concernant les mouvements du personnel, deux éléments sont à prendre en compte. Un : des départs en retraite nombreux mais en net retrait puisque l'année 2011 retrouve un niveau proche du niveau de 2005 : 3 711 départs en 2005, 4 940 en 2010, 3 477 en 2011. Deux : un niveau d'embauches en CDI qui se stabilise sur les cinq dernières années : 2 915 en 2005, 2 456 en 2010, 2 711 en 2011.

2. Début des années 2000 : la métamorphose est en marche

À cette époque, grâce aux progrès technologiques qui permettent de faire circuler la voix et l'image sur n'importe quel point du territoire, il devient plus facile et plus économique de déplacer la charge de travail que de déplacer les personnes. Les organisations du travail vont se transformer en conséquence et des mutualisations de toutes sortes vont voir le jour.

Toujours à cette époque, comme d'autres grands secteurs de l'économie tertiaire, la Sécurité sociale s'est mise à dissocier de plus en plus les activités du front office et du back office. La recherche d'une plus grande qualité de service aux usagers (avec notamment une meilleure réponse au téléphone) a conduit les réseaux à trouver de nouvelles réponses. Le modèle qui prévalait à la fin des années 1990 dans lequel le technicien effectuait toutes les tâches a été mis à mal. À l'exception de l'Assurance maladie, qui a gardé une forme de spécialisation.

Enfin, très vite, le renforcement des processus liés à la certification des comptes et le besoin croissant de maîtriser la production ont conduit à mettre en place des organisations capables de répondre aux nouvelles exigences des politiques publiques. La nature et le contenu des emplois s'en sont trouvés très fortement modifiés.

Prenons un exemple qui illustre parfaitement ces évolutions : l'accueil téléphonique des usagers. Pour simplifier, nous pouvons considérer que deux grands schémas organisationnels se sont mis en place pour en améliorer l'efficacité.

- Premier schéma : les salariés concernés ont exercé ces activités à des moments différents de la journée ou de la semaine, parfois même dans des lieux différents. Autrement dit, on leur a demandé de se partager entre une activité « traitement de dossiers » et une activité « accueil téléphonique », cette dernière se faisant parfois dans un espace réservé à la gestion des appels.
- Deuxième schéma : des plates-formes d'accueil téléphonique ont été mises en place, pour lesquelles on a recruté des téléconseillers.

Ces schémas ont relancé le débat spécialisation/polyvalence déjà d'actualité au début des années 90. À cette époque, beaucoup d'organismes avaient mis en place des organisations basées sur la polyvalence des agents. À partir des années 2000, au contraire, le mouvement s'inverse : les Caisses ont tendance à privilégier des organisations qui conduisent à la spécialisation des agents.

Force est de constater que les évolutions enregistrées depuis une dizaine d'années (complexité croissante de la législation, exigence de qualité de service) rendent une forme de spécialisation nécessaire.

Il est en effet difficile aujourd'hui pour un salarié de maîtriser l'expertise nécessaire à l'ensemble des tâches. La longueur et la complexité des formations professionnelles (initiale et continue) en témoignent. À cet égard, la formation Vademecaf

a pu engendrer des incompréhensions lors de la mise en place du RSA. En effet, les salariés recrutés n'ont été opérationnels qu'au bout de 12 à 18 mois.

Vers quelle forme de spécialisation les branches s'orientent-elles aujourd'hui ? Trois approches organisationnelles sont majoritairement déployées :

- Une spécialisation en fonction de la typologie des usagers. Ces organisations se développent par exemple dans les Urssaf puisque la catégorie de cotisants est déterminante (législation et relation très différentes selon qu'on traite des dossiers de travailleurs indépendants ou des dossiers de grandes entreprises).
- Une spécialisation en fonction de la nature de la prestation (traitement des indemnités journalières dans les Caisses primaires, entretiens personnalisés/information retraite...).
- Une spécialisation liée à la nature d'une tâche à l'intérieur d'un processus (tâches d'affiliation ou de radiation, réponses de premier niveau au téléphone...).

Par l'impact qu'elle produit sur le contenu des emplois, sur les activités et sur les compétences nécessaires pour les réaliser, l'organisation du travail a des conséquences structurantes sur les politiques de ressources humaines. Ces conséquences sont au moins aussi fortes que les évolutions des systèmes d'information et les changements législatifs.

Ces évolutions organisationnelles concernent au moins 95 000 salariés (hors encadrement). Pourtant, leur impact sur les métiers n'a pas, à notre sens, été suffisamment analysé avant leur mise en œuvre. Les problématiques de gestion observées sur les plates-formes téléphoniques en sont un exemple. Ainsi les mobilités entre les métiers du front office et du back office n'ont pas été suffisamment prévues en amont. D'où des risques de démotivation des personnels sur les plates-formes, l'émergence de conflits sociaux et l'absence de déroulement de carrière pour ces salariés.

Au cours de ces années 2000, parallèlement, des nouveaux métiers d'experts sont apparus (délégué de l'Assurance maladie, contrôleur du recouvrement, conseiller retraite...). Force est de constater que ces métiers, eux, ont fait en amont l'objet d'études précises de la part des services RH des Caisses nationales. Cela peut s'expliquer par le fait que ces métiers étant nouveaux, il a fallu, d'une part, en définir le contour des activités et, d'autre part, construire les formations nationales *ad hoc*.

En tout état de cause, il ne nous appartient pas de juger quelle forme d'organisation serait la plus pertinente. En revanche, à chaque mise en place d'une organisation, une politique RH doit être simultanément déployée. Faute de quoi deux risques majeurs sont encourus. Une démotivation des personnels, qui entraîne une perte de productivité et nourrit l'absentéisme. Une résistance au changement d'emploi (un salarié qui reste trop longtemps sur une activité spécialisée changera difficilement de nature d'activité lorsqu'il le faudra).

3. Des politiques de ressources humaines rénovées, au service de la performance de l'institution

Si les évolutions organisationnelles n'ont pas suffisamment été prises en compte sur le plan RH, force est de constater, en revanche, que depuis fin 2004 la Sécurité sociale connaît des évolutions majeures sur le plan des politiques de rémunération, de la formation professionnelle et dans sa prise en compte des évolutions sociétales.

3.1. Des accords de rémunération qui ont modernisé très largement le cadre de travail

Dans les accords du 30 novembre 2004, les partenaires sociaux signataires ont fait preuve d'audace et de modernité. En cassant les automatismes liés à l'ancienneté pour mieux reconnaître l'implication, le développement des compétences et la performance (individuels et collectifs), la Sécurité sociale s'est dotée d'outils de rémunération modernes. Huit ans après la signature de ces accords, les transformations sont profondes. Les orientations annuelles en matière de rémunération sont devenues partie intégrante des politiques de ressources humaines de chacune des Caisses.

La lettre annuelle de cadrage du président du comité exécutif de l'UCANSS, déclinée par branches et qui a elle-même vocation à être déclinée localement, est un exemple concret de cette transformation. Elle permet de donner plus de lisibilité et de sens aux politiques de rémunération, en fonction des objectifs assignés chaque année.

Il n'empêche qu'il demeure des difficultés de mise en œuvre. D'abord en raison d'une comparaison trop directe avec le système de la fonction publique. Ensuite compte tenu du fait qu'une majorité de salariés considère encore ce système injuste et opaque.

■ UNE COMPARAISON TROP DIRECTE AVEC LE SYSTÈME DE LA FONCTION PUBLIQUE

Le gel de la valeur du point, en écho au gel du point d'indice, en est l'illustration majeure. En effet, à partir du moment où les mesures individuelles automatiques sont limitées (0,29 % du GVT), le système ne peut pas fonctionner sans une augmentation générale. Sans augmentation collective, la question du maintien du pouvoir d'achat se pose avec acuité dans un contexte où l'inflation est d'environ 2 % par an. En effet, les employeurs seraient obligés d'utiliser les points de compétence pour compenser la perte du pouvoir d'achat – ce qui n'est bien évidemment pas leur vocation.

■ UN SYSTÈME PERÇU COMME INJUSTE ET OPAQUE

Selon les résultats du Baromètre Social Institutionnel (BSI), les salariés considèrent que leur rétribution n'est pas à la hauteur de leur contribution : environ un quart des agents seulement estime être rémunéré à sa juste valeur par rapport au travail accompli. En outre, les règles d'attribution des mesures de rémunération individuelle semblent peu visibles. 60 % des agents considèrent qu'elles ne sont pas connues, 72 % estiment qu'elles ne sont pas claires et 81 % qu'elles manquent d'équité. L'effort d'explication doit donc être renforcé afin que ce système soit accepté par une plus grande majorité des salariés.

Un outil est actuellement bien perçu par les salariés, c'est l'intéressement : 58 % des agents en apprécient le principe, 46 % le jugent motivant. Par ailleurs, une très large majorité (83 %) déclare contribuer personnellement à l'atteinte des objectifs. Mis en place en 2002 et renforcé en 2008 (2,5 % de la masse salariale), il est utilisé comme outil de pilotage par un grand nombre d'organismes. Il contribue sans aucun doute au bon niveau de performances observé dans les différents réseaux.

Ces outils de rémunération constituent un atout appréciable pour la Sécurité sociale, atout que pourrait lui envier la fonction publique.

3.2. Une recomposition très forte de la formation professionnelle

Historiquement, le régime général a investi de manière soutenue dans la formation de ses salariés : 4,78 % de la masse salariale en 2011 (vs 4,75 % en 2006), soit une dépense moyenne annuelle de formation par salarié de 2 221 € pour ceux qui en ont bénéficié (1 476 € en moyenne si on prend en compte l'ensemble des effectifs).

La complexité de nos législations explique ce taux élevé. L'effort de formation est en effet indispensable pour obtenir la qualité requise dans la mise en œuvre des politiques publiques.

Les évolutions de la Protection sociale

Avec l'accord sur la formation professionnelle de 2005, renouvelé par l'accord de 2010, les politiques de formation ont évolué sensiblement. Un des points majeurs de cet accord a été la création d'une commission paritaire nationale pour l'emploi et la formation professionnelle (CPNEFP), à l'instar d'autres grandes branches professionnelles.

Depuis 2006, date de sa mise en place, la CPNEFP a accompli un travail important sur différents points.

■ UNE PRIORISATION DU FINANCEMENT DES FORMATIONS AU SEIN DES QUATRE BRANCHES

La participation des Caisses nationales au sein du collège employeur contribue d'une part à avoir une analyse transverse des enjeux, d'autre part à mieux définir les priorités propres à chaque branche. Il convient de souligner que les formations dites « nationales » (maîtrise d'ouvrage assurée par une Caisse nationale) sont passées de quelques-unes au début des années 2000 à plus de 160 aujourd'hui. Cet accroissement très fort montre l'importance du levier formation pour accompagner l'évolution des métiers.

■ UNE VALORISATION EN INTERNE ET VIS-À-VIS DE L'EXTÉRIEUR DES MÉTIERS DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

La création de Certificats de Qualification Professionnelle (CQP) en est l'exemple le plus probant. Plusieurs CQP ont été créés depuis 2006 : délégué à l'Assurance maladie (DAM), manager opérationnel, relation de service. Le CQP permet de donner un signe de reconnaissance fort au salarié qui l'obtient. Ce dernier peut s'en prévaloir dans le cadre de son parcours professionnel, tant au sein de l'institution qu'à l'extérieur. Le CQP est aussi un outil de communication qui valorise les métiers de la Sécurité sociale. Mis en place à l'initiative des partenaires sociaux, il est la preuve qu'un dialogue social riche et nourri aboutit à des solutions de type gagnant/gagnant. Enfin, l'entrée du régime général dans Uniformation (OPCA choisi à l'unanimité par les partenaires sociaux) permet d'envisager la création de CQP communs avec d'autres partenaires de la sphère sociale, comme l'Agirc Arcoo ou la Mutualité.

■ LA PUBLICATION DE DEUX RAPPORTS ANNUELS : LE RAPPORT POUR L'EMPLOI ET LE RAPPORT SUR LA FORMATION PROFESSIONNELLE

Publiés pour la première fois en 2007, ces rapports sont aujourd'hui aussi riches que ceux publiés par l'Observatoire des assurances. Ces deux rapports sont présentés à la presse spécialisée ainsi qu'à nos partenaires chaque année. Ils contribuent donc également à la valorisation de nos métiers en dehors de la sphère Sécurité sociale. C'est aussi un outil d'analyse commun entre les partenaires sociaux.

■ L'OBSERVATION ET L'ANALYSE DES ÉVOLUTIONS EN COURS ET À VENIR

La CPNEFP s'est dotée d'un programme qui vise à publier des études. Objectif : repérer les facteurs déterminants de l'évolution des activités et des emplois. Dans ce cadre, deux études majeures ont été conduites récemment, l'une sur la relation de service, l'autre sur les effets de la dématérialisation.

Bien d'autres chantiers sont en cours en ce qui concerne la formation professionnelle. Citons l'optimisation des achats auprès des prestataires extérieurs afin de bénéficier d'une approche grand compte de leur part (enjeu annuel : 30 millions d'euros). Citons également la rationalisation du réseau institutionnel

de formation (RIF). La Sécurité sociale a la chance de posséder ses propres centres de formation. Il est en effet indispensable que les formations propres à nos métiers soient dispensées en interne. Une rationalisation de l'organisation de ce réseau devrait permettre d'accroître encore la qualité des formations dispensées, de clarifier l'offre sur le territoire et de mieux la faire connaître. Et ce, dans un contexte économique de plus en plus contraint.

3.3. Une forte dynamique autour des thèmes sociétaux

Force est de constater que sur les questions de société, la Sécurité sociale a développé des politiques dynamiques, souvent en lien avec les valeurs inhérentes à ses missions.

Le premier plan cadre du développement durable pour la période 2007/2010 illustre bien l'implication de l'institution sur ces questions. Dès sa préparation, fin 2006, il témoigne de l'implication forte de la Sécurité sociale à une période où les thèmes sociétaux n'étaient pas encore une priorité dans les entreprises. L'architecture de ce plan cadre, décliné par branches puis localement, a contribué à ce que tous les salariés s'impliquent. Six années après, l'engagement est autour aussi fort. Le deuxième plan cadre 2011/2014 ne connaît pas d'essoufflement. Un outil de suivi développé par la CNAM (PERLS) a été déployé dans toutes les branches. Des résultats probants sont enregistrés, aussi bien sur les aspects environnementaux (baisse des consommations d'eau, d'électricité) que sur les aspects sociétaux (taux de clauses sociales dans les marchés). Cette implication est reconnue à l'extérieur, l'institution ayant été chargée de piloter l'élaboration du guide des entreprises publiques socio-responsables.

La signature des accords RSE par les partenaires sociaux témoigne également de cette dynamique. Ces accords participent au développement de politiques RH basées sur des principes de non discrimination et de respect de l'équilibre vie privée/vie professionnelle. L'égalité hommes/femmes ou la gestion des âges font maintenant partie des éléments qui sont analysés régulièrement dans chacune des Caisses.

4. Une métamorphose qui fait des RH un élément stratégique à prendre en compte au même titre que les évolutions informatiques ou législatives

Nous formulons l'hypothèse que les schémas directeurs des ressources humaines, souvent élaborés quelques mois après les COG, le seront demain dans le même temps. Il est en effet indispensable que l'impact RH soit pris en compte lorsqu'on décide des orientations inscrites dans les COG. À titre d'exemple, l'impact de l'intensification de la lutte contre la fraude n'a pas été suffisamment pris en compte pour un certain nombre de métiers. C'est ainsi que certains travailleurs sociaux ont eu des difficultés pour faire évoluer leurs pratiques. On pourrait aussi citer la mise en place d'organisations matricielles, souvent sources de déstabilisation pour les salariés.

En conséquence, la place des responsables RH des Caisses nationales devrait être au même niveau que celle des directeurs métiers ou celle des directeurs informatiques. Dans des structures où le capital humain est à la base de la performance, le directeur des ressources humaines doit être un des piliers de l'élaboration de la stratégie globale de l'entreprise. Aujourd'hui, la RH est trop souvent encore axée sur les outils et pas suffisamment considérée comme un axe majeur de la performance globale de nos organisations.

Ces remarques sont basées sur l'analyse que, dans les dix prochaines années, la performance du régime général sera encore plus déterminée qu'aujourd'hui par la motivation – et donc l'implication – de ses salariés.

Les évolutions de la Protection sociale

À cet égard, nous considérons que les gains de productivité futurs seront issus de trois facteurs principaux :

- l'évolution continue des outils informatiques et des systèmes de production ;
- l'adaptation des organisations afin d'accroître sans cesse l'efficacité (fusion, mutualisation, rationalisation des processus, renforcement des outils de pilotage...) ;
- la motivation des personnels, source de productivité, d'engagement et de qualité au travail.

Ce dernier item est pour nous la pierre angulaire de la réussite. D'où l'intérêt de s'interroger sur les différentes sources de motivation des salariés. Grâce au BSI et au diagnostic conduit en 2011 sur l'état de santé des salariés du régime général, nous disposons d'informations précises. Il ressort de ces études que la qualité de vie au travail dépend d'une dizaine de facteurs.

Par ordre décroissant d'importance :

1. la reconnaissance par la direction ou l'encadrement supérieur ;
2. un poids raisonnable des tâches de reporting ;
3. la conciliation entre vie personnelle et vie professionnelle ;
4. le sentiment d'utilité ;
5. le sentiment de faire un travail de qualité ;
6. la reconnaissance au travers des points de compétences ;
7. un rythme soutenable des évolutions ;
8. le fait d'être associé aux décisions qui concernent son travail ;
9. la qualité de la relation avec le supérieur hiérarchique direct ;
10. des perspectives d'évolution professionnelle.

On voit bien que ces dix déterminants de la qualité de vie au travail ont une incidence directe sur la motivation, donc la productivité individuelle et collective, et sur la qualité du travail. Ces constats placent le manager au centre des politiques RH futures. Il est au carrefour des métamorphoses de la protection sociale. En effet, il pilote les transformations organisationnelles, il accompagne les évolutions technologiques, il met en œuvre les évolutions réglementaires, il pilote la production, il décline les politiques RH. Au quotidien, il accompagne et guide l'action de ses collaborateurs. Dans les années futures, l'investissement sur le capital managérial doit être à la hauteur de ces enjeux. De ce point de vue, les travaux conduits par Annick Morel sur la dynamisation de la ressource dirigeante sont une preuve de la prise de conscience nouvelle par l'institution de ces questions.

Autre élément clé pour les années qui viennent : la poursuite du développement d'un dialogue social nourri. Les relations sociales sont encore parfois vécues comme une contrainte et non une opportunité pour accompagner les transformations indispensables à nos fonctionnements. De ce point de vue, la Sécurité sociale n'a pas achevé sa métamorphose et devra progresser dans les prochaines années. Les partenaires sociaux (direction et organisations syndicales) devront trouver les moyens de progresser dans le respect mutuel. L'approche contractuelle doit se développer au niveau des Caisses nationales et des organismes locaux. Cette évolution passe par un dialogue social renforcé entre chaque Caisse nationale et les organisations syndicales nationales, en cohérence avec les orientations inter-branches pilotées par l'UCANSS. Un cadre conventionnel *ad hoc* pour accompagner les transformations inscrites dans les COG est un scénario possible dans quelques années. Le protocole d'accord qui accompagne la mise en place du schéma directeur du système d'information de la CNAMTS est, de ce point de

vue, un exemple innovant en ce qu'il accompagne des transformations profondes dans l'organisation de l'informatique de l'Assurance maladie.

Au plan local, des espaces de négociation doivent se développer, dans un cadre certes contraint et cohérent avec le niveau national, mais avec quelques marges de manœuvre indispensables à toute recherche de compromis.

Sans le développement de cette culture du compromis, les relations sociales resteront basées sur des rapports de force qui alimentent la culture de la contestation donc l'audience des syndicats, qui font reposer leur stratégie sur la revendication systématique.

Là encore, le développement de la négociation locale devra être vu dans un cadre global défini par l'UCANSS. Il peut s'appuyer sur la loi du 20 août 2008, qui place l'entreprise de terrain à la base de la modernisation du système de démocratie sociale de notre pays.

En conclusion

Après avoir observé les transformations profondes de la RH depuis une dizaine d'années, il nous semble que les métamorphoses à venir se concentrent sur quelques points :

1. Les politiques de ressources humaines doivent faire partie de la stratégie globale des différentes branches de la Sécurité sociale. Elles doivent être en interaction avec les évolutions organisationnelles.
2. Le management doit être considéré comme au cœur des enjeux globaux de nos organisations. De lui dépend la réussite de nos objectifs futurs.
3. Une grande partie des gains de productivité futurs passe par une plus forte motivation des salariés (il est établi de manière certaine qu'environ 25 % des salariés sont en perte de confiance, donc d'engagement – cf. résultats BSI).
4. Les transformations futures doivent s'appuyer sur un dialogue social nourri – et ce tant au niveau des Caisses nationales qu'au niveau local.
5. Le développement d'outils de pilotage des politiques RH doit être poursuivi (BSI, études RH, entrepôt de données RH et mise en place d'un véritable système d'information ressources humaines inter-branches).
6. De véritables parcours professionnels, basés sur des politiques valorisant la mobilité, doivent être proposés aux salariés.

Nouvelles responsabilités et nouveaux profils de dirigeants Vers des dirigeants d'opérateurs publics du 2^e type ?

Michel Bauer

Sociologue

(Article lié au projet de recherche pour le compte de l'EN3S et de l'UCANSS)

Introduction

Quelles seront les responsabilités des dirigeants de la Protection sociale demain, et quels profils leur permettront d'exercer ces futures responsabilités ? Les éléments de réponse à cette question sont essentiels pour l'école qui forme ces dirigeants, c'est-à-dire pour l'EN3S.

Ils le sont aussi pour l'institution Sécurité sociale qui, comme toutes les grandes organisations et/ou grandes entreprises, travaille légitimement sur la GPEC de ses dirigeants, et sur le mode de fabrication et de gestion de sa ressource dirigeante⁽¹⁾. Et compte tenu de la place qu'occupe la Protection sociale dans notre pays ainsi que de ses effets sociétaux, cette question mérite d'être reformulée autour de la problématique suivante : quelles nouvelles responsabilités éventuelles et quels nouveaux profils éventuels devraient permettre, demain, aux dirigeants de l'institution d'améliorer l'efficacité d'une politique publique qui « consomme » un tiers du PIB du pays ?

Définir les responsabilités futures d'acteurs dirigeants d'une institution suppose de préciser les défis qu'ils auront à relever. Or ces derniers dépendent d'une double série de déterminants :

- Des déterminants sociétaux, qui impacteront toutes les grandes organisations (et leurs dirigeants), tant ils manifestent des transformations en profondeur de notre environnement et de notre société, de nos modes de travail et de nos modes de vie : il en va ainsi de la révolution de l'information et de la communication, de l'intensification de la concurrence et de l'interconnexion entre organisations, mais aussi des nouvelles exigences des clients, des Pouvoirs publics, et des salariés.
- Des déterminants plus spécifiques à l'institution concernée, liés à ses choix stratégiques, notamment en termes de cœur de métier et de portefeuille d'activités, de positionnement par rapport aux clients, aux partenaires, aux concurrents, ou encore du mode de fonctionnement (dont, pour l'institution, les choix de structuration et de gouvernance de ses réseaux internes).

Avec l'aide d'une petite centaine de cadres dirigeants du régime général, nous avons travaillé il y a deux ans, avec Astrid Clergeau (consultante MBC), sur ces différents déterminants ; et nous nous sommes efforcés de les traduire d'une

(1) Annick Morel, « La dynamisation des agents de direction de la Sécurité Sociale ». Rapport pour l'UCANSS et le Comité des Carrières, janvier 2011, 26 pages + annexes.

part en défis que les dirigeants de la Protection sociale auront à relever dans les prochaines années, et d'autre part en compétences nécessaires pour relever ces défis⁽²⁾.

On ne reprendra pas ici l'ensemble des résultats de ce travail : le lecteur intéressé peut se référer au rapport (et même venir l'enrichir et/ou le questionner sur le site MBC⁽³⁾). On se propose plutôt de zoomer sur l'un des déterminants, parmi les plus importants et paradoxalement les moins débattus, de notre sujet : le niveau de contribution attendue de l'institution à l'action publique.

1. La Sécu demain : un opérateur de politique publique du 1^{er} ou du 2^e type ?

La littérature sur l'action publique distingue habituellement cinq étapes dans le cycle d'une action publique :

- étape n° 1 : élaboration d'une politique et construction des actions à mettre en œuvre ;
- étape n° 2 : décision de mise en œuvre ;
- étape n° 3 : mise en œuvre ;
- étape n° 4 : portage et explication de la politique ;
- étape n° 5 : évaluation et propositions d'améliorations / de corrections (où l'on retrouve l'étape n° 1, d'où la notion de « cycle »).

Cette conceptualisation permet de distinguer deux types très contrastés d'opérateurs de politique publique :

- **les opérateurs dits de 1^{er} type**, présents exclusivement sur l'étape de mise en œuvre de la politique (étape n° 3) ;
- **les opérateurs dits du 2^e type**, présents sur plusieurs étapes de l'action publique, dont l'étape de mise en œuvre des politiques.

Même si la réalité est toujours plus complexe et plus diverse que ces deux idéaux-types, cette typologie d'opérateurs de politique publique fonctionne comme un déterminant essentiel de la nature des responsabilités de leurs dirigeants, les responsabilités des dirigeants d'opérateurs du 2^e type étant par définition plus importantes et plus variées que celles des dirigeants d'opérateurs du 1^{er} type.

On comprend que pour cerner les responsabilités des dirigeants futurs des organismes de Sécurité sociale, il soit indispensable de préciser quel type d'opérateur l'institution se destine à devenir, et tout particulièrement s'il s'agit d'un opérateur du 1^{er} type, ou si au contraire elle va progressivement s'imposer comme un opérateur du 2^e type.

Certes la distinction entre opérateur du 1^{er} type et opérateur du 2^e type traduit d'abord des différences de compétences juridiques et résulte donc pour une part d'une décision du pouvoir politique. Mais ces compétences juridiques ne constituent qu'une des dimensions du sujet. Quand on observe attentivement les organismes ayant une mission de Service public et leur évolution, il apparaît en effet que les compétences, en termes de savoirs et de savoir-faire maîtrisés et mobilisés, sont loin d'être strictement déterminées par les compétences juridiques ; elles peuvent même, à l'inverse, constituer un levier pour faire évoluer ces compétences juridiques. En caractérisant un organisme tant par ses compétences juridiques que par ses compétences accumulées en termes de savoirs et savoir-faire, on obtient d'ailleurs une typologie des organismes de Service public particulièrement utile pour rendre compte de leur stratégie et de leur évolution.

(2) Michel Bauer, « Quelle ressource dirigeante pour le régime général de Sécurité sociale demain ? » Rapport pour l'UCANSS, mai 2010, 132 pages.

(3) www.mbc.fr

Les évolutions de la Protection sociale

	Organisme ayant des compétences juridiques de 1 ^{er} type	Organisme ayant des compétences juridiques de 2 ^e type
Organisme ayant des compétences accumulées en termes de savoirs et savoir-faire du 1 ^{er} type	A	B
Organisme ayant des compétences accumulées en termes de savoirs et savoir-faire du 2 ^e type	C	D

Cerner les responsabilités futures des dirigeants de la Sécurité sociale suppose donc de préciser si l'institution et ses organismes tendront, à l'avenir, à s'affirmer comme des opérateurs de modèle A (c'est-à-dire des opérateurs du 1^{er} type tant par les compétences juridiques que par les savoirs mobilisés) ou s'ils s'efforceront de glisser vers des opérateurs de modèle C et d'agir ainsi comme des opérateurs du 2^e type (par les savoirs mobilisés).

Sans s'interdire d'apporter quelques éléments de réponse à cette alternative déterminante pour notre sujet⁽⁴⁾, on propose de traiter la problématique initiale en considérant trois scénarii possibles du futur :

- **Scénario n° 1** : demain les organismes ne seront actifs que sur l'étape n° 3 du cycle de l'action publique (mise en œuvre) et la Sécurité sociale se revendiquera comme un opérateur de 1^{er} type.
- **Scénario n° 2** : demain les organismes seront actifs sur les étapes n° 3 et n° 4 du cycle de l'action publique (mise en œuvre et portage des politiques) ; la Sécurité sociale se revendiquera progressivement comme un opérateur de 2^e type.
- **Scénario n° 3** : demain les organismes seront présents sur toutes les étapes du cycle de l'action publique hors l'étape n° 2 de « décision de mise en œuvre d'une politique » : la Sécurité sociale s'imposera comme un véritable opérateur de 2^e type.

2. Les responsabilités de « mise en œuvre d'une politique publique »

Cette mission (étape n° 3 dans le cycle de l'action publique) est incontournable : elle appartient d'ailleurs aux 3 scénarii. Comparée aux autres missions, elle n'apparaît pas toujours aussi noble, malgré son caractère indispensable. Elle est de surcroît d'une considérable complexité tant elle suppose de développer une activité originale et d'obtenir des performances de plus en plus élevées.

2.1. La mise en œuvre des politiques : une activité de gestion industrielle d'une considérable complexité

Quand on considère la nature de cette activité et les critères de performance à l'aune desquels on l'évalue, on trouve déjà dans les pratiques actuelles de la Sécurité sociale les principaux éléments de cette complexité, et notamment :

(4) Une question d'autant plus déterminante que la relation entre « nature des responsabilités des dirigeants » et « type d'opérateur de politique publique » n'est pas seulement une question théorique mais se manifeste aussi très concrètement dans des boucles de rétroaction positives (appelées aussi cercles vertueux (ou vicieux !)).

- sa dimension « de masse », conjuguée aux exigences de continuité de service ;
- des exigences de conformité aux règles – une conformité d’autant plus légitime qu’est recherchée l’égalité de traitement sur le territoire ;
- des exigences de qualité de service pour répondre aux exigences croissantes des clients, et défendre la légitimité du secteur public en soutenant, de ce point de vue, la comparaison avec l’univers marchand ;
- un renouvellement incessant de la réglementation pour répondre à des situations très mouvantes et très variées, pour afficher des réformes... à moyens (au mieux) constants, et pour cibler l’action sur des segments très particuliers de population ;
- des exigences de maîtrise des risques financiers, de certification et d’efficience.

Tout laisse à penser que cette complexité ira encore en augmentant du fait de dynamiques économique-politiques à l’œuvre dans notre société qui consolident le poids de ces différents déterminants.

Cette activité de mise en œuvre de la politique publique « Protection sociale » se fonde sur un outil de type industriel (un système d’information et de traitement de l’information) particulièrement structurant et dont la qualité détermine l’essentiel des performances. Ainsi les dirigeants de l’opérateur chargé de mettre en œuvre cette politique ont un double défi de gestionnaire à relever : d’une part le défi de la construction et de l’adaptation permanente de cet outil industriel, et d’autre part le défi du pilotage optimisé de cet outil.

2.2. Une responsabilité de gestionnaire qui ne peut ignorer les enjeux stratégiques de l’action publique

Sans doute est-il possible techniquement de servir, voire de piloter, cet outil industriel en oubliant ses finalités, c’est-à-dire la mise en œuvre d’une politique sociale sur des territoires. Certains pourraient même penser que des compétences gestionnaires de pilotage et de management suffisent pour piloter cet outil.

Mais si ces compétences de gestionnaire sont indispensables, il est tout aussi important, du point de vue de l’efficacité de l’action publique, de ne pas oublier la finalité de l’action. Seule la prise en compte permanente de cette dimension stratégique de l’activité permet en effet aux dirigeants de :

- travailler sur le sens et de trouver là un important levier managérial ;
- saisir des opportunités et/ou des risques quant à l’application de la réglementation et/ou à la recherche des effets produits ;
- remonter des observations et/ou des propositions pour améliorer l’efficacité de la politique mise en œuvre.

Cette question des finalités de l’action est essentielle pour éviter les risques d’une dérive « gestionnaire » au niveau de l’activité. C’est d’ailleurs souvent autour de cet enjeu que se fait la différence entre un opérateur de 1^{er} type et un opérateur de 2^e type, tant il est vrai qu’en travaillant sur les finalités et les effets de l’action (effets attendus... et inattendus), un opérateur se trouve inévitablement en situation d’être force de proposition.

Même cantonné à l’activité de mise en œuvre de la politique, un opérateur public ne peut en effet éviter de :

- inscrire la production réglementaire des Pouvoirs publics dans son système d’information et/ou de traitement de l’information ; et il se trouve alors confronté à des questions sur la faisabilité du dispositif réglementaire, sa pertinence voire même l’intention réelle du législateur ;
- constater, au moment des premières mises en œuvre sur le terrain, que certaines règles se télescopent avec d’autres et/ou ne prennent pas en compte certaines situations particulières (ce que peuvent révéler les réactions de clients et/ou de partenaires qui font apparaître certaines situations insuffisamment anticipées).

Dans l'un et/ou l'autre cas, l'opérateur chargé de la mise en œuvre d'une politique publique a alors le choix entre deux stratégies :

- soit se contenter d'exécuter mécaniquement des instructions sans s'intéresser aux effets produits, et s'affirmer totalement comme un opérateur du 1^{er} type ;
- soit expliciter et remonter les difficultés rencontrées, voire les accompagner de suggestions, et amorcer ainsi un virage stratégique lui permettant d'agir progressivement comme un opérateur du 2^e type.

Et on retrouve ainsi, même sur cette seule mission de mise en œuvre, la relation de double détermination évoquée ci-dessus, entre nature des responsabilités des dirigeants et type d'opérateur ; et on devine déjà tout l'intérêt pour l'efficacité de l'action publique (sauf à envisager des responsables politiques omniscients et infaillibles), à évoluer vers un opérateur du 2^e type.

3. Des responsabilités de portage de la politique vis-à-vis de son environnement

Sans doute la légitimité première de l'institution est-elle à chercher dans les accords entre partenaires sociaux, dans la loi et la réglementation ; et on comprend que pendant longtemps cette activité de portage n'ait pas été vécue comme essentielle par les dirigeants non élus de l'institution. On observait d'ailleurs autour de cette mission une réelle division du travail entre, d'une part, des dirigeants non élus qui communiquaient peu sur les politiques qu'ils mettaient en œuvre et d'autre part des dirigeants élus qui développaient une active politique de communication pour défendre l'institution.

Les dirigeants non élus pourront-ils demain se satisfaire de cette division du travail ; ou devront-ils de plus en plus se mobiliser autour d'une mission d'explication et de promotion de la politique (étape n° 4 dans le cycle de l'action publique) ?

3.1. Une responsabilité qui devient incontournable

La complexité et la volatilité de la réglementation d'une part, et les nouvelles exigences des Pouvoirs publics, des clients et des partenaires d'autre part, expliquent la nécessité d'une action permanente de communication pour expliquer, justifier et valoriser l'activité, pour lui donner du sens en l'inscrivant dans une politique. La légitimité de l'action publique se décrète de moins en moins et doit être de plus en plus présentée, expliquée, démontrée. Un opérateur public ne peut faire évoluer son activité sans défendre son image et la qualité de son travail, sans mettre en évidence ses performances (qualité du service, efficacité, ...), sans préciser les effets de son action et sans l'expliquer.

Et cette exigence est évidemment renforcée par la forte compétition entre les opérateurs publics (et privés) pour gagner de nouveaux « marchés ». Une institution publique qui ne communique pas sur son action a peu de chances de conforter son image comparativement à d'autres qui communiquent ; et elle se met en risque, dans un système concurrentiel, de perdre certaines de ses activités. À l'inverse une institution qui communique autour de ce qu'elle fait bien peut consolider son image et gagner de nouvelles activités.

Sous peine d'inefficacité et de « délégitimation » de leur institution, les dirigeants non élus ne pourront plus se contenter de la division du travail traditionnelle : ils devront participer activement à cette action de défense et de promotion de leur institution. Ils auront de véritables responsabilités à exercer dans ce domaine tant au niveau national qu'au niveau loco-régional. Autour de cette mission, les directeurs d'organismes pourraient être explicitement chargés de porter sur leur territoire la politique de leur institution, de défendre son action, et de faire ainsi partager leurs convictions⁽⁵⁾.

3.2. Une responsabilité qui suppose une nouvelle articulation entre logique gestionnaire et logique stratégique

L'exercice de cette responsabilité suppose de maîtriser un minimum de savoir-faire en matière de communication, mais aussi et surtout d'avoir réfléchi sur la stratégie : comment expliquer l'action mise en œuvre sans en saisir les enjeux, sans l'inscrire à grands traits dans la législation mais aussi les ambitions des Pouvoirs publics, sans articuler les effets attendus et les principaux leviers mobilisés ?

Pour assurer cette mission, il est donc essentiel pour les agents de direction de l'institution d'éviter l'écueil d'une logique par trop gestionnaire et de développer leur réflexion sur les finalités et les conditions d'efficacité des politiques qu'ils mettent en œuvre ; ils doivent s'autoriser à articuler contenu de l'action, résultats attendus et finalités poursuivies, et ne pas s'interdire de fonctionner comme force de proposition autour de cet enjeu.

Ce travail de réflexion, individuel et collectif, même limité à la préparation d'une action de communication, serait d'ailleurs d'autant plus fructueux qu'il ne commencerait pas une fois les politiques élaborées, mais trouverait à s'exercer en amont, pendant les périodes de conception de ces politiques, et notamment de construction des problèmes socio-économiques à traiter ; et s'il est important que ce travail de réflexion amont reste discret (puisque'il n'est pas question d'intervenir de manière ouverte dans le débat politique), il pourrait donner lieu à des débats internes où s'approfondiraient des analyses, s'échangeraient des arguments et s'affineraient des propositions.

Avec le développement de cette mission de « portage de politique publique », se construiraient simultanément une nouvelle articulation entre logique gestionnaire et logique stratégique au sein de la population des dirigeants des organismes loco-régionaux, et une nouvelle façon de faire évoluer l'institution d'un opérateur du 1^{er} type à un opérateur du 2^e type.

4. Des responsabilités de contribution à la construction des actions publiques et à l'évaluation des politiques mises en œuvre

Compte tenu de l'importance des enjeux économiques et sociaux des différentes politiques de Protection sociale, on comprend que les responsables politiques élus (nationaux ou loco-régionaux) soient seuls légitimes à opérer les principaux arbitrages sur les politiques à mettre en œuvre et à le revendiquer. L'institution ne cherchera donc pas à intervenir sur l'étape n° 2. Mais rien n'interdit à ses dirigeants non élus d'alimenter les élus en contributions amont et aval et de les aider à définir des actions publiques efficaces (contributions aux étapes n° 1 et n° 5 dans le cycle de l'action publique).

(5) Et les dirigeants d'organismes loco-régionaux, au lieu d'être seulement challengés sur leurs performances de gestionnaire (par leur Caisse nationale), pourraient l'être aussi sur leur capacité à convaincre, à « vendre leur institution et ses politiques ».

4.1. Richesse et variété des différentes contributions amont et aval possibles

Parmi les contributions que l'on trouve dans l'étape n° 1 de construction amont d'une action publique on distingue souvent différents moments : l'émergence et construction d'un problème, la recherche et formulation de solutions, l'élaboration d'instruments d'action, la définition de plans d'actions, le lancement et la mise en œuvre d'une expérimentation évaluée.

Quant aux contributions aval que l'on trouve dans l'étape n° 5 d'évaluation / correction, on distingue : l'évaluation ex-ante et ex-post, les remontées sur les effets produits, et/ou sur d'éventuelles difficultés rencontrées dans la mise en œuvre (avec propositions d'amélioration et de correction), et l'évaluation des effets produits (avec des propositions d'amélioration et de correction).

Sauf à faire l'hypothèse de Pouvoirs publics et de responsables politiques omniscients et infaillibles, ces contributions amont et aval sont indispensables tant pour faire émerger de nouveaux problèmes que pour faire apparaître d'éventuels écarts entre les finalités poursuivies et les actions mises en œuvre ; il en va de l'efficacité de l'action publique et cette situation vaut tant pour les politiques nationales que pour des politiques loco-régionales.

Or sur ces différents sujets de la coproduction amont et aval des politiques publiques, l'intervention d'un opérateur ne résulte que marginalement de ses compétences juridiques ; elle dépend surtout des savoirs qu'il peut mobiliser sur le terrain, de la volonté de ses dirigeants d'utiliser ces savoirs, et de la conception que ceux-ci ont de leurs responsabilités⁽⁶⁾.

4.2. Les atouts de l'institution Sécurité sociale, et de ses dirigeants, pour contribuer en amont et en aval à la définition des politiques et des actions

Sur ces différents enjeux (coproduction amont et aval, de politiques nationales et de politiques loco-régionales) l'institution Sécurité sociale et notamment sa ressource dirigeante, bénéficie de réels atouts, qu'elle pourrait facilement cultiver et développer. Il en va ainsi de :

- la connaissance des territoires, de leurs habitants (leurs caractéristiques, leurs pratiques, leurs attentes). Cette connaissance d'une présence concrète sur tout le territoire national⁽⁷⁾ permettant le développement d'un important tissu relationnel tant avec les assurés qu'avec les partenaires, et par d'importantes bases de données régulièrement mises à jour sur les territoires, les clients et les partenaires⁽⁸⁾ ;
- l'image de neutralité politique qui lui permet d'être reconnue sur le terrain comme un interlocuteur légitime de toutes les collectivités locales (une image à faire coexister avec la mission de communication dans sa dimension « portage de la politique publique ») ;

(6) L'articulation de ces trois variables fonctionne, de fait, comme un déterminant important d'une éventuelle contribution amont et aval. Et la représentation que les dirigeants ont de leurs responsabilités, notamment en termes de contribution amont et aval à l'élaboration des actions publiques, apparaît ainsi comme un véritable levier de l'efficacité de l'action publique, dès lors que les dirigeants ont les capacités d'exercer ces responsabilités.

(7) On notera néanmoins que cet atout de la proximité est aujourd'hui plus valorisé dans une logique de service que d'adaptation de l'offre (de service et/ou de gdr) aux caractéristiques du territoire.

(8) On notera néanmoins que ces bases de données sont aujourd'hui plus utilisées dans une logique de production voire éventuellement de service que dans une logique de communication et/ou de gdr.

- des circuits d'information courts pour atteindre les décideurs politiques tant au niveau local (relations directes entre les Caisses loco-régionales et les collectivités locales) qu'au niveau national (Caisse loco-régionale / Caisse nationale / cabinet et haute administration) ;
- la maîtrise des savoirs spécialisés de chacun des risques traités (savoirs à la fois juridiques, sociaux, médicaux, démographiques, économiques, ...) ;
- une image d'opérateur efficace et fiable qui peut expérimenter et garantir la faisabilité des propositions.

En mobilisant systématiquement ces atouts, les dirigeants pourraient tout à la fois les consolider, permettre à leur institution de s'affirmer progressivement comme un opérateur du 2^e type, voire comme un expérimentateur incontournable de l'action publique dans le domaine de la Protection sociale, et ce faisant élargir sensiblement leurs responsabilités.

5. Quels nouveaux profils de dirigeants pour exercer ces nouvelles responsabilités ?

Les profils des futurs dirigeants devront évidemment traduire les ambitions de l'institution en matière de contribution à l'action publique, et les éventuelles nouvelles responsabilités de ses dirigeants. Cela vaudra pour les compétences spécifiques liées à chacune des missions futures de l'institution en fonction du scénario qui prévaudra : mise en œuvre des politiques (dans les 3 scénarii), portage des politiques mises en œuvre (dans les scénarii n^{os} 2 et 3), et contribution amont et aval à la conception de l'action publique (scénario n^o 3). Cela vaudra aussi et surtout pour deux curseurs caractéristiques des profils de dirigeants : le curseur entre posture de gestionnaire et posture de stratégie et le curseur entre stratégies locales et stratégies nationales.

5.1. La place du curseur articulant logique gestionnaire et logique stratégique

On a vu l'impérieuse nécessité des compétences de type « gestionnaire » qui deviendront d'ailleurs, au niveau de la ressource dirigeante, d'autant plus incontournables que les ressources financières se feront plus rares : la pression toujours croissante sur les performances en termes d'efficience imposera, plus que jamais, d'avoir au sein de la ressource dirigeante des gestionnaires exceptionnels.

Mais on a dit également les dangers d'une dérive gestionnaire, tant pour mobiliser les personnels et donner du sens aux efforts que pour saisir des opportunités et anticiper d'éventuelles difficultés (notamment des écarts entre effets de l'action et effets attendus). Et si cette dérive est déjà handicapante pour une activité tournée vers la seule mission de mise en œuvre de l'action publique, elle devient paralysante pour un acteur chargé de porter et d'expliquer la politique mise en œuvre et/ou de contribuer par ses propositions au contenu de l'action publique à mettre en œuvre.

5.2. La place du curseur entre stratégies locales et nationales

L'égalité de traitement sur l'ensemble du territoire suppose une réelle coordination des pratiques voire un alignement des actions locales : il en va des exigences d'effectivité du droit ; il en va de l'efficacité des actions de communication (qui doivent se faire au niveau national comme au niveau local et qui doivent donc être coordonnées) ; il en va aussi de la mise en acte des propositions d'amélioration.

Mais cet impératif d'homogénéisation / d'alignement des pratiques peut coexister avec une forte reconnaissance des stratégies locales. Sur chacun des niveaux de contribution à l'action publique, il est en effet indispensable d'articuler enjeux nationaux et enjeux locaux. Comment mettre en œuvre une politique nationale sur un territoire loco-régional

sans comprendre cette politique et sans prendre en compte les singularités de ce territoire ? Comment communiquer localement sans s'inscrire dans la communication nationale et simultanément tenir compte des spécificités de son territoire ? Comment être une force de proposition pour le niveau national sans comprendre très précisément la politique conduite au niveau national, et sans chercher à l'enrichir en tirant partie de singularités loco-régionales ?

Sur chacun des niveaux de contribution à l'action publique, c'est de plus en plus dans l'articulation entre le local et le national que se situera la valeur ajoutée des dirigeants de l'institution : pour agir efficacement au niveau national, il faudra qu'ils soient alimentés en permanence de réactions et de propositions forgées localement, et pour agir efficacement au niveau local il faudra qu'ils s'inscrivent dans la stratégie nationale et qu'ils aient donc une connaissance très fine des enjeux nationaux⁽⁹⁾.

Conclusion : vers des dirigeants d'opérateurs publics du deuxième type ?

À considérer très globalement l'évolution des dirigeants d'organismes de Sécurité sociale au cours des vingt dernières années, il apparaît surtout un considérable mouvement de professionnalisation de type « gestionnaire » d'acteurs mettant en œuvre avec une efficacité croissante des politiques publiques nationales, à la construction desquelles ils contribuent peu. La logique de développement de cette action dirigeante s'inscrit très majoritairement dans une logique d'opérateur public du 1^{er} type.

Cette professionnalisation de type gestionnaire apparaît aujourd'hui à la fois comme un atout incontournable pour pérenniser l'institution et comme une étape à dépasser pour renforcer son efficacité. Et ce dépassement est d'autant plus envisageable que grâce à ce processus de professionnalisation, l'institution s'est, comme on l'a vu, dotée d'atouts qu'elle pourrait consolider pour s'imposer comme un opérateur du deuxième type.

Les dirigeants pourraient demain d'autant plus s'affirmer comme des dirigeants de deuxième type que l'institution ferait évoluer le mode de fonctionnement de ses réseaux, notamment en termes de descente et de remontée d'informations⁽¹⁰⁾. Sans doute s'agit-il là d'une modification substantielle du mode de fonctionnement des différents réseaux nationaux, mais une observation sur deux décennies du fonctionnement de l'institution donne de la crédibilité à une telle évolution : après une période où l'essentiel a été de construire des réseaux et donc de lutter contre les logiques

(9) D'où l'intérêt, pour produire et consolider cette ressource dirigeante, de favoriser les mobilités entre des responsabilités nationales et des responsabilités loco-régionales.

(10) La proximité au terrain des organismes explique que leurs dirigeants puissent saisir rapidement différentes opportunités, menaces et/ou difficultés. Encore faut-il, pour tirer parti de cet atout, d'une part qu'ils aient, en temps réel, une très bonne connaissance de la stratégie nationale et d'autre part que la veille stratégique et la remontée des signaux faibles soit davantage organisée et systématisée. Les responsables des Caisses nationales ne pourront capter rapidement les signaux faibles porteurs d'approfondissement de l'action publique que si d'une part l'ensemble des responsables loco-régionaux sont véritablement mobilisés sur cet enjeu, que d'autre part des circuits de communication organisent la remontée de ces informations, et leur combinaison, et qu'enfin soit précisé le mode d'analyse et de traitement de ces informations au niveau national. Et ce nouveau mode de fonctionnement du réseau fonctionnerait d'autant mieux que simultanément cette activité de contribution serait reconnue explicitement comme faisant partie de la mission d'un dirigeant, non pas comme une possibilité facultative mais comme l'une des responsabilités importantes et comme une dimension aussi évaluée et valorisée que les autres.

traditionnelles de baronnies, arrive très normalement le temps d'approfondir et d'optimiser les modes de fonctionnement de ces réseaux.

Au total, tant du point de vue de l'importance des enjeux (notamment en termes d'efficacité de l'action publique) que des atouts accumulés par l'institution, les conditions semblent réunies pour que se manifestent au cours des prochaines années les quatre évolutions suivantes, qui se renforceraient d'ailleurs mutuellement :

- un élargissement des responsabilités des dirigeants sur le portage des politiques publiques et leur co-construction amont et aval ;
- une évolution de leur profils en termes d'articulation « logique gestionnaire / logique stratégique », et en termes d'équilibre « stratégie nationale / stratégie loco-régionale » ;
- une évolution du mode de fonctionnement des réseaux nationaux, notamment sur la descente et la remontée de l'information ;
- une évolution progressive d'un opérateur du 1^{er} type à un opérateur du 2^e type.

Et ces évolutions sont d'autant plus vraisemblables qu'elles accompagneraient et faciliteraient la « métamorphose » de l'institution autour de son nouveau cœur de métier, qui ne se définirait plus majoritairement dans une logique « réparatrice » mais aussi et de plus en plus dans une logique « transformatrice » :

- au-delà de sa fonction historique de collecte et de distribution de prestations financières autour d'une ambition d'indemnisation de risques sociaux, la Sécurité sociale développe en effet, et développera de plus en plus, de nouveaux métiers relevant de la « gestion de ces risques » ; ainsi des actions partenariales, construites avec les professionnels de santé, les entreprises, les collectivités locales... et les autres branches et régimes de l'institution, pour engager des actions de prévention primaire, secondaire et/ou tertiaire face aux différents risques individuels et collectifs ; ainsi des activités visant à faire évoluer le comportement des assurés sociaux notamment dans une logique « d'empowerment » et à leur permettre d'être davantage « acteurs » de leur vie ;
- or la consolidation de ce nouveau cœur de métier suppose, de par les activités concrètes à déployer sur le terrain, d'avoir, au niveau national comme au niveau loco-régional des dirigeants d'opérateurs du 2^e type ;
- et comme la consolidation de ce nouveau cœur de métier constitue un levier important pour améliorer l'efficacité de l'institution Sécurité sociale, les conditions semblent favorables pour que le scénario n° 3 devienne progressivement réalité.

Métamorphoses et système d'information

Élisabeth Humbert-Bottin

Directrice du GIP Modernisation Déclarations Sociales

Les systèmes d'information de la Protection sociale sont à ce jour considérés comme naturels et indispensables. Sans eux, les procédures sont au point mort, il n'y a plus réellement de solution de repli viable dans la durée pour obtenir le remboursement de ses soins maladie, disposer de ses prestations familiales, toucher sa retraite ou, pour les entreprises, se libérer de leurs obligations sur les cotisations.

Omniprésente dans le quotidien de tous les techniciens, l'informatique a également constitué un remarquable levier de transformation, tant en terme quantitatif (qui peut imaginer traiter aujourd'hui sans ce vecteur les volumes en jeu) qu'en termes qualitatifs, que ce soit au niveau des prestations (la particularisation extrême des droits doit son avènement aux possibilités de l'informatique dont ont abusé certains législateurs) qu'à celui des performances individuelles (l'accès au Relevé Individuel de Situation en direct par internet pour le droit à l'information en constituant une formidable illustration) ou collectives (les modèles de projection ne pourraient fonctionner sans !). Le thème de **métamorphose** se compose ainsi **au pluriel** dans ce domaine des systèmes d'information. Métamorphose intrinsèque d'abord, avec le formidable **essor de l'informatique** depuis 40 ans. **Métamorphose induite des organisations** ensuite, avec le passage des formulaires carbonés au numérique complet. **Métamorphose en conséquence des relations au travail** avec le multi-canal et le fonctionnement réseau qui brisent les codes traditionnels des protocoles administratifs. Et cette métamorphose n'est **pas achevée**, 50 années de culture papier ne s'envolent pas d'un coup de baguette binaire...

1. La métamorphose intrinsèque de l'informatique

La première métamorphose à souligner est donc celle de la technique informatique elle-même.

En fêtant, en 1995, son cinquantième anniversaire, la CNAV avait composé un album d'images rétroactives. Début des années 70, c'était l'apparition des cartes encodées qui permettaient une certaine automatisation des opérations, puisque l'on passait de fiches cartonnées sur lesquelles étaient collées des vignettes à des cartes perforées selon des espaces savamment étudiés dont la lecture permettait de recomposer des informations. Le tout début de l'informatique administrative... Dès la fin des années 70, l'opportunité d'aller plus avant avec les capacités de stockage qui émergeaient est assez vite apparue. Ce fut alors la création du répertoire des comptes pour la retraite à Tours. Et avec lui, les premiers questionnements quant à la nécessité d'un identifiant unique pour les assurés. Les bases de données se structurent, remplaçant progressivement les tiroirs de dossiers.

Les informaticiens d'alors habitaient dans des tours d'ivoire, perchées au-dessus des salles énormes qui abritaient ces imposantes machines. Leurs langages étaient spéciaux, la course à l'octet était alors un vrai sport, il fallait développer des trésors d'ingéniosité pour conserver le plus d'informations possible dans le moins de caractères possibles, l'octet étant compté. Le premier processeur conçu en 1971 ne contenait que 4 bits. La loi de Moore de la puissance et de la miniaturisation est depuis largement passée par là, les salles colossales pour quelques Megaoctets de stockage ont laissé place à des racks portant des cellules grosses comme des boîtes d'allumettes déployant des Teras.

Ne parlons pas de la petite sœur de ces grands systèmes, la balbutiante bureautique. Le traitement de texte était alors dans des formes très rudimentaires, les retours à la ligne et les décalages de paragraphes devaient être programmés en BASIC (ou autre langage pour les plus aguerris), une vraie galère... Alors, quand au début des années 90, apparaît le WYSIWYG (What You See Is What You Get !), le temps gagné est d'une totale évidence.

Les terminaux passifs connectés à une machine maître deviennent progressivement des postes autonomes disposant à leur niveau de puissance de calcul. Puis ces postes isolés se mettent à dialoguer de manière de plus en plus performante au travers de réseaux, dont la simplicité d'usage ne cesse de croître. Et le schéma d'une informatique quotidienne ne cesse de s'étendre ; avec le « cloud » (l'informatique dans les nuages) et le SAS (les logiciels offerts en service direct), l'informatique devient aujourd'hui un service distribué, au même titre que l'électricité. On branche une prise et tout est accessible...

Les périphériques ne sont pas en reste dans ces transformations. Une première illustration avec la carte Vitale, dont le concept est lancé dans le début des années 80 pour prouver, 20 ans après, toute l'efficacité de cette reconnaissance immédiate des assurés, fondement premier de la télétransmission des feuilles de soins. Une autre avec les « disquettes » d'abord 5 pouces avec juste quelques kilooctets, puis 3 pouces, disquettes qu'il fallait formater, et qui constituaient pourtant une révolution, en tant que premiers vecteurs des balbutiantes télétransmissions informatiques, avec pour les employeurs la DADS dématérialisées par TDS ; on sait ce qu'il en advient ensuite avec les CD, les clés USB et les énormes mémoires de masse pour le stockage, plus petites que des livres de poche ! Une autre encore avec la visio-conférence, qui dans les réseaux très éclatés géographiquement a permis de faciliter les relations, les possibilités d'aujourd'hui avec les webcam individuelles masquant de plus en plus les distances. Une autre encore avec les terminaux de type blackberry puis smartphones où les mails sont en permanence accessibles, et qui permettent aussi aux patients atteints par des pathologies demandant des traitements à heure fixe d'être alertés à bon escient, ou encore les boîtiers de surveillance auprès des personnes âgées dans le cadre de la prestation autonomie et les bornes interactives qui permettent d'offrir des « permanences » en zones à faible densité. Et cette liste technologique à la Prévert n'est sans doute pas exhaustive, loin s'en faut.

En parallèle des progrès techniques, le logiciel s'est en effet développé à très grande vitesse. Les moyens de développement deviennent de plus en plus raffinés, des progiciels sont conçus sur un ensemble croissant de domaines et les

moyens de communication explosent avec l'introduction des protocoles permettant de hauts débits et des outils de messageries. Les moteurs de règles, balbutiant dans les années 80, deviennent réellement performants dans le monde de l'architecture « ouverte » au fil de l'eau à la fin de la décennie 2000-2010. La gestion du document passe progressivement du statut de photographie d'une image à celui de circulation des informations issues de ces images, aidés par les techniques d'OCR (Reconnaissance Automatique de Caractères) et surtout par le « déport » du poste de saisie chez les assurés avec Internet.

Ainsi, au début des années 2000, la transformation se renforce avec l'arrivée, puis la montée en charge exponentielle d'Internet, qui permet en tout point d'accéder à tout système de manière transparente. De plus en plus d'actes administratifs sont portés sur la « toile », la Protection sociale propose de larges bouquets de service non seulement d'informations mais aussi de plus en plus de traitements.

2. La métamorphose des organisations

Dans un univers où la matière première est l'information, les progrès techniques de traitement de cette information ont nécessairement une forte influence sur la modernisation des organisations.

La Protection sociale a ainsi considérablement évolué depuis les années 80.

Confrontée à de fortes exigences tant d'économie que de réponses toujours plus personnalisées à des usagers qui sont devenus des « consommateurs », elle a dû mettre en place les conditions technologiques dans lesquelles elle pouvait assurer un service de qualité à l'ensemble des administrés, tout en conservant des moyens de relations humaines vers ceux qui ont le plus besoin du ciment sociétal qu'elle constitue. Même si les délais des projets se sont parfois comptés en décennies, elle a porté cette métamorphose technique qui a, de fait, entraîné une métamorphose des organisations.

Petit flash-back : en 1990, dès lors qu'une demande de retraite arrivait, il était constitué un très beau dossier papier cartonné de couleur différente selon qu'il s'agissait de pensions de base ou de réversion, et cela demandait plusieurs mois pour rassembler tous les éléments nécessaires. Les fameux cartons à chaussures remplis de bulletins de paie que l'impétrant amenait à l'accueil retraite pour compléter les périodes lacunaires n'étaient pas le moindre des véhicules « à vapeur » de l'époque. Il fallait alors tout « saisir », parfois des mois et des mois de paie, avec tous les risques d'erreur que cela comporte (tout système de saisie comporte a minima 5 % d'erreurs !).

Autre flash-back : à cette époque encore, chaque feuille maladie devait être complétée manuellement en répétant autant de fois qu'il y avait de feuille les noms patronymique, maritiaux, prénoms, adresse, date de naissance, statut, mode de remboursement, etc.

Encore un autre : en ce temps-là, le bailleur devait adresser à son locataire des quittances de loyers à son locataire qui les adressait à sa CAF pour bénéficier des allocations logements.

Et un autre encore plus spectaculaire : en ce temps-là, de nombreux employeurs devaient une fois par an remplir un document A3 rempli en caractères minuscules de liasses DADS qui comportaient tellement d'informations qu'elles en devenaient illisibles ; c'était un vrai calvaire.

En ce temps-là vraiment, que de tracasseries de paperasses ! La Sécurité sociale était presque synonyme de ce terme.

Aujourd'hui, en temps réel, il est possible de vérifier chaque année à partir du mois d'avril que les droits retraite ont bien été reportés, les visites chez le médecin et le pharmacien se font sans aucun document, juste une carte verte que l'on glisse dans un lecteur et tout est télétransmis, les saisies de loyer se font

en direct sur caf.fr, et les progiciels de paie produisent annuellement de manière automatisée la DADS U, garantissant immédiateté et automatisme dans la transmission des droits.

Les ateliers de saisie d'antan où des bataillons de techniciens encodaient des actes à partir de document sont loin derrière nous. Mais de l'emploi de saisie d'un technicien niveau BEP à la relation de service désormais à garantir, le chemin est sans doute plus considérable encore.

M. T., technicien à l'Assurance maladie travaille depuis 10 ans ; recruté à la fin des années 1960, son emploi consiste à saisir les données des assurés à longueur de journée. Des feuilles défilent, il ne réfléchit que peu aux vies dissimulées derrière les feuilles marron qui se succèdent, parfois juste marquées d'une croix quand l'assuré est en incapacité de signer ; et dans ce cas il faut vérifier que la croix est présente, faute de quoi c'est le rejet du dossier.

M. C., cadre à la Mutualité Sociale Agricole a son occupation journalière toute tracée ; arriver le matin, réceptionner les piles de courrier livrées par le service du même nom, avec les primo demandes, les relances, les pièces justificatives complémentaires et faire des sous-tas à partir du tas, pour répartir équitablement entre les techniciens. À mes débuts au sein de la Sécurité sociale, un cadre de secteur m'avait expliqué que l'instrument le plus important était la règle décimètre : au-delà de 20 centimètres restant à traiter sur la plupart des bureaux le soir, c'était l'enlèvement...

M. S., syndicaliste à la Sécurité sociale, expliquait à une jeune recrue que dépasser 6 dossiers par jour ce n'était pas normal, forcément, le boulot n'était pas bien fait.

M. D., directeur à la Protection sociale, connaissant par cœur le code, se faisant fort de résoudre les cas épineux que lui remontaient les cadres, tout un art, la maîtrise de ce fameux code, dont les articles ne cessaient de se complexifier avec l'informatisation des systèmes et la conviction que tout devenait possible en terme d'imagination législative. Lecteur, si tu n'as pas vu le décret de 2003 portant réforme des retraites relatif aux rachats et sa formule logarithmique parue au Journal officiel, précipite toi, tu comprendras en quoi l'émergence de l'informatique a modifié l'attente que les bâtisseurs législatifs avaient du système social.

À l'origine tout était simple. À chacun selon ses droits et surtout selon les vicissitudes de la vie. La Sécurité sociale de Pierre Laroque. Tu travailles, tu tombes malade, tu deviens vieux, la solidarité est là. Reconstruction de la France, confiance dans l'avenir, acceptation partagée des risques, tout est dit. Et les formules sont relativement rustiques, on doit tout calculer à la main.

Avec le temps et les puissances offertes par l'informatique, tout se complique.

Au nom de l'équité, des formules de plus en plus savantes sont inventées.

Pourtant le passé demeure. S'il doit rester quelques dizaines de « Rentes Ouvrières et Paysannes » (ROP), c'est le bout du monde. Mais hors de question d'y toucher. Un haut fonctionnaire du ministère de la Sécurité sociale, à qui j'expliquais en 2000 que concevoir un outil de liquidation des retraites contenant les « ROP » n'avait pas de sens, que tout processus industriel se renouvelle et laisse tomber les anciennes gammes, me répondait qu'il me comprenait parfaitement, que j'avais totalement raison, mais qu'il ne serait sans aucun doute pas celui qui enterrerait les Rentes Ouvrières et Paysannes, et que j'aurai du mal à trouver un volontaire pour être celui-là !

L'organisation évolue pourtant au rythme des modernisations, évolution voulue par certains comme conséquence du Système d'Information, le Système d'Information devenant le prétexte du changement, sans que nécessairement les esprits ne soient prêts. Mais les choses bougent de fait. L'assuré ne se sent plus usager ; dans un monde où tout est accessible, où il gère à minuit son compte en banque, l'usager veut être client de sa Protection sociale, le consommateur consomme désormais ses droits et ne comprend plus un niveau de service en dessous de ce qu'il connaît par ailleurs au quotidien. La pression extérieure vient renforcer le mouvement interne de modernisation.

Des transformations en profondeur s'opèrent, permises par l'informatique. Des agences retraite à taille humaine voient le jour et proposent aux assurés de procéder avec eux en double regard sur l'écran au calcul de la retraite avec Outil retraite 2003, qui permet d'absorber le papy-boom alors que l'ancien SNGP (Système National de Gestion des

Prestations) qui ne fonctionnait qu'en batch et sur la base de codifications complexes intermédiaires ne pourrait absorber ces volumes. Le « RNCl » (Répertoire National des Carrières Individuelles) qui mélangeait carrières, droits retraite, gestion du dossier et identification se dépile pour être plus évolutif avec du côté les carrières (SNGC), l'identification (SNGI) et la gestion des droits (SNGD) ; une dernière étape était à franchir et est en passe de l'être avec le RGCU (Répertoire de Gestion des Carrières Uniques) consistant désormais à stocker toutes les informations élémentaires de la carrière. Les feuilles maladie se dématérialisent, les droits à prestation familiales sont désormais demandés en ligne, etc. et le vocabulaire se simplifie puisque le partage des informations est de plus en plus nécessaire, la lisibilité de bout en bout devient indispensable.

M. T., technicien, doit désormais redéployer sa technicité non plus vers une expertise de mots spécifiques et de codes de saisies mais vers la relation avec l'usager, qui cesse d'être un dossier anonyme pour devenir un être de chair et de sang, doué de paroles et d'attentes.

M. C., cadre, a du mal avec l'informatique, les nouveaux Monsieur T. le surpassent en expertise, il peine à trouver ses marques avec son centimètre à mesurer les piles, désormais dématérialisées.

M. D., directeur, veut exister en informatique, il rencontre des fournisseurs qui lui font miroiter moult merveilles au bout des nouvelles technologies, il veut faire seul, n'ayant pas réellement perçu les limites du savoir linéaire dans un univers systémique et ouvert.

Les transformations s'opèrent parfois dans l'euphorie parfois dans la douleur. Les traitements totalement automatisés depuis la saisie de l'usager jusqu'au paiement des prestations prennent forme, permettant de plus en plus de cibler les situations et d'accompagner au plus près les populations les plus fragilisées. De droit de masse dans le cadre de la reconstruction, la Sécurité sociale devient accompagnement des situations fragilisées dans un monde en restructuration permanente. Mutation qui aurait été impossible sans l'informatique.

Ces mouvements sont encore plus spectaculaires dans les relations avec l'entreprise ; le B to B s'invite à la Sécurité sociale. Les entreprises, qui explorent toutes les pistes de rationalisation, poussent ainsi le social à se transformer avec des transmissions de masse qui s'opèrent de manière transparente vers la CNAV, les URSSAF et l'ensemble des organismes de Protection sociale se regroupent au sein du GIP MDS pour proposer un service collectif, net entreprises, qui favorise par la mutualisation qu'il offre, la montée en charge de la dématérialisation : + 20 % de croissance annuelle depuis 2005, c'est plus qu'une réussite, c'est une véritable métamorphose des relations sur ce terrain des formalités administratives des entreprises.

3. La métamorphose des relations

M. S, syndicaliste, a du mal à se situer, comment défendre M. T., technicien, face à M. C., cadre, désemparé, et M. D., directeur, qui de plus en plus est aspiré par des transformations exogènes à la région et au secteur où il œuvre ?

Les appuis pris par certains visionnaires sur l'informatique pour bousculer et transformer les organisations n'ont pas facilité la digestion par tous de ces nouvelles possibilités. Pour certains, l'informatique, confinée au début dans un pur statut d'intendance, devient source de méfiance, et la résistance au changement s'organise face aux grands projets censés porter la transformation.

Mais la transformation ne peut être sans l'adhésion de l'humain. Petit à petit, des malentendus sont levés, les informaticiens sortent de leurs tours d'ivoire et la construction conjointe s'organise. La complexité devient telle qu'il est désormais impossible qu'un seul acteur maîtrise l'ensemble, le travail en équipe se structure, réunissant les métiers, les concepteurs, les réalisateurs, et les exploitants.

Car c'est seulement en composant entre toutes ces compétences que des systèmes performants peuvent se construire. Les métiers détiennent les règles de gestion nécessaires à implémenter, les concepteurs connaissent les SI en place et les leviers qu'ils recèlent, les réalisateurs sont les seuls à même de fabriquer des traitements et les exploitants à les faire tourner sans heurts.

La notion de travail en équipe s'installe donc progressivement et, avec elle, la culture du management par projets. Beaucoup de dirigeants, de cadres, d'informaticiens se sont engagés avec énergie dans la voie de la modernisation, et ont permis tous ces progrès.

Les projets franchissent de plus en plus la frontière de chaque « organisation » ; le standard Interops (Interopérabilité pour les Organismes de Protection Sociale) permet de cheminer de manière transparente entre les SI de plusieurs branches. Les postes de travail sont désormais constitués de « bouquets de services » issus de différents univers, leur structuration doit être pensée pour que l'agent ne risque pas de se perdre dans un méandre d'icônes exotiques.

Ce management par projet vient heurter les codes du management hiérarchique tissé au sein des organismes. Les acteurs peinent à trouver leur rôle, l'invention française des notions de Maîtrise d'Ouvrage et de Maîtrise d'œuvre n'agit pas toujours comme ciment facilitateur, les tenants de « l'intendance suivra » ayant des difficultés à abandonner leurs parcelles de pouvoir sur l'autel des constructions collectives. Tout cela n'est guère facilité par l'accélération permanente de la modification des techniques qui imposent un rythme du changement jugé inadéquat face à des organisations dont l'inertie est parfois comparée à celle des paquebots.

Le management traditionnel se transforme, il n'est plus possible de repérer visuellement les agents en avance et ceux en retard, ni le service en train de s'emboliser. Il faut s'habituer au pilotage par Excel, le suivi par des tableaux de bord, au sein desquels des concepteurs ont souvent introduit un foisonnement d'informations, parmi lesquelles il faut repérer celles d'intérêt. L'accès à la connaissance se banalise ; les circulaires sont en ligne, les procédures internes sont désormais connues de l'extérieur, la multiplication des informations disponibles va de pair avec une nécessité de tri de pertinence de plus en plus difficile à assurer.

Le fonctionnement en réseau s'impose peu à peu vis-à-vis de l'extérieur, l'assuré revendiquant « son » interlocuteur privilégié, ce que la loi de relations avec les usagers d'avril 2000 a très vite consacré. En interne, les innovateurs sont parvenus à installer progressivement la conviction de l'apport de valeur que constitue l'informatique, dès lors que la conception des traitements s'opère en se basant sur ses possibilités, et non en cherchant à reproduire sur numérique les fonctionnements « papier » antérieurs.

L'informatique est aujourd'hui au cœur des principaux traitements de la Protection sociale. Les projets des COG ont dans tous les cas un pendant SDI, négocié avec l'État comme les autres objectifs et projets. Des projets de plus en plus ambitieux assis sur les constructions solides opérées dans les années 80 à 2010 voient le jour ; témoins les projets de traitement des ordonnances en ligne dans la chaîne médecins / pharmaciens / Assurance maladie, ceux liés au suivi des transports médicaux sur base de GPS, celui de changement de paradigme dans la sphère sociale avec la DSN (Déclaration Sociale Nominative) qui part du progiciel de paie, consacrant ainsi la source numérique de l'ensemble des droits, ceux d'interconnexion des systèmes du monde des conseils généraux, ô combien dispersés, et de la Protection sociale, grâce à l'émergence du RNCPS (Répertoire National Commun de la Protection Sociale).

L'intermédiation sociale entre des acteurs de différents horizons intervenant sur la chaîne de solidarité prend réellement vie grâce aux progrès technologiques, et porte avec elle la transformation irréversible de la relation managériale et de la relation de service.

4. La métamorphose inachevée

En 40 ans, depuis la naissance de l'informatique, les progrès ont donc été considérables. Les dossiers papier de couleur qui envahissaient les couloirs des organismes ont peu à peu maigri et ont été finalement, non seulement dématérialisés par « photographie » des images qu'ils contenaient, mais surtout véritablement numérisés par conservation, non plus des « pièces d'origine » qui les justifient, mais par prise en compte des informations élémentaires au plus près de leurs sources. Pourtant, cette transformation n'est pas achevée.

En premier lieu, la Protection sociale n'a pas encore su, à ce jour, publier la codification sociale adaptée au numérique de tous les textes qui la régissent.

Ainsi, le décret qui régit les obligations des directeurs et des agents comptables date toujours du début des années 1960... soit 10 ans avant l'invention du premier processeur et les premiers balbutiements de l'informatique. On peut notamment y lire : « L'agent comptable est personnellement et pécuniairement responsable... de la conservation des pièces justificatives... ».

Certes, l'ordonnance de décembre 2005, qui consacre le droit du numérique dans l'administration française, doit normalement prendre le pas. Mais sa traduction concrète en termes, notamment, de référentiel d'interopérabilité et de sécurité, est rédigée en termes tellement techniques qu'elle n'a jamais réellement irrigué le droit de la comptabilité publique. La direction de la Sécurité sociale a produit une circulaire sur le droit de la dématérialisation en 2011, tentant de combler l'écart entre les deux textes, mais tout cela n'est pas encore réellement « digéré » par les systèmes, et l'exigence de pièces d'origine demeure trop souvent un leitmotiv empêchant des progrès de performance réelle de se réaliser. Même si des systèmes « probants » sont mis en place, c'est souvent avec de forts investissements et une conservation d'éléments « recopiés » « au cas où », alors même que l'information probante conservée une fois (dans le système d'information) pourrait suffire.

Un système partiellement numérisé est pire qu'un système manuel ; demander à un technicien, d'opérer une double gestion sur écran, avec d'un côté une image numérique censée constituer la pièce justificative, et, de l'autre le système d'information la traduisant, ne peut que conduire à un alourdissement du travail. De même, lui demander de conserver des pièces papier dans un dossier dont la structure n'est pas adaptable en fonction des circonstances (ce qui réintroduit de la rigidité), ne fait que creuser l'incompréhension croissante entre la modernité possible des systèmes et leurs usages concrets dans les procédures.

Ce faisant, on n'informatise pas réellement, on ne fait que porter sur l'informatique le fonctionnement antérieur. Et pires encore sont les cas où, pour des motifs de contrôle, il est demandé aux agents d'imprimer un écran !

La Sécurité sociale n'est pas seule dans ce cas, et c'est l'ensemble du système juridictionnel qui devra du reste pouvoir évoluer ; quand les tribunaux pourront-ils franchir le pas, alors même que les fondements du droit écrit remontent à l'Empire Romain ?

Cela traduit du reste le second obstacle majeur pour une Protection sociale réellement décomplexée face à l'informatique. C'est celui de la culture. Malgré des décennies d'octets, l'objet premier du travail est trop souvent resté le « dossier », pièce structurée de manière linéaire organisée par strates, et non pas l'information, alors que dans le monde numérique, c'est bien cette « information » qui importe et non son contenant. Illustration basique de cet attachement culturel profondément ancré, l'exigence

d'une signature sur les formulaires, laquelle n'est souvent qu'un signe obscur invérifiable, mais qui prend force de preuve évidente, alors que le contexte d'une connexion Internet avec mot de passe reste empreint de suspicion.

Et c'est là le troisième frein majeur, porté en filigrane dans les deux précédents, celui de la confiance. L'informatique reste trop souvent regardée comme un mal nécessaire sur lequel il ne faut pas tout miser. Les informations qu'elle conserve sont trop souvent sujettes à questionnement quant à leur véracité, interrogations que le monde papier n'a jamais portées alors qu'elles auraient été tout autant justifiées (qui se rappelle les salles d'archives des dossiers d'antan ouvertes à tout à chacun verront parfaitement ce que je veux dire...). Il est du reste surprenant d'observer que lorsque l'on informatise une procédure, des questions de sécurité et conservation sont posées, alors qu'elles ne l'avaient jamais été dans les procédures antérieures. Qui se soucie de constater que dans les faits de nombreuses encres se délitent dans le temps et que leur lecture 30 ans n'est guère certaine... Le papier donne un sentiment d'éternité palpable que l'informatique ne pourra jamais reproduire pour tous ceux qui ont grandi dans cette culture du papier. La génération Y arrive désormais dans les organismes, les anciens lui apprennent cependant cette nécessaire méfiance...

Car au final, sans doute que l'informatique reste encore trop peu appréciée pour être digne de confiance. Qui n'a pas entendu un technicien à son guichet s'excuser de ne pouvoir opérer une action « parce que l'informatique est encore en panne »... Jamais une telle plainte n'était émise du temps du papier du type, « mon stylo ne marche plus » ou « le cadre responsable n'a pas encore trié le courrier »... L'informatique a souvent bon dos. Sans doute, les efforts pédagogiques qu'elle a pu déployer sont à ce jour restés en deçà de la nécessaire digestion collective qu'elle suppose. D'autant que, trop souvent, sont opposés systèmes automatisés et systèmes manuels, systèmes centraux et systèmes locaux... alors qu'ils devraient parfaitement se compléter.

Sur le premier point, pour avoir passé plusieurs années au régime général puis au régime agricole, j'ai pu apprécier la différence de relation de ces deux mondes par rapport à l'informatisation. Pour le régime général, habitué à traiter de forts volumes, l'essentiel est dans l'industrialisation, le traitement de masse. Pour le régime agricole, dont la légitimité repose sur la juste relation aux situations singulières, l'essentiel est dans la capacité d'acceptation de l'exception, et donc à la tolérance à l'introduction d'éléments « manuellement ». Dans les faits, il s'agit bien de conjuguer entre ces deux besoins.

Sur le second point, pour avoir toujours été au plus près du terrain dans mes fonctions de coordination des systèmes, j'ai pu mesurer combien des systèmes centraux bien pensés mais mal expliqués finissaient par être détournés de leurs usages normaux, et s'avérer ainsi contreproductifs.

La métamorphose qui reste à venir est celle de l'acceptation ; accepter l'exception, accepter qu'un système sera d'autant plus performant qu'il sera pensé globalement, mais aura une tolérance à la pratique locale. Ceci demande un chemin de part et d'autre ; de la part des concepteurs, pour ne jamais « plier » quant à la cohérence d'ensemble, mais pour entendre les légitimes différences. De la part des utilisateurs, pour ne pas considérer que tout ce qui vient du national est mal pensé, mais pour accepter d'apprendre un usage, dans un monde de plus en plus complexe, où nul individu ne peut imaginer seul les solutions performantes.

La Protection sociale de demain est en marche, avec la mise en place progressive de systèmes réellement « numériques », suffisamment sécurisés pour garantir la confiance indispensable à leur usage complet, et pensés globalement et en interconnexion entre eux. Un ensemble de référentiels partagés sont désormais en place au sein de la Protection sociale, garantissant unicité de l'identification des assurés, des déclarants, et permettant un accès centralisé aux différents types de droits et prestations.

Demain, de nouveaux projets iront plus loin. La DSN (Déclaration Sociale Nominative), une fois généralisée, alimentera les droits retraite, que les assurés pourront régulièrement valider, en obtenant en retour leur droit à l'information retraite, cette même collecte fondera la délivrance de leurs droits sur les domaines de la santé et de la famille, droits qui seront gérés en articulation entre les administrations décentralisées que sont les conseils généraux et la Protection sociale et

entre le monde public et le mode privé avec les sociétés d'assurance, institutions de prévoyance et mutuelle, gestion justement articulée grâce à l'aiguillage complet que constituera le RNCPS.

Demain, ce système construit en coopération entre tous, sera utilisé par tous, au bénéfice de la performance de tous. Il deviendra inutile de faire des SDI à côté des COGs, les COGIs (Convention d'Objectifs et de Gestion Informatisée) porteront naturellement l'approche de modernisation des performances qui sera toujours présente !

Pour l'heure, un premier schéma directeur transverse des SI de la Protection sociale doit être mis en place en mars 2013 par la DSS ; ce sera un premier cadre pour poser les briques de cohérence et de partage indispensables aux progrès de demain. Les sommes à allouer restent importantes, même si les retours d'investissement sont souvent évidents et rapides, il est indispensable d'éviter doublons et dispersions dans les constructions nouvelles.

Il restera également à assurer le bon maillage avec les systèmes partenaires de la Protection sociale ; trop souvent, les échanges restent pensés dans l'univers du « batch » des années 80 avec des échanges de masse souvent annuels, comme par exemple les relations avec la DGFIP (données fiscales et FICOBA), le ministère de l'Intérieur (AGDREF) ; l'important sera de pouvoir capter l'information « à la source », et au plus près des événements via des échanges en interopérabilité au fil de l'eau (architecture ouverte). Le SOA (Architecture Orientée Service) d'ensemble de l'administration reste aussi à construire, les travaux entrepris par le nouveau secrétariat général à la modernisation de l'action publique en pose les briques avec une premier « POS » (Plan d'Occupation de Sols) dont les bénéficiaires mettront probablement des années à être retirés.

La métamorphose se poursuit : la force de la Protection sociale a toujours été de savoir anticiper les changements, beaucoup de choses sont en place, sur lesquelles il convient de capitaliser pour aller plus avant dans l'efficience, chemin indispensable dans la mesure où bientôt, il ne sera même plus envisageable, pour les assurés nés après l'avènement du numérique, qu'un service d'ensemble pensé globalement ne leur soit pas proposé. Nul doute que l'EN3S a et aura un large rôle à jouer, pour que l'enseignement de cette culture du numérique soit demain considérée comme toute aussi importante que celle du Code de la Sécurité sociale. En accompagnant les dirigeants d'aujourd'hui sur le délicat chemin de la gestion de tels changements et en préparant ceux de demain à penser d'emblée la Sécurité sociale numérique !

Les métamorphoses du pilotage de la « Production » dans les organismes de Sécurité sociale

Agnès Basso-Fattori

Directrice adjointe de l'URSSAF d'Île-de-France

Au cours de la dernière décennie, les Organismes de Protection Sociale (OPS) ont vu les conditions d'exercice de leur production évoluer.

Fermetures d'accueil pendant quelque jours pour résorber des flux, solutions de crises diverses et variées, évocations dans la presse des retards de traitement des dossiers de tel organisme sont désormais des situations qui ne sont plus uniquement exceptionnelles.

Ce mouvement relativement déstabilisant témoigne d'une évolution, d'une métamorphose pas tant du métier que du contexte et des conditions d'exercice de la production.

Dans le même temps, le besoin de pouvoir s'appuyer sur une production maîtrisée se renforce, afin de garantir un traitement homogène et de qualité des usagers sur l'ensemble du territoire.

La question de la production dans les OPS n'est certes pas une nouveauté.

En effet, dans un organisme de Sécurité sociale, la production peut se définir, dans son acception historique, comme l'ensemble des activités permettant de concrétiser le droit (prestation) ou l'obligation (cotisations) sociale d'un individu, et de le rendre effectif (paiement d'une prestation, recouvrement d'une cotisation). Cette concrétisation suppose donc des opérations de collecte, d'enregistrement et de vérification des conditions d'ouvertures de droits ou d'assujettissement au paiement, des opérations de réalisation du paiement ou du recouvrement, et des opérations d'information et de conseil des usagers relatives à leurs droits et obligations. Elle s'appuie sur des Systèmes d'Information (SI) qui stockent ces informations et dont le bon fonctionnement des programmes doit permettre leur articulation.

L'acte de production est donc consubstantiel à l'existence même des organismes, puisque sa matérialisation traduit leur activité.

Les réflexions sur la façon de l'organiser et la gérer ont donc historiquement animé les dirigeants des organismes.

Au cours des années 2000, il était collectivement, et probablement trop rapidement, admis que les questions de production étaient désormais réglées. En effet, de fortes évolutions, – et notons-le, des progrès significatifs – avaient été réalisés au cours des années précédentes, notamment en termes de déma-

térialisation, de coproduction avec les usagers et partenaires, d'avancées technologiques et de démarches qualité. Ces avancées permettaient légitimement de penser que cette dimension était sous contrôle, et que l'on pouvait désormais investir d'autres champs, tels que la gestion du risque, ou le service aux usagers.

Or, force est de constater que malgré ces acquis, les OPS connaissent actuellement une certaine déstabilisation, liée à d'importants problèmes de production. Cette instabilité est d'autant plus perturbante qu'elle s'inscrit dans la durée, et se traduit par de véritables crises de production, durables et à l'issue incertaine.

Ces crises nous renvoient à l'importance centrale de la production, et remettent sur le devant de la scène des problématiques qui ont été sous-estimées. Elles rappellent que la maîtrise de la production constitue une base incontournable et un préalable sans lequel le développement des autres fonctions ne peut se réaliser correctement, à commencer par le service aux assurés.

En bref, deux constats s'imposent : d'une part, une sorte de « retour aux fondamentaux » semble s'opérer sous leur effet, montrant la permanence des problématiques de production ; d'autre part, cette tendance de fond appelle une nouvelle approche qui dépasse le cadre antérieur de la gestion, et nécessite de développer une démarche de pilotage.

Pour prendre la complète mesure de ce mouvement d'ensemble, il nous faut tout d'abord revenir sur les causes et caractéristiques des métamorphoses de la production, avant de dégager les lignes de forces qui font du pilotage une aptitude à appréhender globalement ces évolutions.

1. Les métamorphoses de la production : du « monde connu » à la complexité

La production, cœur de métier historique des organismes, a évolué notamment au cours de la dernière décennie.

1.1. La production dans les organismes de Protection sociale L'approche historique

La production est une fonction historiquement centrale dans l'activité quotidienne des caisses. Elle consiste à gérer le « cœur de métier » (gestion des dossiers des assurés, gestion des prestations, des pensions, du recouvrement, sous-tendue par la gestion du « front office »).

Elle concentre l'essentiel des effectifs d'un organisme, spécifiquement formés à cet effet, aux deux macro-compétences nécessaires à son exercice : connaissance des réglementations applicables et du système d'information.

Elle est étroitement corrélée au territoire géographique couvert par l'organisme. Le directeur est donc responsable de sa production, tant dans son organisation que dans ses effets, au même titre que des autres activités de la caisse.

C'est la façon dont la production est gérée qui va construire l'image qui sera donnée de l'organisme à l'extérieur, selon que les dossiers sont ou non traités avec célérité et exactitude (back office); selon la qualité et l'effectivité de la réponse téléphonique ou encore de l'accueil physique (front office); selon le niveau de services développé à l'égard des usagers. Cette interface permanente entre back et front office conduit désormais à intégrer ces deux notions dans la définition de la production, tant l'un ne va pas sans l'autre, et ce même s'il s'agit de fonctions encore souvent abordées distinctement dans leurs politiques et leurs modes de gestion.

C'est enfin la qualité de cette gestion qui va permettre aux organismes de développer de façon efficiente ou non les fonctions complémentaires, mais essentielles, à l'acte de production. Difficile en effet d'envisager un accompagnement personnalisé et des actions ciblées destinées à des publics précaires si les dossiers de base ne sont pas traités et les droits non ouverts.

L'une des caractéristiques de la définition de la production dans les OPS tient à ce que ce terme désigne à la fois l'action de produire et le résultat de cette activité.

Il ne s'agit pas seulement de produire, donc de créer un objet, mais de produire de la valeur (concrétisation du droit) pour l'assuré. Sa définition est donc intrinsèquement liée à la notion de performance.

La production suppose donc fiabilité et exactitude dans son contenu, et rapidité dans son traitement.

Historiquement, les indicateurs qui l'évaluent se traduisent en conséquence et pour l'essentiel par des mesures de nombre et délai de traitement des dossiers, de durée d'attente, et par des analyses de qualité de la réponse.

L'organisation de la production et les réflexions qui y sont associées reposent alors sur ces objectifs :

- pour le back office, comment gagner en productivité et en fiabilité pour traiter le plus et le plus vite possible, sans nuire à la qualité de traitement, dans un contexte de moyens qui se raréfient de COG en COG ?
- pour le front office, comment améliorer le service apporté aux usagers (concrètement, comment assurer l'accueil physique et téléphonique dans les meilleures conditions, donc avec peu d'attente, un flux de demandes réellement pris en charge, une qualité de la réponse) ?

■ JUSQUE DANS LES ANNÉES 2000, UN EFFORT ESSENTIELLEMENT PORTÉ SUR L'ORGANISATION, LES SI ET LA RÉFLEXION SUR LA QUALITÉ

Pour atteindre ces objectifs de gains de productivité et de développement du service, les réflexions ont donc historiquement été organisationnelles (polyvalence versus spécialisation par exemple) et technologiques. Il s'agissait notamment de déterminer comment les évolutions du SI pouvaient apporter des gains de productivité et de fiabilité.

Ceci a notamment abouti à de grands progrès par :

- le développement des échanges de données informatisées avec les autres administrations ou partenaires, évitant les doubles saisies et circuits et permettant un meilleur contrôle ;
- le partage des activités de saisie avec les usagers du Service public, mais également des partenaires, autrement dit la « coproduction » (exemple avec les professionnels de santé pour l'Assurance maladie, les déclarations de cotisations par Internet pour le recouvrement), permettant tout à la fois de réduire la charge de saisie interne et de fiabiliser les données ;
- le recours à des technologies plus performantes également en interne, comme les outils de Lecture Automatique de Documents (LAD), de workflow et de Gestion Électronique de Documents (GED), permettant l'automatisation et l'interfaçage entre systèmes d'information et données de production ;
- l'utilisation de nouvelles technologies, voire de nouveaux SI, fiabilisant les processus de gestion et accélérant leur traitement (dématérialisation des échanges notamment).

Les évolutions de la Protection sociale

L'ensemble générant à la fois gains de productivité mais aussi de qualité et de fiabilité.

En parallèle de la dimension technologique, les réflexions sur la production se sont également matérialisées par la définition, dans chaque branche, d'une politique de service principalement caractérisée par des objectifs et des mesures de durée d'attente, de délai de traitement, de taux de réponse, ainsi que d'analyse qualitatives.

Elles se sont enfin traduites par l'émergence de démarches de management par les processus, auxquelles se sont adjointes des réflexions sur l'assurance qualité, puis le contrôle interne.

À ce stade, la production est toutefois restée principalement abordée dans le cadre d'une organisation locale, avec une gestion par l'organisme concerné des dossiers des usagers relevant de sa circonscription géographique (sauf exception). Elle n'englobe pas encore complètement les interfaces entre back et front office, et n'est pas encore perçue comme un processus de traitement de flux supporté par le SI, à envisager globalement depuis son origine (création de droit, demande de l'assuré...), jusqu'à sa matérialisation dans les écritures comptables.

■ ET UNE VISION NON SYSTÉMIQUE DE LA PRODUCTION

La réflexion sur la production a de ce fait été jusqu'à ces dernières années peu abordée sous l'angle du pilotage ou de la stratégie, que ce soit sur le terrain, dans les COG, dans les enseignements à l'EN3S, etc.

Elle n'intégrait par ailleurs que partiellement certains aspects qui deviendront centraux par la suite :

- la question de la standardisation et de l'homogénéisation des processus de production : longtemps ces questions ont principalement été abordées sous l'angle des Systèmes d'Information (SI). Certes très structurants, ces derniers ne sont pour autant qu'une résultante et qu'un outil. La réflexion sur la normalisation des processus ex ante deviendra un élément central dans la progression des appareils de production, en corollaire du développement des logiques de maîtrise d'ouvrage elles aussi émergentes à cette époque ;
- la question de la sécurisation des processus de production : si les décrets relatifs au contrôle interne dans les organismes de Sécurité sociale sont anciens (1993), leur mise en œuvre a longtemps été traitée de façon parallèle et non intégrée à la gestion courante de la production. Ceci a eu pour conséquence un embarquement insuffisant dans les SI des contrôles et système de traçabilité, et une insuffisante culture de la supervision formalisée, ne permettant in fine pas de garantir dans tous les cas une assurance raisonnable quant à la maîtrise des risques (ceci ne manquera d'ailleurs pas de poser problème face aux dispositifs de certification des comptes) ;
- la question de la mesure des processus de production : longtemps abordé dans le cadre d'une approche budgétaire, le contrôle de gestion a historiquement peu été utilisé comme outil de gestion de la production. Au-delà, les tableaux de bord et autres instruments de pilotage sont encore à cette époque insuffisamment automatisés et généralisés ;
- la question de l'approche globale par les processus et la construction de chaînes de production « de bout en bout » demeurent des concepts encore récents, et la production continue de s'aborder principalement par une approche par dossiers au quotidien, ou via le prisme principal du SI en termes d'évolutions.

In fine, les années 2000 se traduisent par une approche de la production encore partielle et insuffisamment outillée.

Les grandes crises de production que vont connaître les différents réseaux en montreront les limites et contribueront, avec d'autres facteurs, à son évolution.

1.2. Au cours des années 2000-2010, la production se réalise dans un monde de plus en plus en plus complexe, aux ressources plus rares

La production connaît en effet ces dernières années de fortes évolutions, en raison de profondes mutations de son contexte d'intervention, tant internes qu'externes.

■ ELLES SONT D'ABORD LE FRUIT DES ÉVOLUTIONS DES RÉSEAUX EUX-MÊMES

Les années 2000 ont en effet vu émerger ou se renforcer le rôle des Caisses nationales en tant que têtes de réseaux. Ce mouvement s'est accompagné d'une forte volonté d'harmoniser les politiques et pratiques à l'égard des usagers sur l'ensemble du territoire.

Les réflexions sur les modalités de garantie de l'équité de traitement prennent alors un caractère plus prégnant.

Simultanément émergent des réflexions sur la taille critique des caisses ; autrement dit, sur l'opportunité de maintien d'organismes dont la trop petite taille ne garantit plus sur la durée la capacité opérationnelle, face aux mutations de la société, et dont le coût de dispersion n'apparaît plus maintenable.

De ces réflexions émergent des projets de restructuration au sein des différents réseaux, qui se traduisent par des mouvements de regroupement départementaux et supra-départementaux, voire régionaux (URSSAF), avec une recherche de meilleure répartition des charges (MSA).

Elles peuvent même conduire à des évolutions majeures sur le contenu de la mission des organismes (exemple de la création des ARS et de ses effets sur les CPAM et ex-CRAM).

Ce mouvement est en fait à la fois une cause et une conséquence des mutations de la production.

Une cause, car il participe directement au changement d'échelle des problématiques de production, et de ce fait au changement d'approche dans leur gestion, en soulevant des questions d'organisation et de pilotage que les formats antérieurs pouvaient encore occulter.

Mais il en est également une conséquence, car il a émergé en lien ou à la suite d'autres constats qui sont également à l'origine des mutations de la production.

Et de fait, d'autres phénomènes se sont produits au cours des années 2000, qui constituent autant de causes d'évolutions de la production.

■ DES ÉVOLUTIONS DE SOCIÉTÉ, AUXQUELLES LA PRODUCTION DES OPS, « AMORTISSEUR SOCIAL », EST IMMÉDIATEMENT CONFRONTÉE

De façon conjoncturelle, les organismes constatent, et subissent, la précarisation de la société, la montée de la pauvreté, l'alourdissement des difficultés des particuliers et des entreprises, particulièrement depuis le début de la crise économique de 2008. Ceci a pour conséquence directe un accroissement des demandes et des besoins, matériellement traduit par une augmentation du nombre de dossiers à traiter ; mais également de l'urgence à les traiter. Cela se traduit par des formes nouvelles de relations, de tension dans les accueils, et de difficultés à faire face.

Le premier défi qui pèse sur les organismes est donc de se mettre en capacité de traiter davantage de demandes, dans un délai bien plus réduit, avec des vecteurs de communication et d'échanges plus diversifiés et dans des conditions d'urgence sociale parfois très fortes.

De façon plus structurelle, les organismes doivent également prendre en compte les évolutions du comportement des usagers. L'omniprésence du numérique et globalement des nouvelles technologies dans nos vies quotidiennes influe inévitablement les modes d'échanges entre citoyens et organismes.

En effet, la culture numérique, l'ère du texto et du courriel, modifie le rapport au temps. Face à un temps et une culture administratifs traditionnellement longs et formels, le besoin exprimé par les usagers est celui de la rapidité, voire de

l'immédiateté de la réponse. Ce phénomène renforce l'exigence de réactivité évoquée supra, et conduit à l'intégrer dans notre organisation de production ; de même qu'il interroge sur nos modes de gestion de l'information des usagers et de vecteurs de communication.

Enfin, tandis que l'objectif des organismes doit, et de plus en plus, être d'informer et accompagner les usagers pour les rendre compliant (c'est-à-dire se pliant spontanément à leurs obligations parce que les acceptant) et acteurs de leur Protection sociale – ceci constituant une condition centrale de notre évolution et de notre pérennité –, l'altération de la production des organismes peut amoindrir la réalisation de cette mission, notamment par manque de temps ou de ressources à y consacrer.

Or dans le même temps, des comportements antinomiques sont constatés, qui méritent dans tous les cas d'être accompagnés. Usagers se plaçant dans une attitude de consommateur à l'égard du Service public de la Protection sociale dans certains cas, avec une recherche de satisfaction immédiate du besoin, recours à la fraude dans d'autres; ou au contraire, situations fréquentes de non-recours aux droits, par méconnaissance ou encore évitement, constituent des situations où l'exercice de la mission de Service public est altérée.

Son rétablissement passe donc par la capacité des secteurs de production à les repérer et à y faire face. Cette dimension prendra une importance d'autant plus grande que les dépenses d'intervention seront concernées par le mouvement général de réduction de la dépense publique, qui nécessitera d'encore mieux cibler et accompagner les populations et d'être encore plus précis dans la gestion des droits.

■ DES ÉVOLUTIONS INDUITES PAR L'ACCROISSEMENT DE LA PRESSION SUR LE SERVICE PUBLIC DE LA PROTECTION SOCIALE : LES EFFETS DES POLITIQUES PUBLIQUES

La production des organismes de Sécurité sociale se voit impactée par des évolutions réglementaires significatives

Tous les réseaux ont connu, à des époques différentes, des évolutions réglementaires qui ont substantiellement bouleversé leur fonctionnement et altéré leur production mise en œuvre de la CMU dans la branche Maladie, des réformes des retraites sur les CARSAT, plus récemment de l'ISU pour les URSSAF et les caisses RSI, ou encore du RMI puis du RSA pour les CAF sont autant d'exemples d'évolutions réglementaires qui ont profondément agi sur les modes de gestion de la production, voire d'organisation des organismes concernés.

Quoique tous n'aient pas eu la même ampleur, ni les mêmes effets, chaque réseau est concerné.

Toutefois, le niveau de préparation, le rythme et les conditions d'acquisition, tant dans le SI que par les équipes, et l'impact intrinsèque de ces réformes agissent naturellement sur leur capacité d'absorption par les organismes. Par exemple les conditions de préparation et de mise en œuvre, ainsi que les caractéristiques intrinsèques de gestion de l'ISU et du recouvrement de l'Assurance chômage, au sein de la branche Recouvrement, ont été radicalement différentes, se traduisant par une importante crise de production issue de la première, alors que la deuxième a été parfaitement absorbée sans dégradation de la production.

De même, le moment où une évolution réglementaire importante se met en œuvre n'est pas sans incidence (la mise en œuvre du RSA dans une période de croissance économique et de relatif plein emploi aurait évidemment facilité son absorption).

Ces paramètres n'étant pas toujours maîtrisables, c'est *in fine* l'adaptabilité de l'organisation et de la gestion de production qui permettront aux organismes d'y faire face.

Par ailleurs, une autre évolution significative en ce domaine tient à ce que, de plus en plus fréquemment, ces grandes évolutions s'accompagnent de l'introduction d'un « tiers » dans la gestion, ou d'un besoin de gestion partenariale.

La branche Recouvrement connaît désormais bien cette dimension, car en devenant recouvreur social de référence, elle a appris à gérer sa production de façon partagée. Avec l'UNEDIC et Pôle Emploi pour le recouvrement de l'Assurance chômage ; avec les caisses RSI pour la gestion de l'ISU. En ce domaine notamment, l'impact de la gestion partagée peut être majeur dans l'organisation de la production, sa gestion, son pilotage, voire sa gouvernance.

Sans forcément atteindre ce degré d'imbrication, d'autres secteurs sont concernés par des modes de co-gestion, ou du moins de partage de processus, avec d'autres organismes. Peut-on en effet raisonnablement aujourd'hui gérer seul dans son organisme, au sein de son réseau, une situation, si elle nécessite l'intervention d'un autre pour que le dossier soit totalement soldé ? Peut-on véritablement continuer de gérer sur la durée, sur des systèmes totalement séparés, avec des modes d'échanges peu structurés, des processus dont la gestion est certes découpée entre plusieurs réseaux ou institutions, mais dont la correcte appréhension ne peut s'effectuer que dans le cadre d'une approche systémique et globale ? Cette notion va particulièrement influencer les modes de gestion et de coopération, entre organismes sociaux eux même (URSSAF et RSI sur l'ISU, URSSAF et CARSAT sur la gestion des taux Accidents du Travail, par exemple) mais également entre OSS et autres institutions (CAF et conseils généraux sur le RSA, etc.).

Un de nos enjeux centraux sera de définir des modes d'organisation et de gestion de la production qui intègrent ces dimensions et en fassent une force, et considèrent l'introduction du tiers dans la gestion comme un levier, tandis qu'aujourd'hui demeurent des réticences culturelles, et des problématiques de moyens, d'organisation, voire de SI qui freinent cette évolution pourtant inéluctable.

Enfin, et au-delà de ces macroévolutions, les organismes sont soumis à une relative volatilité de la réglementation applicable à leur domaine, et doivent donc se montrer particulièrement réactifs et adaptables, tant dans les évolutions à apporter, souvent dans l'urgence, à leur SI, que dans la formation de leurs personnels, et dans l'information et l'accompagnement des usagers.

Cette volatilité induit donc elle aussi une adaptabilité particulière de la production des organismes.

L'évolution réglementaire étant inéluctable, le domaine du social étant très fortement producteur de normes, il s'agit là d'un paramètre à intégrer.

Les effets du renforcement de l'efficience attendue des organismes : accroissement de la performance et diminution des moyens

Depuis la mise en œuvre des COG en 1996, les organismes ont pris l'habitude de contractualiser leurs objectifs et leurs moyens avec leur caisse nationale, après que celle-ci l'ait fait avec l'État.

La recherche d'efficience et de performance au meilleur coût n'est donc pas un sujet très récent. Pour autant, ces dernières années, les différents réseaux ont été soumis à des restrictions budgétaires de plus en plus fortes, tandis que leur performance devait s'accroître.

Quoique cela ne se soit pas traduit de manière uniforme selon les réseaux et, au sein des réseaux, selon les organismes, il s'agit néanmoins, d'une tendance de fond qui se renforce, tant en ce qui concerne la maîtrise des masses salariales (réduction d'effectifs et décélération des politiques salariales) que des autres dépenses de fonctionnement. Dans le même temps, l'exigence de performance s'accroît.

Ceci a certes constitué un mouvement général au sein du Service public, et les OSS ne sont pas seuls concernés.

Il n'en demeure pas moins que ceci constitue un autre des défis que doit relever la production des organismes, puisque sur elle repose la performance de base des organismes. Accroître la performance avec des ressources en diminution et des flux en augmentation constitue un axe directeur fort de nos organisations et nécessite de repenser nos modes de gestion de la production.

Les effets de la certification des comptes des OSS

L'introduction du dispositif de certification des comptes des OSS depuis 2006 a apporté un bouleversement majeur dans les modes de gestion de la production.

Les évolutions de la Protection sociale

Le certificateur va en effet chercher à obtenir l'assurance raisonnable que les comptes ne comportent pas d'anomalies significatives (montant, nature). Pour ce faire, il va d'abord s'attacher à évaluer la conformité des opérations aux règles de droit, et notamment leur caractère exhaustif et exact, puis à vérifier le correct « déversement » des informations dans l'outil comptable (selon la terminologie retenue par le certificateur).

Cette intervention passe donc par une analyse des chaînes de production pour mesurer la traçabilité et le caractère exhaustif et sincère des données enregistrées dans l'appareil de production, et leur correct traitement (notamment mesuré par des dispositifs de supervision tracés). À ce stade, c'est bien la qualité de la production des organismes qui est examinée. Ce n'est qu'in fine qu'intervient l'analyse de la présentation des comptes, et de leur conformité au regard des principes comptables généraux.

Ce dispositif, extrêmement prégnant, a fait apparaître un certain nombre de faiblesses dans la construction même des chaînes de production et dans la maîtrise des risques qui leur sont associés, dans toutes les branches, à des degrés, et avec des impacts divers, pouvant toutefois aller jusqu'à la non-certification des comptes pour certaines.

Que ces faiblesses portent sur la conception même de ces chaînes de production, sur leur construction au sein du SI, ou sur leur pilotage et leur supervision ; elles constituent autant de domaines de progrès à traiter et intégrer dans l'organisation et le pilotage de la production des organismes.

■ DES ÉVOLUTIONS INDUITES PAR DES SYSTÈMES D'INFORMATION « À BOUT DE SOUFFLE »

C'est également au cours de cette décennie qu'apparaît la fragilité de nos SI. Considérés il y a encore dix ans comme robustes, voire performants, ils vont se révéler in fine relativement inadaptés, à l'occasion des crises de production que connaissent les réseaux, et de façon particulièrement aiguë dans le recouvrement et la famille. Alors même qu'ils étaient considérés comme des points d'appui, voire de force, non seulement pour supporter les appareils de production, mais également comme instruments moteurs de la modernisation des organismes ; ils deviennent ces dernières années dans certains réseaux une des causes de difficultés rencontrées par la production.

Peu adaptables, ou encore générant par leur fonctionnement intrinsèque de la charge de travail, ils demeurent fondés sur une approche client « lourd », dans un monde où la légèreté, la maniabilité et l'adaptabilité sont synonymes d'efficacité.

Ils se révèlent alors peu aidants, voire handicapants, lors des crises de production précédemment évoqués, quand ils n'y participent pas directement.

Enfin, ils n'intègrent que de façon très insuffisante les problématiques de maîtrise des risques, et constituent également une difficulté plus qu'une aide dans l'acquisition de la certification des comptes. Leur évolution, voire leur révolution, constitue donc un enjeu central de l'avenir de la production qu'ils sous-tendent.

Ces constats ont d'ailleurs abouti dans certaines branches à des décisions fondamentales de rénovation et de refonte des SI.

En tout état de cause, les limites auxquelles les organismes ont été confrontés, les stratégies de contournement qui en ont découlé, sont bien également l'une des causes d'évolution de leur production.

In fine, ces différents constats aboutissent à remettre au premier plan de nos préoccupations les questions de production.

L'urgence et l'ampleur des flux à traiter, leur impact en termes d'image, leurs conséquences sur la relation de service, conduisent à réinvestir ce domaine et à s'interroger sur la façon d'y faire face. Bref, un retour aux fondamentaux.

2. Les métamorphoses du mode d'intervention : de la gestion au pilotage de la production

2.1. De la gestion au pilotage

■ LE CONSTAT : UNE RELATIVE FAIBLESSE DE NOTRE APPAREIL DE PRODUCTION QUI GÉNÈRE « STOCKS » ET RISQUES PSYCHOSOCIAUX

Affecté par les différentes évolutions évoquées supra, l'appareil de production se montre de plus en plus inadapté.

Trop lourd et en décalage avec le besoin de réactivité et de souplesse des usagers, il est pour autant insuffisamment normé et sécurisé pour satisfaire complètement à l'exigence du certificateur.

Confrontés à des accroissements des flux à traiter, à des pics de charges extrêmement importants, ce sont désormais de véritables crises de production que les organismes ont à assumer, de plus en plus visibles du public (fermeture des accueils, etc.), et dont on ne voit pas toujours bien l'issue.

Ce sont alors autant de problématiques de stock, de dossiers en souffrance qui reviennent sur le devant de la scène, qui nous entraînent dans des mécaniques de gestion d'urgence ; affectant les fondamentaux de la mission (altération de la gestion des données, risque de non-certification, explosion des réclamations, etc.) et qui altèrent nos capacités à développer de nouveaux modes de relation et d'échanges avec les usagers.

Ce phénomène affecte enfin durablement la relation sociale dans les organismes, est générateur de tensions internes voire d'aggravation des Risques Psychosociaux (RPS).

Les évolutions du pilotage de la production ne sont donc pas le produit d'une réflexion stratégique ex nihilo, mais la conséquence de crises de productions, de réduction de moyens et d'avancées progressives dans un environnement incertain. Celles-ci génèrent des situations qui mettent en lumière avec une grande acuité la fragilité de nos organisations, la relative lourdeur de nos SI et de nos procédures, mais aussi le relatif désarroi de nos personnels.

Cette métamorphose a donc pour conséquence la nécessité d'agir pour « apprivoiser » ce qu'est devenu l'appareil de production. Il s'agit donc de transformer le système pour ne pas être en situation de « subir », mais au contraire de se mettre en capacité d'agir, ce que va permettre un pilotage rénové de la production.

Un des éléments centraux apparu au cours des dernières années réside dans la nécessité non plus simplement de gérer notre production, au sens d'une approche statique qui conduit à organiser l'entrée et la sortie d'un flux ; mais aussi dans le besoin de la piloter, selon une approche dynamique qui consiste à s'appuyer sur des processus envisagés dans leur globalité, afin d'anticiper, réguler et sécuriser les flux.

■ LES ENJEUX ET OBJECTIFS DU PILOTAGE DE LA PRODUCTION

Le pilotage de la production va s'appuyer sur des processus.

Cette notion recouvre un « ensemble d'activités reliées entre elles par des échanges de produits ou d'informations et contribuant à la fourniture d'une même prestation à un client interne ou externe à l'entreprise » (Lorino).

Le pilotage va consister à définir ces processus, à les organiser, à les optimiser, et à coordonner leur mise en œuvre. Il va donc constituer la déclinaison opérationnelle de la stratégie de l'organisme et de la branche.

Ses enjeux vont alors être de garantir productivité et performance avec des moyens réduits face à des volumes plus grands, mais également de garantir des conditions de travail correctes à nos collaborateurs et ainsi de prévenir et limiter les Risques Psychosociaux.

Maîtriser ce qu'est devenue la production aujourd'hui supposera d'être en capacité d'absorber les flux dans des conditions sécurisées, et de garantir la qualité, l'exactitude et la sincérité des données. Cela supposera également de le faire

Les évolutions de la Protection sociale

dans des conditions de rapidité, de lisibilité suffisantes au regard des attentes des usagers, qui devront se voir garantie l'équité de traitement.

Le système de pilotage de la production devra ainsi servir les cinq objectifs suivants :

- garantir la réalisation des fondamentaux de la production (liquider, recouvrer répondre aux usagers) ;
- garantir la rationalisation de l'activité (arbitrer pour faire plus et mieux avec moins) ;
- garantir la maîtrise des risques et l'obtention de la certification des comptes ;
- garantir l'égalité de traitement des usagers, le juste accès aux droits et la sécurisation juridique ;
- garantir aux collaborateurs la maîtrise de l'activité et des conditions de travail correctes.

Pour ce faire, les organismes ont commencé à investir sur des systèmes de pilotage de leur production, au-delà même du binôme traditionnel organisation/SI qui accompagne historiquement la réflexion sur la production.

Plus généralement, ceci suit la logique du Service public dans son ensemble, qui est historiquement passé d'une dimension d'administration à une dimension de gestion, pour aboutir à une dimension de pilotage.

Ce système de pilotage ne pourra certes pas, et c'est sa limite, se substituer à ce qui continue de constituer un enjeu central pour les organismes de Sécurité sociale, à savoir disposer d'un SI adaptable, fluide et ergonomique.

■ LA TRANSITION : DE LA GESTION AU PILOTAGE

Aujourd'hui, la transition est amorcée, et plusieurs points d'appui sont d'ores et déjà développés :

- la réintroduction de la réflexion stratégique sur la production (inscription dans les COG), sa remise au cœur des préoccupations, en tant que mission fondamentale, dont le bon déroulement est nécessaire à la bonne exécution des autres missions ;
- la définition, voire l'installation de schémas d'organisation et de pilotage de la production dans les organismes, tant nationaux que locaux ;
- la prise en compte des interactions entre gestion de la production et maîtrise des risques, et du nécessaire embarquement de cette dernière, y compris et notamment au sein des SI, dans l'organisation courante de production ;
- la nécessité d'une approche globale fondée sur un travail par processus.

Néanmoins, la transition n'est pas achevée, et il reste encore à déployer – ou achever selon les réseaux – différentes étapes de la « mue », ou de la métamorphose, qui conduiront de la gestion au pilotage de la production.

2.2. Les métamorphoses du système de pilotage de la production

Il ne s'agit pas ici de détailler comment peut être organisé tel système de pilotage, mais plutôt de dégager les grandes caractéristiques d'un système rénové de pilotage de la production.

Succinctement, un tel système, dans ce qui lui reste à investir et développer, doit reposer sur quatre piliers : la standardisation de la production, la professionnalisation des opérateurs, la régulation de l'ensemble par le pilotage et enfin la déterritorialisation de la gestion.

■ LA STANDARDISATION

Le caractère structurant du SI et de la réglementation tend parfois à occulter la nécessité d'organiser la production en processus globaux, pilotés de bout en bout.

Or c'est là un enjeu majeur du passage d'un mode de « gestion » (statique) à un mode de « pilotage » (dynamique).

En effet, quoique les termes de production, voire « chaîne de production », soient régulièrement utilisés dans notre vocabulaire ; quoique le caractère structurant du SI et de ses mécaniques de contrôles embarqués et de gestion procédurale (pour les systèmes de workflow) norment déjà en partie l'activité ; quoique des standards et socles homogènes de pratiques soient définis dans chaque branche ; il n'en demeure pas moins que la production s'exécute encore d'une façon relativement administrative.

Un des enjeux de la maîtrise de la production sera de développer la standardisation des pratiques et l'industrialisation des chaînes de production, afin de gagner en productivité, en traçabilité et en sécurité.

Ceci est une condition centrale de l'obtention de la certification des comptes. Elle suppose un développement fort des fonctions de maîtrise d'ouvrage, capables de définir des chaînes normées et standardisées parfaitement opérationnelles, et une forte adaptation de nos SI pour les intégrer.

C'est également une condition essentielle pour économiser les ressources.

Sur ce sujet, notre enjeu est double : être capable d'absorber la charge avec des moyens en réduction constante ; mais également donner davantage d'intérêt au travail à nos collaborateurs.

Un fonctionnement plus « standardisé », permettrait en effet une gestion plus intégrée et automatisée des activités. Ce faisant, elle permettrait de consacrer les ressources humaines, d'autant plus précieuses qu'elles se raréfient, à des activités à haute valeur ajoutée ; telles que l'information, l'accompagnement à l'accès aux droits et au respect des devoirs des usagers.

Ceci favoriserait la sortie du mode de gestion actuel qui promet essentiellement à nos collaborateurs une charge de travail difficile à absorber et un développement du « travail sur listing » qui n'encourage pas la motivation.

Seul un fonctionnement de ce type paraît être de nature aujourd'hui à garantir une production fluide et sécurisée, et donc à concilier logique de masse de la gestion et logique individuelle du service, mais également d'offrir à nos collaborateurs intérêt au travail et maintien d'un haut niveau de compétences.

■ LA PROFESSIONNALISATION

La complexité, les volumes et le rythme de nos appareils de production obligent à réinvestir ce champ y compris sous l'angle technique. La maîtrise de la production au sens de son résultat passe d'abord par sa maîtrise au sens de la compétence, voire de l'expertise. Il est désormais incontournable de disposer de véritables experts, détenant une forte connaissance du processus de production et de ses composantes, et capables de le piloter dans sa globalité. Ceci suppose de se doter de structures légères mais expertes, très réactives, maîtrisant les différentes dimensions du processus (réglementaire, SI, etc.) et capables de le traduire en consigne lisible pour les opérateurs. Ces équipes doivent également être en capacité de gérer les interfaces (notamment avec le SI). Le système de pilotage doit donner de la lisibilité autant qu'il doit lui-même être lisible, en disposant d'un caractère explicite, organisé et structuré.

Les opérateurs de terrain, et notamment les cadres de proximité, doivent également être accompagnés pour détenir une forte maîtrise du processus dont la gestion leur est confiée, dans son acception globale.

Un des effets de cette approche consiste en effet à faire monter en compétences les acteurs de terrain. Recentrés sur les processus qui leur sont confiés, ils peuvent mieux en maîtriser la gestion, mais également l'environnement (partenaires associés, spécificités des usagers), et ainsi intégrer ces dimensions dans le mode de gestion.

Les évolutions de la Protection sociale

La problématique ne se pose alors plus en termes de polyvalence ou de spécialisation, mais en termes de professionnalisation et de maîtrise du processus de gestion.

Ceci n'est pas sans conséquence sur le positionnement des dirigeants, qui doivent eux-mêmes investir plus largement cette dimension technique, pour réellement piloter ces processus de production et anticiper les évolutions qui les affectent, tout en conservant la nécessaire hauteur de vue et les compétences managériales et entrepreneuriales qui leur sont par ailleurs demandées.

■ LA RÉGULATION PAR LE PILOTAGE

Dans un tel dispositif, la valeur ajoutée du pilotage va se situer dans sa capacité à réguler la production, en agissant au travers de trois grandes dimensions temporelles :

- Le premier temps, dit « temps court », est celui de la « réaction ». Succinctement, c'est la partie la plus investie aujourd'hui, qui consiste à réagir aux événements immédiats qui viennent impacter la production, et à prendre des mesures pour y faire face.

Un enjeu fort du pilotage de la production porte désormais sur sa capacité de régulation. Dans un environnement de plus en plus complexe et volatile, où la gestion de l'aléa (flux inattendu, dysfonctionnement informatique, nouveauté réglementaire très rapidement installée, etc.) devient de plus en plus fréquente ; le système de pilotage devient, par sa capacité à réguler, l'instrument clé de la bonne gestion de la production.

Pour ce faire il doit particulièrement bien maîtriser son environnement et connaître ses leviers d'action, ce qui suppose une instrumentation forte de ce pilotage, assise sur des tableaux de bord et autres outils très fins, interfacés avec un contrôle de gestion également professionnalisé. Il doit enfin démontrer une grande réactivité et une capacité à déployer et gérer des équipes d'intervention ou « tasks force » si nécessaire.

- Le deuxième temps, celui du moyen terme, est celui de l'anticipation : corollaire à la standardisation, il constitue un levier central du pilotage de la production. C'est cette fonction d'anticipation qui va permettre d'aborder le processus dans sa globalité, et de préparer les chaînes de production bien en amont de leur survenance. C'est à ce stade que vont être anticipés les événements intervenant sur cette chaîne, les flux entrants/sortants prévisionnels, et que pourront être définis les modes d'organisation, de supervision mais également d'automatisation et d'outillage de ces dispositifs.

Cette anticipation est le seul moyen de réguler les ressources, d'identifier les modes d'amélioration, les gains de productivité (par la réingénierie des processus, par les évolutions de SI, par l'automatisation). C'est également le seul moyen de faire face dans de bonnes conditions à l'aléa possible ou durable.

- Enfin, le troisième temps est celui de l'adaptation : le système de pilotage doit garantir la préparation de l'avenir. Il doit, par sa connaissance fine des phénomènes qui affectent la production et la modifient, prévoir comment l'organisation générale, le pilotage et les SI doivent également évoluer pour accompagner ces changements. Il doit donc être capable de définir, installer et animer une organisation dont la caractéristique centrale doit être celle de la résilience : c'est-à-dire adaptable, capable d'intégrer les nouveautés de tous ordres qui ne manqueront pas d'advenir, et de surmonter des « chocs », voire des crises de production, des réductions de moyens, tout en retrouvant son état de performance antérieur (voire l'améliorant).

■ LA DÉTERRITORIALISATION

Les éléments qui précèdent conduisent naturellement à deux conséquences.

La première réside dans la déterritorialisation de la décision par l'émergence d'un pilotage central fort, ce qui n'exclut ni son caractère participatif, ni l'intérêt et la possibilité de co-construction entre pilote et opérateurs des processus de production.

On ne saurait d'ailleurs en la matière trop insister sur l'opportunité pour de telles fonctions de pilotage central de se placer en posture de pilotage de réseau et non de décideur unique.

Nonobstant, un pilotage bien assimilé va naturellement chercher à optimiser ses processus de production ainsi que les ressources dont il dispose pour y faire face. Il va par ailleurs chercher à anticiper les modes d'organisation permettant de faire face aux événements pouvant affecter la production. Le découpage territorial selon lequel la production est organisée aujourd'hui ne revêt donc que peu de sens dans cette approche, puisqu'elle peut constituer un frein davantage qu'une opportunité.

La deuxième conséquence est donc la déterritorialisation de la gestion de production.

Il s'agit désormais de faire traiter la charge par les ressources disponibles (où qu'elles se trouvent), voire de regrouper la gestion d'un processus ou d'un segment de façon volontariste en un lieu unique, pour en garantir la maîtrise de l'activité et la rationalisation de la gestion. Les outils actuels tant de workflow que de dématérialisation y aident tout particulièrement.

Ceci peut se matérialiser de plusieurs façons :

- par l'organisation d'une régulation de la charge, en confiant de façon temporaire ou pérenne certaines activités de production d'un organisme en surcharge à d'autres, ou à des structures spécifiquement organisées à cet effet, situées dans d'autres organismes (exemple des Ateliers de Régulation des Charges – ARC – en branche Famille ou encore de la prise en charge d'appels téléphoniques d'une CAF par une autre ; exemple des Groupes Temporaires de Résorption des Stocks – GTRS – dans le recouvrement, etc.) ;
- par la mise en place d'un processus de travail déterritorialisé sur plusieurs sites (exemple de la gestion des Très Grandes Entreprises au sein de la branche Recouvrement), voire l'organisation en un point unique d'activités de production sur un processus ou un segment au profit du réseau (exemple du CNCESU pour les emplois familiaux).

Cette approche, encore émergente, constituera pourtant un levier majeur de régulation et d'optimisation de la production, mais également des ressources des différents réseaux.

Elle devra pour autant être définie et encadrée, car si son caractère paraît inéluctable, il n'en posera pas moins de nombreuses questions en ce qui concerne la responsabilité :

- responsabilité du pilote, qui organise la production et pilote les processus, qui est responsable de la production mais pas des équipes qui la gèrent ;
- responsabilité des dirigeants, à qui échappe une partie de la maîtrise des activités déterritorialisées, mais qui demeurent responsable de l'organisme et des résultats ;
- responsabilité des CERTI, qui seront les garants des évolutions technologiques et de la mise à disposition du service permettant la gestion à distance, le pilotage harmonisé des appareils de production et de ses évolutions, et devront pour ce faire également se restructurer, se professionnaliser, et renforcer leur prestation de service à l'égard des OSS.

La maîtrise de la production deviendra donc de moins en moins la somme de la responsabilité individuelle des dirigeants locaux, et de plus en plus le résultat de la responsabilité collective. Le pilotage en sera l'outil privilégié d'accompagnement, mais la redéfinition de la responsabilité des dirigeants et de leur positionnement en sera le corollaire indispensable.

En conclusion : le pilotage, outil de gestion de la complexité

Ainsi, sous l'effet de mutations internes, de bouleversements induits par les politiques publiques, mais aussi par les évolutions de la société, notre production s'est transformée au cours de la dernière décennie.

Les chocs auxquels elle a été confrontée se rapprochent désormais davantage de phénomènes durables que de crises ponctuelles.

La complexité qui la caractérise aujourd'hui, et qui a pour conséquence de faire tomber les « frontières » connues (périmètre de l'organisme, du réseau, etc.) nécessite de mettre à plat notre vision traditionnelle, en remettant les questions de production au cœur de nos préoccupations, et en les abordant par le biais d'un pilotage global.

Nous sommes donc sur le chemin d'une « transformation ».

En effet, c'est *in fine* une production standardisée, fluide, pilotée et déterritorialisée qui nous permettra d'assurer nos fondamentaux, et ce faisant de faire face aux défis qui nous attendent : faire plus et mieux avec moins de ressources, mieux traiter les publics fragilisés, en consacrant et concentrant la valeur ajoutée humaine sur ces publics.

L'achèvement de notre métamorphose au cours des prochaines années passera probablement par la fin des frontières connues.

La notion d'organisme, avec son périmètre juridique et géographique, pourrait exploser, sinon *de jure*, du moins *de facto*, sous l'effet cumulé de la déterritorialisation de la gestion des activités de production (fin des frontières physiques), de la gestion partagée des processus par les différentes institutions concernés (fin des frontières juridico-organisationnelles) et d'un pilotage central renforcé (modification des périmètres de responsabilité, déterritorialisation de la décision).

L'intelligence collective que les dirigeants et les équipes ont historiquement su mobiliser sera donc une nouvelle fois sollicitée pour inventer ce « nouveau monde ».

La certification des comptes, une exigence de transparence financière

Joël Dessaint

Agent comptable • Directeur des finances et de la comptabilité de la CNAMTS

La certification des comptes, en vigueur depuis l'exercice 2006 pour le régime général, constitue un élément important de transformation de la Sécurité sociale. On s'efforce ici de décrire la nature de cette contribution aux métamorphoses récentes de l'institution, avant d'expliquer les raisons de son efficacité et de montrer qu'elle porte en germe d'autres transformations⁽¹⁾.

1. Exigence de transparence financière, la certification des comptes contribue à transformer la Sécurité sociale

Puisqu'en six années⁽²⁾, les certificateurs, s'ils ont émis de nombreuses réserves, n'ont pas mis en évidence de graves dysfonctionnements, il ne s'agit évidemment pas de prétendre que la certification apporterait une lumière sur des comptes auparavant obscurs et donc suspects de manipulation mais simplement de montrer que l'exigence de transparence constitue en elle-même un facteur de transformation des méthodes de travail.

1.1. Une exigence de transparence, donc de décloisonnement

S'il fallait choisir un seul mot pour qualifier le mieux les transformations induites par la certification des comptes, ce serait sans doute « décloisonnement », car l'exigence de transparence ne joue pas seulement vis-à-vis de l'observateur extérieur, mais aussi en interne. Appuyée sur une logique de processus, la certification met en évidence que les comptes sont la traduction, obéissant à une grammaire précise, de l'ensemble des opérations effectuées par les organismes en amont. Il s'ensuit nécessairement que la fiabilité des comptes est le reflet non seulement de la maîtrise des opérations comptables – qui se situent en fin de chaîne – mais

(1) On trouvera la présentation du dispositif juridique et le rappel des étapes de mise en œuvre de la certification des comptes de la Sécurité sociale dans « La certification des comptes à la Sécurité sociale : historique et philosophie » par Jacques La Gall ; Revue Regards, janvier 2010.

(2) Pour le régime général et quatre années pour les autres régimes.

aussi de la maîtrise des opérations qui les précèdent. Par conséquent, le décloisonnement devient un enjeu essentiel à la fois parce que toute rupture dans le processus amène généralement un défaut de fiabilité et parce que c'est la maîtrise de l'ensemble du processus et pas seulement de tel ou tel élément qui est nécessaire.

Le décloisonnement concerne évidemment les services d'un même organisme, notamment – mais pas seulement – l'agence comptable et les services de production ; il joue en particulier à l'occasion de la constitution du dossier de clôture, mais aussi par exemple de l'examen entre agence comptable et service contentieux des créances à provisionner ou de la vérification de la mise en œuvre des contrôles généraux informatiques. Dans toutes les branches, il concerne aussi les opérations inter-organismes, à l'occasion de transferts d'assurés ou de cotisants. Dans la branche Maladie qui, à l'inverse des autres branches, comprend des organismes chargés de fonctions différentes, le décloisonnement concerne aussi le fonctionnement quotidien de certains processus : tous ceux qui font intervenir le service médical mais aussi parfois des processus plus complexes, comme la fixation des taux de cotisation accidents du travail qui implique les CPAM, le service médical, les CARSAT et les URSSAF.

Le décloisonnement est une exigence également entre organismes du réseau et Caisse nationale et prend la forme d'un facteur de centralisation : la certification constitue en effet un facteur de centralisation, tout d'abord parce que le certificateur s'adresse en premier lieu à la Caisse nationale et lui demande de maîtriser et donc de piloter les processus à l'œuvre dans le réseau, ensuite parce que l'application de référentiels pousse à uniformiser les opérations et que cela ne peut se faire que sous la direction de la Caisse nationale, qu'il s'agisse d'instructions sur la tenue de la comptabilité, sur la gestion de la trésorerie mais aussi – et même surtout – sur le contrôle interne des opérations de production.

Le décloisonnement a lieu également entre branches du régime général, entre les régimes et entre la Sécurité sociale et l'État : les données échangées entrent dans le champ de la certification, ce qui amène à examiner la manière dont elles sont produites, contrôlées, transférées et contribue à la coopération. De plus, examinées par le même certificateur ou au moins selon les mêmes règles, les Caisses nationales se comparent nécessairement entre elles et sont encouragées, souvent avec l'aide de la Mission comptable permanente, à partager des bonnes pratiques. Les règles comptables sont de plus en plus harmonisées entre Sécurité sociale et État, grâce à l'action du Conseil de Normalisation des Comptes Publics (CNOCP).

Enfin – on ne le souligne peut-être pas assez – le décloisonnement s'opère aussi entre la Sécurité sociale et le secteur privé, puisque la certification repose sur l'utilisation d'un référentiel et de méthodes qui trouvent leur origine dans le secteur des entreprises : le langage des commissaires aux comptes s'est diffusé et avec lui une approche parfois différente des règles et des pratiques à suivre. On doit remarquer que si la vitesse des changements peut soulever des difficultés, cette approche en elle-même n'a jamais rencontré aucune contestation. Là encore, le CNOCP, où siège la Compagnie des Commissaires aux Comptes, favorise les échanges en matière de comptabilité *stricto sensu* ; le recrutement par les Caisses nationales d'auditeurs venus du secteur privé va dans le même sens. Mais le rapprochement s'impose particulièrement dans le domaine informatique, où les référentiels internationaux s'imposent peu à peu, notamment à travers les travaux des cabinets d'audit informatiques chargés par la Cour des comptes d'examiner l'ensemble des processus informatiques.

1.2. Une exigence de transparence, donc de fiabilité

L'exigence de fiabilité n'est évidemment pas nouvelle dans le domaine des finances publiques, mais la manière de l'appréhender change fortement. Avant la certification, la fiabilité se confondait avec

l'application du Code de la Sécurité sociale : cette application étant l'objet même du travail des organismes, elle était considérée comme parfaitement assurée, sans qu'il soit besoin de le mesurer. L'idée même de mesure pouvait paraître inadaptée puisqu'elle aurait pu laisser croire qu'un certain taux d'erreur était admis. En caricaturant quelque peu, on peut dire qu'on passe avec la certification d'une exigence de fiabilité à 100 % sans réelle mesure de la satisfaction de cette exigence à un objectif d'absence d'anomalies significatives dont l'atteinte est régulièrement mesurée. Ainsi, on est passé d'une culture qui affiche un respect scrupuleux de la norme sans mesure chiffrée des anomalies, puisqu'elles sont censées ne pas exister, à une culture de calcul sur échantillon et de plan d'action pour faire baisser des taux d'anomalies dont l'existence est parfaitement admise.

Par ailleurs, là encore parce qu'elle applique un référentiel, la certification oblige à justifier : justifier les comptes bien sûr, en permettant de suivre la piste d'audit, mais plus généralement justifier ce que l'on avance en apportant des preuves. La forme de ces preuves est très diverse : preuve des contrôles effectués, des engagements tenus, du bon fonctionnement du système d'information... On passe d'une culture autrefois largement orale à une exigence de preuves écrites systématique.

Une conséquence intéressante de cette approche est qu'elle aide la Sécurité sociale à objectiver ses performances en matière de taux d'anomalies, à prendre mieux conscience de l'ampleur considérable du travail de contrôle mené au quotidien, à se comparer à d'autres (et ainsi à s'apercevoir parfois que son niveau d'exigence est très élevé), en un mot à mieux se connaître elle-même.

1.3. Une exigence d'assurance raisonnable, donc de sélectivité

En introduisant la notion de seuil de signification et d'assurance raisonnable, la certification pousse à hiérarchiser les problèmes et les efforts pour les résoudre : elle montre qu'il est inutile, par exemple, de consacrer des moyens à obtenir une fiabilité de 100 % sur un processus mineur peu informatisé si on laisse subsister des brèches béantes dans les contrôles informatiques d'un processus majeur.

Cet aspect est très complémentaire du précédent : la culture du respect scrupuleux de la réglementation exclut évidemment toute notion de seuil de signification, puisque la réglementation doit *toujours* être appliquée ; elle exclut également l'idée de proportionnalité entre moyens et résultats pour la même raison. De ce point de vue, la certification est nettement plus compatible avec le souci d'économies de gestion que l'approche qui prévalait avant elle.

1.4. La transformation de métiers existants et l'apparition de métiers nouveaux

Les transformations que l'on vient de décrire modifient profondément l'exercice des fonctions d'agent comptable⁽³⁾. Elles changent aussi le métier des contrôleurs dans les organismes des réseaux : devenus davantage des gestionnaires de la maîtrise des risques, ils ont appris à procéder à des contrôles sur échantillon, à auditer des procédures et à rendre compte systématiquement de leurs actions par écrit. Dans la branche Maladie, ils ont développé de manière très importante l'audit des sections locales mutualistes, appuyé sur un référentiel actualisé chaque année et sur une organisation régionale.

Les sécurités informatiques ont également acquis une importance nouvelle : des spécialistes sont apparus et les agents comptables intègrent progressivement l'obligation de vérification qui est la leur dans ce domaine.

Outre celui de manager des sécurités informatiques, la certification a fait par ailleurs apparaître un métier nouveau à la Sécurité sociale : auditeur financier et comptable. Chargés de la validation des comptes des organismes, les auditeurs

(3) Cette question est développée dans « La certification des comptes, point de vue d'un agent comptable national », Joël Dessaint ; Regards, janvier 2010.

des Caisses nationales ont vu leur effectif s'étoffer jusqu'à atteindre la cinquantaine aujourd'hui. Recrutés pour la plupart après quelques années d'ancienneté dans des cabinets d'audit du secteur privé, connaissant donc bien le métier d'auditeur, ils ont eu à apprendre les spécificités de la Sécurité sociale à travers les missions d'audit sur place et l'examen des dossiers de clôture envoyés chaque année aux Caisses nationales par les organismes locaux. L'opération annuelle de validation des comptes, lancée à l'origine dans des conditions difficiles, constitue une réussite qui est pour beaucoup dans la diffusion des transformations amenées par la certification des comptes. Elle constitue également un des facteurs de décloisonnement vis-à-vis du secteur privé que l'on a mentionné plus haut.

2. La certification des comptes représente un investissement important et cohérent avec d'autres démarches

Si la certification des comptes se révèle un levier de transformation efficace, c'est qu'elle bénéficie de moyens significatifs et d'un contexte favorable dû à sa cohérence avec d'autres démarches.

2.1. Un investissement important pour la Sécurité sociale et pour la Cour des comptes

La certification s'est traduite par un investissement important des Caisses nationales et des réseaux : construction de référentiels, recrutement d'auditeurs de haut niveau, mise en place d'un processus de validation des comptes très exigeant pour les organismes locaux sont autant de travaux lourds qui se sont accompagnés de formations pour des milliers de personnes, ainsi que de la création, l'achat ou l'adaptation d'outils informatiques...

La Cour des comptes a elle aussi effectué un investissement important avec des équipes permanentes, pour l'ensemble du régime général, d'une vingtaine d'auditeurs et d'experts de haut niveau. Elle passe en outre chaque année des marchés avec des cabinets d'audit informatique pour compléter ses propres diligences. C'est surtout la continuité de cet investissement qu'il faut souligner : c'est elle qui donne à la Cour le temps nécessaire à l'acquisition de la connaissance profonde du fonctionnement des Caisses. C'est elle encore qui donne la possibilité de mesurer les progrès accomplis, mieux sans doute que les autres missions des corps de contrôle, y compris de la Cour elle-même. C'est elle enfin qui donne à la certification une dimension pédagogique qui contribue fortement au succès de la démarche.

2.2. Une synergie avec d'autres démarches

Le premier élément de ce contexte favorable est l'importance croissante que prend la surveillance des finances publiques en Europe, avec ses conséquences en termes de notation et de taux d'intérêt. La certification des comptes de la Sécurité sociale n'a sans doute pas encore acquis beaucoup de visibilité à cet égard mais il est probable que présenter des comptes certifiés constituera de plus en plus, tout comme dans la sphère privée, un gage de confiance à fournir aux marchés financiers par les États, qu'il s'agisse des comptes de l'État proprement dit ou des autres parties des comptes publics. À cet égard, la certification est aussi une marque supplémentaire de l'importance qu'ont prise les finances sociales.

En second lieu, le levier de décloisonnement, d'utilisation de référentiels et de centralisation que représente la certification des comptes et qu'on a exposé plus haut est parfaitement cohérent avec les exigences d'uniformité du Service public, de qualité, de lutte contre la fraude et de rationalisation qui ont toujours été des préoccupations de la Sécurité sociale mais qui se sont manifestées de manière croissante depuis le début des années 2000. Elles sont à l'origine en particulier des démarches qualité avec certification ISO menées par plusieurs branches, de plusieurs aspects des mesures de réforme, comme le renforcement des pouvoirs des Caisses nationales sur les réseaux⁽⁴⁾ ou encore des opérations de restructuration des réseaux (départementalisation pour les CPAM et les CAF, régionalisation pour les URSSAF).

La certification constitue enfin un outil pour les relations financières entre partenaires, puisqu'elle dispense chacun d'aller contrôler lui-même le partenaire à qui il sous-traite des fonctions, dont il prend en charge le solde ou à qui il est lié par des créances et des dettes, pourvu que ce partenaire fasse lui-même l'objet d'une certification. Or, là encore, cette exigence vis-à-vis des partenaires s'est accrue récemment pour les mêmes raisons de souci d'uniformité et de rationalisation des Services publics. C'est ainsi que la certification des comptes a impulsé un important programme de contrôle des mutuelles chargées de la gestion du régime obligatoire d'Assurance maladie, avec audits des sections locales de ces mutuelles par des auditeurs des CPAM, tests sur les logiciels utilisés, présentation de rapports de contrôle interne et attestations des commissaires aux comptes. De même, on peut rappeler que la certification est l'occasion de rapprocher systématiquement les dettes et créances réciproques inscrites dans les comptes des différents régimes ainsi que dans ceux de la Sécurité sociale et de l'État. Elle est aussi une garantie de la qualité des services qu'une branche ou un régime peut rendre, comme par exemple la branche Recouvrement vis-à-vis des organismes pour qui elle assure le recouvrement des cotisations.

3. La certification des comptes est porteuse de transformations supplémentaires

Ces transformations supplémentaires s'inscrivent dans le prolongement de celles que l'on vient d'évoquer. Leur probabilité paraît d'autant plus grande que la certification jouera à nouveau comme un levier cohérent avec d'autres tendances, singulièrement la recherche d'économies de fonctionnement. Elles concernent l'organisation des réseaux, la nature des comptes des organismes locaux et l'action des corps de contrôle.

3.1. Un facteur de réorganisation des réseaux

L'ampleur mais aussi la technicité des travaux que la certification des comptes exige se traduisent par la nécessité d'une professionnalisation croissante des agents concernés. Intervenant dans un contexte de rigueur budgétaire qui va certainement perdurer pendant plusieurs années, cette nécessité a deux conséquences prévisibles :

- la difficulté pour les organismes les plus petits de se maintenir au niveau demandé, a fortiori de progresser : en effet si les volumes d'opérations sont plus faibles dans un petit organisme, le nombre de processus, le nombre de contrôles différents et finalement le nombre de capacités d'expertise différentes nécessaires y sont les mêmes que dans un organisme de grande taille ;
- la difficulté pour tous les organismes, y compris les Caisses nationales, d'offrir des salaires suffisants pour recruter des professionnels de haut niveau. Cette difficulté est évidemment plus forte pour les petits organismes, situés par définition dans des zones géographiques qui ont tendance à se dépeupler et à ne pas attirer les jeunes diplômés.

(4) En particulier le pouvoir de nomination des directeurs et agents comptables par les directeurs de Caisses nationales.

Ces difficultés, dans la mesure où elles vont certainement s'accroître dans les années à venir, sont en elles-mêmes un facteur puissant de mutualisation et donc de réorganisation des réseaux, prolongeant les opérations déjà menées. La certification facilite d'ailleurs grandement la mutualisation grâce à l'utilisation de référentiels communs : en effet, un organisme acceptera plus facilement de confier des opérations concernant ses assurés à un autre organisme s'il a la certitude que ces opérations seront effectuées conformément au référentiel commun. Pour les Caisses nationales, les difficultés évoquées constituent un motif supplémentaire de redéploiement d'effectifs et de renforcement de la coopération entre services. Bien entendu, la certification n'est qu'un élément second par rapport à la recherche de diminution des coûts de gestion mais elle contribue néanmoins à orienter cette recherche dans les directions où la fiabilité des opérations sera maintenue voire renforcée.

Dans la même perspective, la certification des comptes, parce qu'elle s'appuie sur une approche par processus et par risques peut pousser à une centralisation croissante et donc modifier les conditions de management des organismes locaux. Plus l'exigence de fiabilité et celle de rigueur de gestion seront marquées, plus la nécessité d'un pilotage national complet de chaque processus s'imposera ; plus le pilotage national d'un processus sera développé, plus le pilote local de ce processus sera partagé entre les demandes du pilotage national et celles du management local. Les risques d'apparition de nouveaux cloisonnements, non plus par organisme mais par processus, résultant de cette tendance, doivent être examinés.

3.2. Une interrogation sur la nature des comptes locaux

En second lieu, la certification interroge la nature des comptes locaux. Rappelons que ceux-ci sont pour les Caisses prestataires essentiellement des comptes de charges, équilibrés par des dotations de la Caisse nationale et pour les URSSAF, des comptes de produits équilibrés par une charge de transfert à l'ACOSS. La combinaison consiste à consolider ces comptes avec ceux de la Caisse nationale, donc à éliminer les dotations et transferts. Les comptes de chaque Caisse nationale comportent eux-mêmes de nombreuses opérations effectuées avec les autres Caisses nationales, l'État et divers organismes subventionnés.

Pour que les comptes combinés soient terminés dans les délais impartis, les comptes des Caisses locales doivent être envoyés aux Caisses nationales très tôt (courant janvier). La certification des comptes amène de plus en plus à procéder à des compléments ou des modifications sur les opérations des Caisses locales bien plus tard, donc dans des délais incompatibles avec ce calendrier. La seule manière de concilier ces exigences contradictoires est de passer les écritures complémentaires dans les comptes de la Caisse nationale⁽⁵⁾. Par exemple, la CNAM calcule elle-même les montants nationaux des provisions pour charges de prestations, en janvier sur la base des décaissements connus jusqu'à novembre inclus ; ces montants sont répartis entre les Caisses au prorata des prestations effectivement payées par celles-ci, mais des compléments de provisions sont calculés en février puis en mars sur la base des décaissements connus jusqu'à décembre, puis jusqu'à janvier. Ces compléments ne peuvent être pris en compte que dans les comptes de la Caisse nationale, alors que celle-ci ne paie aucune prestation. De même, le provisionnement des créances sur participations forfaitaires et franchises a été calculé et pris en compte par la Caisse nationale alors qu'il s'agit de créances des CPAM ; la provision pour risque correspondant aux contentieux en matière de tarification des accidents du travail, demandée par le certificateur, sera passée dans les

(5) Une variante consisterait à les passer directement dans les comptes combinés sans affecter les comptes d'aucune des entités. Les conséquences auxquelles on s'intéresse ici seraient identiques.

comptes 2012 de l'ACOSS et non pas des URSSAF, alors que ce sont elles qui encaisseront de moindres cotisations du fait de ces contentieux.

Par ailleurs, même si les écritures sont passées au niveau local, les instructions des Caisses nationales pour l'arrêté des comptes sont de plus en plus précises et nombreuses, allant parfois jusqu'à indiquer les montants à comptabiliser, comme c'est le cas pour une grande partie des provisions. Plus généralement, en normalisant de plus en plus les procédures, la certification a pour effet de diminuer les marges d'initiative des acteurs locaux.

Pour toutes ces raisons, le caractère significatif des comptes locaux devient paradoxalement de moins en moins assuré à mesure que la certification des comptes progresse. On peut d'ailleurs remarquer que la Cour des comptes s'intéresse assez peu aux comptes locaux en tant que tels (y compris à ceux des Caisses nationales même s'ils font formellement l'objet d'une certification) mais essentiellement aux comptes combinés. Ses visites dans les réseaux concernent un petit nombre d'organismes, choisis pour représenter un pourcentage suffisamment élevé des opérations de l'ensemble de la branche et utilisés pour tirer des conclusions sur certains aspects des comptes combinés et non pas sur ceux des organismes visités.

Deux conséquences peuvent dès lors être esquissées. La première concerne la validation des comptes : celle-ci a été conçue comme une démarche exhaustive, c'est-à-dire que les comptes de tous les organismes doivent être validés tous les ans et que cette validation doit porter sur l'ensemble des processus. Si l'on considère les comptes locaux comme peu significatifs par eux-mêmes, l'exhaustivité devrait laisser la place à une démarche fondée sur l'analyse des risques, aboutissant à n'auditer que les organismes et les processus les plus importants ou ceux présentant les risques les plus élevés. Là encore, le contexte de rigueur budgétaire pourrait favoriser cette évolution.

La seconde conséquence porte sur le contour des comptes locaux eux-mêmes. La mutualisation d'activités – favorisée comme on l'a vu par la certification – amène à s'interroger : si une Caisse liquide les prestations pour le compte d'une ou de plusieurs autres – voire pour tout un réseau⁽⁶⁾ – qui doit comptabiliser ces prestations ? La réponse a jusqu'à présent toujours été une comptabilisation par la ou les Caisses « cédantes », mais cette réponse implique une complexité supplémentaire qui concourt à rendre les opérations de mutualisation moins efficaces qu'on pourrait l'espérer. De plus, le principe de maîtrise des opérations de bout en bout en est rendu plus difficile à respecter, même si l'existence de référentiels donne une garantie. D'autre part, si les comptes locaux sont vus davantage comme des parties de comptes de branche que comme des comptes à part entière, on peut s'interroger sur le maintien du formalisme qui leur est attaché et qui implique la tenue d'une comptabilité complète pour chaque organisme. La production des comptes combinés gagnerait sans doute en rapidité à une mutualisation plus poussée dans le domaine de la comptabilité ; il n'est pas certain qu'elle gagnerait en fiabilité, celle-ci reposant en grande partie sur la responsabilité des acteurs locaux, particulièrement des agents comptables.

3.3. Une recherche de meilleure articulation des actions des corps de contrôle

En troisième lieu, les actions des corps de contrôle pourraient évoluer. La disparition des COREC constitue une première conséquence de la mise en place de la certification. En effet, il a paru inutile de maintenir un dispositif d'examen systématique des organismes locaux par les services déconcentrés de l'État à côté de la validation des comptes. On peut souligner au passage qu'il y a là un trait supplémentaire de centralisation au profit des Caisses nationales : les organismes locaux dépendent de moins en moins de tutelles locales et de plus en plus de leurs têtes de réseau.

(6) C'est le cas de la CPAM du Morbihan qui liquide les remboursements de soins inopinés délivrés à l'étranger, de la CPAM de la Creuse qui liquide les allocations journalières pour l'accompagnement en fin de vie. C'est aussi le cas depuis plus longtemps pour les URSSAF collectant les cotisations pour tous les établissements d'une grande entreprise.

Les évolutions de la Protection sociale

Mais on peut penser que la rigueur budgétaire et le souci de la cohérence pousseront à aller plus loin. Le contrôle juridictionnel de la Cour des comptes représente une démarche relativement coûteuse à la fois pour la Cour et pour les organismes contrôlés. Concernant la Sécurité sociale, elle ne s'applique qu'aux Caisses nationales, en raison de leur statut d'établissements publics. Elle repose par ailleurs sur une logique très différente de la certification puisqu'elle vise à vérifier, souvent à l'aide de sélections aléatoires, l'application rigoureuse de la réglementation sur l'ensemble des opérations et peut par conséquent s'intéresser à des montants limités. La mise en place de la certification des comptes, confiée à la même institution, n'a pour le moment pas amené d'évolution du contrôle juridictionnel mais on peut penser qu'une articulation entre les deux dispositifs devra tôt ou tard être trouvée. Plus généralement, la certification des comptes constitue une source considérable d'informations que les autres actions de contrôle pourraient utiliser de façon plus systématique pour cibler leurs interventions et pour apprécier la mise en œuvre de leurs recommandations.

Conclusion : les métamorphoses de la Protection sociale

Dominique Libault
Directeur général de l'ENGS

Nous avons un vrai sujet sur notre capacité et notre désir collectif d'assumer la pérennité de la Protection sociale française. Nous sommes sans doute à un moment particulièrement difficile de la vie de notre société. Certaines interrogations surgissent sur la place de la Protection sociale et sur la légitimité de cette place dans notre pays.

La Protection sociale est interrogée à plusieurs titres, notamment pour sa responsabilité dans les déficits publics. Certes, elle n'en a pas la responsabilité principale, les déficits publics étant essentiellement ceux de l'État. Toutefois, il s'agit d'un déficit insoutenable globalement et choquant dans son existence acceptée, même si nous disposons de dispositifs de gestion de la dette relativement vertueux, avec un amortissement chaque année de celle-ci.

Nous avons donc une interrogation forte sur un processus qui contribue au déficit de la France, et d'autre part sur le sujet de la compétitivité. Comment sortir de la situation actuelle sinon avec de la croissance et donc une meilleure compétitivité ? Même si la Protection sociale n'est pas l'élément central de la dégradation de la compétitivité de la France, personne ne nie l'importance du retour à la compétitivité.

Par ailleurs, la Protection sociale est également interrogée au regard des objectifs qu'elle se fixe et de ce qu'elle apporte réellement au regard de ces objectifs à la population. Certains mettent en exergue le fait que, malgré la Protection sociale, il existe des poches de pauvreté très importantes, et des populations qui, malgré le montant des sommes mises dans le système, sont en difficulté. Nous pensons notamment aux jeunes qui ont de la difficulté à trouver leur place sur le marché du travail, et qui ont peu de moyens propres de subsistances dans ces cas de figure.

Les questions sont donc les suivantes :

- Cela vaut-il la peine de pérenniser la Protection sociale ?
- Cela mérite-t-il les efforts qu'il faudra entreprendre ?
- Quelles sont les conditions essentielles de cette pérennisation ?
- En quoi cela affecte-t-il le Service public de la Protection sociale et les missions qui sont celles des cadres et des dirigeants du Service public de la Protection sociale ?

Je vais tenter de traiter ces questions brièvement.

Cela vaut-il la peine ?

Nous pourrions nous demander si la question est pertinente. Je pourrais répondre que la question ne se pose pas, parce que, une fois dans un système de Protection sociale, il est très difficile d'en sortir, de faire un choix aussi lourd, quel que soit le système. Nous avons vu la difficulté du président Obama à faire bouger le système d'Assurance maladie américain si différent du nôtre. Malgré tout son effort et son énergie, le changement sera sans doute assez limité.

Nous sommes engagés dans un système, notamment un système de répartition des retraites qui repose sur la confiance envers les générations futures. Observons un jeune qui commence à cotiser aujourd'hui : son prélèvement va vers les générations actuelles, car l'entreprise verse ses cotisations le 5 du mois à l'URSSAF (si elle est de taille importante), qui transfère cette somme à la CNAVTS pour un versement de pension le 8. Ce jeune se constitue une créance sur l'avenir dont il pourra commencer à bénéficier dans une quarantaine d'années, et dont il pourra jouir une vingtaine d'années si tout va bien. Dans notre système, on est en train de constituer aujourd'hui une créance des individus sur le système de Sécurité sociale qui va durer presque jusqu'à la fin du 21^e siècle. C'est donc un système qui engage l'avenir, et il est difficile d'en sortir. Pour autant, même s'il est difficile de sortir du système, nous pouvons malgré tout changer ses modalités.

Pour justifier le niveau de la Protection sociale dans notre société, il faut s'interroger sur le sens de la Sécurité sociale. Pendant longtemps, je me suis servi de la très belle définition de Pierre Laroque : « *la Sécurité sociale, c'est débarrasser le travailleur de l'incertitude du lendemain* ». Quand on lit ses écrits, on retrouve l'idée que l'émergence de la Protection sociale correspond à l'avènement du salariat, de la dépendance du revenu du travailleur par rapport à la capacité de louer sa force de travail, donc de se protéger. Nous sommes bien sur l'idée d'indemnisation des risques sociaux. Cependant, si nous restons sur cette seule fonction, très sincèrement, je ne suis pas sûr que cela justifie d'y consacrer un tiers de notre richesse nationale. Nous pouvons nous demander si la notion de risque est si adaptée que cela à ce que représente aujourd'hui la Protection sociale dans notre société.

Juridiquement, le risque est défini comme « *l'événement dommageable dont la survenance est incertaine quant à sa réalisation ou la date de sa réalisation* ». Donc, il faut un élément dommageable et une incertitude. Il a toujours été un peu bizarre de classer la famille comme un risque social. Avoir des enfants constitue-t-il un risque dommageable ? On voit bien sûr qu'il s'agit de compenser les charges, bien sûr, mais pour la plupart des personnes, il s'agit d'un risque très positif et maîtrisé, grâce aux méthodes de contraception.

Si nous prenons la vieillesse, qui peut penser qu'atteindre l'âge de la retraite est un événement dommageable et incertain ? L'incertitude, c'est simplement le fait d'arriver à atteindre l'âge de la retraite. Le risque est de ne pas atteindre l'âge de la retraite. Tout un chacun espère jouir d'une retraite pendant de longues années. On connaît tous les débats sur l'allongement de l'âge de la retraite. La retraite n'est donc pas un événement dommageable aujourd'hui.

Si nous prenons l'Assurance maladie, il existe toujours une partie indemnisation, bien que la partie des prestations en espèces qui était très importante s'est considérablement allégée. Toute l'évolution récente de l'Assurance maladie est de protéger le capital-santé des individus (prévention, éducation à la santé, prise en charge de la santé).

Qu'en conclure ? Au-delà de cette fonction d'indemnisation des risques sociaux, la Protection sociale est également un investissement social sur l'ensemble du capital humain d'une nation, de la naissance à la mort, qui permet de travailler sur le renouvellement des générations (politique familiale), sur la préservation du capital de santé de chacun à travers l'Assurance maladie et la santé au travail, et qui permet de travailler sur une vieillesse la plus épanouie possible. C'est cette notion d'investissement social dont il est important de prendre conscience et qu'il faut valoriser.

Je retrouve ici les analyses d'un philosophe comme Luc Ferry qui explique que ce qui fait le cœur d'une société aujourd'hui, le sens de la vie, ce n'est plus de se protéger des guerres et des menaces extérieures, comme par le passé ce n'est plus non plus de faire la révolution. Le cœur de la vie des personnes, c'est leur univers affectif, immédiat : réussir sa vie familiale, etc. Il met en avant le fait que le mariage de raison a disparu par rapport au mariage d'amour. Les personnes cherchent toutes à réussir leur vie personnelle. La société a intégré cette dimension et le but de notre société est d'aider le maximum de personnes à vivre leur vie tout simplement. La Protection sociale est l'instrument privilégié par lequel la société prend en compte que sa finalité est d'aider chacun de ses membres à des éléments essentiels pour vivre sa vie (vie de famille, santé), le plus longtemps possible, dans le bien-être et la dignité.

Cet élément pourrait donc être analysé comme reconnaissance d'une société assez individualiste, puisque l'individu est mis au cœur du fonctionnement de la société, mais en même temps, pour y arriver, nous mettons en place un partage très fort au sein de la société. Ce fameux État-providence organise une solidarité assez forte entre tous les membres d'une société. Un travers de la Protection sociale pourrait être le fait que l'on construise une société individualiste où chacun a droit de se servir au guichet de la Protection sociale en termes d'indemnisation. Nous devons essayer de construire une société où nous reconnaissons des droits fondamentaux à l'individu, mais où nous essayons de faire fonctionner ce système dans la durée, ce qui exige une évolution du comportement de chacun.

Voilà à partir de quoi nous pouvons penser le sens de la Protection sociale. À ce moment-là, la Protection sociale est riche d'investissement social pour l'avenir, riche d'un avenir de solidarité entre les membres d'une même communauté à un moment donné, et entre les générations actuelles et futures. Elle peut redonner sens au fonctionnement d'une société. En cela, il est fondamental de pérenniser ce système, mais en retrouvant le sens profond que l'on peut perdre derrière des lassitudes de consommateurs de cette Protection sociale.

Quelles sont les conditions de la pérennité de la Protection sociale ? Les questions financières sont aujourd'hui déterminantes. Je suis fermement convaincu tout à la fois que c'est une difficulté majeure, et qu'on avait dû faire autrement que d'avoir un déficit permanent et récurrent de la Sécurité sociale depuis des années. Nous sommes face à un problème que nous devons régler relativement rapidement.

La dette, c'est la transmission aux générations futures de charges que l'on ne parvient pas à payer, alors que la Protection sociale, c'est de la redistribution d'une richesse que l'on a, et que l'on redistribue de manière plus équitable entre les membres d'une société. On n'est pas dans l'équité lorsque l'on redistribue des richesses que l'on n'a pas, et que l'on fait payer les générations qui ne sont pas encore là, et qui auront sans doute elles-mêmes des problèmes extrêmement aigus de redistribution.

Donc, il faut équilibrer. Comment équilibrer ? Nous sommes face à deux courants dans l'expression publique : au départ, l'une va dire qu'il ne faut pas davantage de prélèvement obligatoire, l'autre va plutôt être réticente à la maîtrise de la dépense, et plus encline aux prélèvements obligatoires. En réalité, il faut les deux : des prélèvements et de la maîtrise de la dépense. C'est ce que font tous les gouvernements, avec un affichage différent des paramètres, bien évidemment. Cependant, tous les outils doivent être utilisés face aux défis devant lesquels nous sommes, à savoir le prélèvement compatible avec la compétitivité et la maîtrise de la dépense.

Quelles sont les conditions de la maîtrise de la dépense ? Qu'est-ce qui a été fait et que reste-t-il à faire ? Nous ne sommes pas dans un système où rien n'a été fait, mais dans un système où au moment où je vous parle, en 2012, beaucoup a été fait. En effet, quand on passe d'un taux d'ONDAM de 7 % en 2002, à moins de 3 % plusieurs années de suite (2010, 2011, et sans doute 2012), il s'agit d'un vrai progrès dans la capacité de maîtriser les dépenses de santé. Par ailleurs, comme vous le savez, un certain nombre de réformes de retraite ont été faites, dont l'essentiel persiste au fil des années. Nous sommes capables de faire des choses, mais pour autant, beaucoup reste à faire si nous voulons arriver à maîtriser la dépense dans la durée par rapport aux perspectives de croissance potentielle de la France qui sont certainement modestes dans les années à venir.

Si nous voulons équilibrer, nous devons tenir compte de cette croissance potentielle extrêmement faible. Toutefois il faut rappeler qu'un taux d'ONDAM de 2,7 % est exprimé en valeur, alors que le PIB est en volume ; il est donc compatible avec une faible croissance. Nous faisons un énorme effort de maîtrise, mais nous devons encore faire des progrès sur

cet aspect. Je pense que le sujet des retraites est certainement plus lourd encore. En effet, malgré les réformes, la progression des dépenses du système de retraite reste plus forte que le rythme de croissance. Le sujet des retraites va donc être prioritaire dans les années à venir, même si l'Assurance maladie va continuer aussi à beaucoup occuper les débats.

Il est essentiel de concilier compétitivité et Protection sociale. Cela passe par la réflexion sur les financements. Un Haut Conseil du financement de la Protection sociale vient d'être institué, et j'y participe. La réflexion sur le financement est une réflexion compliquée, malgré tout ce que nous avons fait, notamment sur le rééquilibrage entre contribution du capital et du travail. En effet, en 1990, le prélèvement sur le capital pour la Sécurité sociale était à hauteur de 2 %, contre 14 % aujourd'hui. Les marges de manœuvre sur le capital sont plus faibles aujourd'hui qu'elles ne l'étaient en 1990. Cependant, il reste des sujets à évoquer sur lesquels il faut continuer de travailler comme les taxes comportementales et écologiques.

La compétitivité, c'est aussi les prestations de Sécurité sociale elles-mêmes, la façon de concevoir les dépenses de Protection sociale, notamment autour de la part mise sur l'indemnisation, et celle mise sur la réhabilitation et le retour à l'emploi. De vrais choix de politique de Protection sociale sont à faire et la comparaison avec l'Allemagne est éclairante. Soit nous travaillons prioritairement sur une logique de réparation et indemnisation, soit beaucoup plus sur une logique d'activation de la Protection sociale. Comment la Protection sociale peut aider à regagner une place active dans la société, et comment utiliser ces instruments pour aider les gens à retrouver toute leur place dans la société ? C'est sur ce sujet que nous avons encore des efforts de transformations importants de la Protection sociale à faire.

Sur l'aspect gestion du risque, rappelons que la gestion la Protection sociale, ce n'est pas simplement le constat des charges constatées, mais toute une gestion active de ces dépenses. Nous devons nous tourner vers des dépenses les plus favorables possible à la vitalité de la population française, et en même temps, diminuer les dépenses qui sont sources d'inefficience pour le système de santé, de l'ensemble de la Protection sociale. Derrière, des évolutions sont en cours dans toutes les branches : par exemple, la branche Famille, les efforts sur le jeune enfant, sur la conciliation de la vie familiale et de la vie professionnelle, etc. Sur la gestion du risque « dévitalisation démographique », nous sommes évidemment dans une bien meilleure situation que celle de l'Allemagne.

Sur la retraite, le sujet essentiel reste l'emploi des seniors et la remise en cause de ce pacte collectif préjudiciable à la France qui a été depuis 30 ans, l'accord tacite de gérer les problèmes d'emploi, la préretraite, donc la mise hors marché du travail des seniors. Cette politique a commencé dès les années 1970, avant la réforme des 60 ans, avec la garantie de ressources mise en place, à l'époque où les gouvernements pensaient que les problèmes d'emploi et de crise étaient conjoncturels. Nous avons donc institué cette garantie de ressources très élevée. La réforme à 60 ans « a gravé dans le marbre » en transférant le risque du chômage sur la retraite. Cette politique a généré ensuite toutes les préretraites connues, et pose aujourd'hui question. La compétitivité, c'est repenser les financements, et les modes d'intervention de la Protection sociale.

Concernant les conditions de réussite et de pérennité de la Protection sociale, il y a l'Europe et le Monde. Nous ne sommes pas tout seuls. Il serait plus intéressant d'avoir des stratégies communes avec les autres pays, que ce soit des stratégies monétaires, sur des modalités harmonisées de recherche de la compétitivité. Ce n'est pas gagné sur l'Europe. Mon diagnostic sur la façon dont l'Europe traite de la question de la Protection sociale est plus que mitigé. L'objectif n'est pas d'avoir un même modèle de Protection sociale, ni une même vision de la place de la Protection sociale. Je pense que c'est très difficile, et qu'il n'est pas illogique que les pays aient des voies et des moyens différents. En revanche, certains aspects mis en place dans le cadre des législations sociales aujourd'hui se renversent contre la Protection sociale elle-même. Je pense à la manière concrète dont est gérée la liberté de circulation. Cela se traduit du côté des détachements pour les travailleurs.

On met en avant la liberté de circulation, donc l'unicité des législations applicables : un travailleur qui va provisoirement dans un autre pays doit toujours rester dans sa législation d'origine.

L'Allemagne a très bien compris le système, notamment en agriculture. Elle importe massivement des travailleurs saisonniers de l'Est pour son agriculture qui, grâce au détachement, ne payent pas de charges en Allemagne. Par conséquent, l'agriculture allemande est plus compétitive que l'agriculture française. Elle peut alors proposer des prix plus bas. Puis ces travailleurs retournent dans leur pays, sans que leur rémunération en Allemagne soit prise en compte. En fait, la Commission n'a mis en place aucun système pour que l'activité dans le pays où ces travailleurs se sont déplacés soit prise en compte dans le pays d'origine, et donne lieu à des charges dans le pays d'origine. C'est donc une sorte de travail informel déguisé mis en place depuis des années sans que personne ne réagisse. C'est pour cette raison que je considère que l'Europe sociale est relativement problématique. En face de toutes ces contraintes budgétaires très fortes, que met-on en place pour avoir quelques orientations et stratégies communes en matière sociale qui donnent sens à la construction européenne ?

De même, tous les pays sont concernés par la lutte contre la fraude. On constate que les mécanismes de coopération pour la lutte contre la fraude entre différents pays sont à mon sens insuffisants (par exemple, les Caisses frontalières). Repenser l'Europe sociale est donc un réel enjeu.

Le développement de la Sécurité sociale au niveau mondial est fondamental pour l'avenir de la Sécurité sociale, y compris en France. Nous avons besoin d'un environnement mondial favorable. Tout récemment sont apparus des aspects positifs, avec le G20 qui a reconnu l'importance de la notion de socle de Protection sociale dans le développement. Par ailleurs, certains pays émergents font de vrais efforts. Prenons, par exemple, la Chine qui mène une stratégie réelle de développement de la Protection sociale pour l'ensemble de son pays, toutes provinces, urbains et ruraux, à cause notamment du vieillissement démographique né de la politique de l'enfant unique. En effet, les Chinois vont rencontrer un problème massif de pyramide des âges. Ils ont donc une conscience aiguë de leur besoin d'une réforme de politique de Protection sociale en Assurance maladie, en retraite. Ces fortes priorités politiques datent de 2011-2012 en Chine, et visent non seulement les villes, mais également les populations rurales.

Pour en finir avec mon propos, comment tout ceci affecte le Service public et le rôle des cadres et dirigeants des services de la Sécurité sociale ? Le Service public est profondément affecté par ces évolutions des fonctions de la Protection sociale, ainsi que ses métiers. Si nous voulons non plus être simplement dans une logique d'indemnisation mais dans une logique de prévention du risque, de gestion anticipée, d'accompagnement de la population, le positionnement même de la Sécurité sociale, les métiers sont en train de changer. Cela signifie que le dialogue avec l'ensemble des acteurs de la Protection sociale (assurés sociaux, professionnels de santé, entreprises) est important. Plus on est sur la prévention et l'anticipation, la gestion des comportements, plus on va être en situation de « dialogue », qui peut être de l'éducation, du conseil, du contrôle, des incitations.

L'une des missions du Service public de la Sécurité sociale est véritablement de changer le comportement des acteurs (par exemple, passer par le médecin traitant plutôt que d'aller directement à l'hôpital, travailler sur le nombre de médicaments prescrits, sur l'éducation à la santé, sur l'éducation thérapeutique). C'est donc toute une mutation en cours que l'on retrouve dans les autres risques. Comment préserver le capital-santé au travail ? Comment mieux gérer la transition emploi/retraite ? Je rappelle que ce n'est pas par hasard que j'ai souhaité que les CRAM deviennent les CARSAT pour bien indiquer ce lien entre la prévention, l'anticipation, la santé au travail et l'avenir des retraites dans notre pays. Les CARSAT ont un rôle majeur en la matière. Sur la famille, il y a bien sûr un rôle majeur dans la capacité de concilier vie familiale et vie professionnelle, qui est la priorité assumée de la branche Famille depuis le début des COG. Par ailleurs, la gestion du risque existe depuis longtemps dans la branche Recouvrement. Il faut donc faire évoluer les comportements à travers des stratégies de pédagogie, de contrôle, d'incitation, et essayer de trouver les outils adéquats.

Comment travailler avec les autres ? Nous ne devons pas rester seuls et allons devoir rapidement retrouver l'idée que travailler avec l'extérieur, c'est aussi travailler avec des partenaires parfois extérieurs à la Sécurité sociale, dans le cadre des politiques familiales, des politiques de la vieillesse. C'est travailler la Protection sociale ensemble, et la transversalité me semble sans doute le cœur du sujet de l'efficacité de demain du Service public de la Protection sociale.

Les évolutions de la Protection sociale

Je pense que de nombreux efforts ont été réalisés. Les politiques de financement, de la maîtrise de la dépense ont beaucoup évolué, de même que le Service public. Je trouve que nous avons un Service public de la Protection sociale qui, par certains côtés, a su remarquablement s'adapter sur le plan technologique, sur le plan de la prise en charge des nouveaux métiers, sur le plan des politiques de réseaux. Les COG ont permis d'assumer une cohérence qui a été très bénéfique.

Je pense pour autant que nous devons faire attention à ne pas nous enfermer dans une logique de réseau, mais à être très ambitieux et innovant sur la transversalité des Caisses entre elles, avec les ARS. En effet, les personnels des organismes de Protection sociale travaillent sur des territoires, à destination des personnes travaillant et vivant sur un territoire donné. Il va être demandé de plus en plus au Service public de simplifier la vie, de faciliter l'accès aux droits, d'éviter les fraudes (par exemple, la lutte contre le travail clandestin), d'organiser le Service public sur le territoire. Nous allons trouver cela dans le domaine de la santé, avec tout le travail de l'offre de santé sur un territoire, travail des ARS auquel l'Assurance maladie doit participer. Cette notion est au cœur des évolutions de la Protection sociale, de la conciliation, de la contrainte financière, des objectifs de la Protection sociale. Il faut partir de la personne pour décroïssonner sur un territoire, faire que les différentes interventions soient plus efficaces entre elles.

Je m'occupe notamment du parcours de soin des personnes âgées et c'est la raison pour laquelle je ne suis pas très objectif. Les observateurs nous disent que si nous voulons améliorer la prise en charge, nous devons décroïssonner entre la ville et l'hôpital, entre la prise en charge sociale et la prise en charge sanitaire. Il faut arriver à mieux coordonner tout ceci. De plus, nous allons faire des économies en évitant des hospitalisations inutiles ou inadéquates.

Le problème est identique pour la prise en charge sociale : il faut décroïssonner de différentes façons (à travers des outils communs, ou d'autres aspects qui peuvent être gérés au quotidien par les Caisses). Tout ceci nécessite de prendre en compte ces métiers de gestion du risque, de travail avec des partenaires, de travail en mode projet, de travail avec l'extérieur. Tout cela va modifier les Caisses en profondeur.

Je repense au sujet du sens de la Sécurité sociale, qui risque de se perdre. Le Service public de la Sécurité sociale est bien placé pour aider notre société à construire ses nouveaux repères, mais cela ne va pas de soi. Effectivement, les risques individualistes sont très forts. Je crois qu'être membre du Service public de la Protection sociale est aussi une responsabilité. Pierre Laroque disait : « *Il faut des apôtres* ». Je n'utiliserai pas la même terminologie, mais je parlerai plutôt des « ambassadeurs ». Effectivement, nous ne pouvons pas être un manager de la Sécurité sociale comme un manager « d'autre chose », un manager qui gère une usine de savons ou de lessive. Nous portons une valeur fondamentale dans le Service public, et pour la population française. Porter, c'est porter en interne, en externe. Je crois qu'aujourd'hui, un effort doit être fait collectivement pour porter tout cela en région, dans vos territoires, à travers les Caisses sur ce sujet.

L'EN3S peut aider à cela. Comment ? Elle peut aider par des formations, par des moments d'échanges. Il est important de constater que tous les personnels font partie d'un même Service public de la Protection sociale – j'espère qu'ils en sont convaincus – et que derrière la diversité, il existe de nombreux points communs dans le métier, dans les valeurs, et dans le sens de ce qu'ils font. L'EN3S peut donc aider par ses formations. Elle travaille également à favoriser des moments de rencontres sur un même territoire régional, ce qui n'est pas assez fréquent aujourd'hui. Je trouve que nous n'organisons pas assez de rencontres. Nous pouvons travailler sur la notoriété de l'École pour que les métiers de dirigeants de la Sécurité sociale restent attractifs. Je pense à l'EN3S mais aussi l'UCANSS, avec laquelle nous pouvons travailler sur ces sujets.

Nous sommes dans une période charnière, avec des enjeux fondamentaux pour l'évolution même de notre société. Tous les personnels, ont un rôle majeur dans ce « vivre ensemble ».

regards

2

MANAGEMENT
DE LA PROTECTION
SOCIALE :
TENDANCES
ET ÉVOLUTIONS

L'Animateur Qualité Réseau (cas des Centres d'Examens de Santé en multisites)

Les animateurs qualité réseau du CETAF de St-Étienne*

Depuis 2007, des organismes du réseau CNAMTS réfléchissent et agissent ensemble pour améliorer la qualité et leur efficience, c'est le cas des Centre d'Examens de Santé avec leur CPAM ou leur association conventionnée dans le cadre des démarches qualité en multisites.

De cet apprentissage organisationnel résultent de nombreuses réalisations concrètes, par exemple, un échange et une coordination sur le niveau d'atteinte des objectifs CPG⁽¹⁾, ou encore, 10 CPAM qui ont réussi à monter un groupement d'achat, en 4 mois, pour optimiser et garantir la conformité de la métrologie de leur CES, ou bien, c'est la solidarité qui se manifeste, avec des processus d'organisation substitutive au sein du réseau pour suppléer à une absence imprévue dans un CES, ou encore, un référent hygiène pour le réseau, ou des formations par échanges de pratiques.

À partir d'une charte de fonctionnement, les CES d'un multisites ont un système qualité commun avec une base documentaire partagée, il n'y a qu'un seul manuel qualité. Les outils de suivi de l'amélioration et de la mesure de l'efficacité sont eux aussi mutualisés. L'identification des pratiques performantes est alors facilitée et les retours d'expériences plus rapides malgré les distances géographiques des différents centres. Les processus d'audit internes croisés contribuent aux échanges de pratiques. Enfin, dans chaque multisites, des indicateurs qualités communs sont partagés et suivis, avec des notions de délai orientés client, des références aux objectifs CPG, afin de répondre aux attentes de la CNAMTS, des CPAM et d'accroître la qualité de l'Examen Périodique de Santé au service des assurés.

C'est, entre autre, ce qu'a apporté la démarche qualité en multisites des CES. Cet article décrit le rôle pivot que joue l'Animateur Qualité Réseau dans cette approche inter organisme de la qualité.

* Voir les auteurs en fin d'article.

(1) CPG (Contrat Pluriannuel de Gestion) entre la CNAMTS et chaque CPAM.

1. Les Centres d'Examens de Santé (CES)

Créés en 1945, les Centres d'Examens de Santé proposent des Examens de Périodiques de Santé (EPS), particulièrement auprès des personnes éloignées du système de santé ou fragilisées depuis l'arrêt de 1992⁽²⁾. Les CES offrent aussi un service au médecin traitant en matière de prévention et de prise en charge des pathologies chroniques au travers d'actions en éducation en santé et de programmes d'éducation thérapeutique. Les CES sont répartis sur l'ensemble du territoire national et sont regroupés en 8 réseaux interrégionaux. En 2012 le réseau des CES compte 113 structures (Centres, antennes et consultations avancées), soit au total 85 CES. Chacun des réseaux de CES a un coordinateur administratif (directeur de Caisse primaire d'Assurance maladie) appuyé par un coordinateur médical (médecin responsable de CES). Les CES sont gérés selon trois grands types de structure :

- les CES en gestion directe qui sont des services de leur CPAM. 60 % des CES sont en gestion directe ;
- les CES conventionnés qui sont gérés par des structures privées ayant passé une convention avec une ou plusieurs CPAM ;
- les CES regroupés au sein d'une Union de Caisses (UC).

Les CES ont, en général, des effectifs inférieurs à 50 salariés, mais leur effectif est très variable, il y a de très petits CES de moins de 5 ETP⁽³⁾.

L'Examen Périodique de Santé (EPS) est un dispositif de prévention primaire modulé en fonction de l'âge, du sexe et de facteurs de risques du consultant.

Il consiste en une exploration de l'état de santé de la personne avec des analyses biologiques, des tests et mesures permettant de détecter d'éventuelles pathologies ou facteurs de risque ainsi que des examens dentaires, visuels et auditifs. Une consultation médicale est ensuite réalisée avec le médecin du CES qui pratique un examen clinique complet et dialogue avec le consultant sur ses résultats.

À la fin de l'EPS, le CES fait le lien avec le médecin traitant dans le cadre d'un accompagnement à la réinsertion dans le parcours de soins.

2. Historique de la démarche qualité des CES

À la fin des années 1980 une introduction des concepts actuels de la qualité avait été effectuée avec l'analyse du processus EPS et des données collectées pour la réalisation pionnière d'un système de dossiers patients informatisés. Une démarche d'amélioration continue centrée sur l'harmonisation des pratiques médicales a ensuite été engagée en 1993 avec l'élaboration d'un guide de recommandations suivi des fiches techniques pour l'EPS en 1995 pour harmoniser les pratiques. Parallèlement, les laboratoires d'analyses médicales des CES ont poursuivi leur développement qualité avec le référentiel GBEA⁽⁴⁾ en 1994.

En 2004, 2 centres d'examens de santé ont été certifiés sur l'ensemble de l'examen périodique de santé, en propre et de leur propre initiative.

(2) Arrêté du 20 juillet 1992 relatif aux examens périodiques de santé.

(3) ETP : Équivalent Temps Plein.

(4) Guide de Bonne Exécution des Analyses.

En 2005, un recueil des attentes des professionnels des CES en matière de qualité a été conduit d'une façon qualitative⁽⁵⁾. Cette enquête révélait que le personnel des CES se sentait majoritairement peu reconnu et isolé malgré leurs efforts pour développer la qualité de leur prestation. Pour répondre à ces besoins, 3 groupes de travail se sont volontairement constitués pour travailler sur :

- l'identification de repères de progression avec des indicateurs : groupe Évaluer pour Évoluer ;
- l'identification et la formation par compagnonnage avec évaluation des compétences acquises spécifiques au travail dans un CES : groupe Compétences ;
- l'identification des rôles et des missions : groupe Rôles et Missions.

Le questionnaire de satisfaction des consultants et les guides d'intégration des médecins, infirmières et secrétaires dans les CES utilisés actuellement dans la démarche ISO 9001 sont issus de leurs travaux.

Suite à la signature de la COG 2006-2009, qui demande l'obtention de la certification ISO 9001 sur l'ensemble des CES, le CETAF propose, en concertation avec l'ensemble des CPAM/CES, une démarche qualité en réseaux (aussi appelée « multisites »), qui est acceptée par la majorité.

3. La place institutionnelle des Animateurs Qualité Réseau

Ces réseaux, basés sur les regroupements en 8 réseaux cités plus haut, sont constitués d'entités juridiques distinctes, mais conviennent de mutualiser leur système de management par la qualité qui sera certifié par tierce partie (AFAQ/AFNOR sur référentiel ISO 9001 v 2008).

Ces réseaux ont mis en place une charte indiquant le règlement intérieur du fonctionnement de leur système de management de la qualité. L'Animateur Qualité Réseau est un « animateur qualité mutualisé » qui est chargé de prendre en compte les attentes des professionnels, impliquer les acteurs, et rendre la vie du système de management par la qualité du réseau attractive et dynamique.

L'Animateur Qualité Réseau est missionné par son réseau pour coordonner le système de management par la qualité du réseau.

Comme tout responsable qualité, il prépare et coordonne le multisites pour l'obtention de la certification annuelle, il aide les pilotes de processus multisites dans l'amélioration continue de la prise en compte de l'ensemble des sites et pour l'ensemble des organismes, il accompagne l'auditeur final.

Mais, en plus, l'Animateur Qualité Réseau construit des consensus pour des actions collectives dans des organisations juridiquement distinctes, il est un véritable Coordonnateur Qualité Inter-Organisations. Il coordonne aussi l'ensemble des acteurs des CES et des services de CPAM afin que leurs compétences s'inscrivent en complémentarité au service de la politique de l'Assurance maladie en garantissant une prestation homogène et de qualité sur un territoire (réseau) avec une recherche permanente d'optimisation des coûts et de performance.

Pour cela, l'Animateur Qualité Réseau conçoit des dispositifs de concertation (réunion, formations, journées d'échanges, forum, documents circulants...) pour l'élaboration et le management du système qualité.

(5) Roche N., Maisonneuve H., « Quels sont les besoins et attentes des Centres d'Examens de Santé en matière de qualité ? Démarches qualité et évaluation ». Saint-Étienne, CETAF, 2005.

Présentation par Bruneau C., à ISQua Vancouver 2005, « A needs assessment of the health examination centers in France showed that quality methods and tools should be urgently implemented ». Authors: Maisonneuve H., Roche N., Morel M.

L'Animateur Qualité Réseau déploie sa connaissance de l'institution, de l'organisation des CES et des CPAM et des partenaires d'enjeux de l'Assurance maladie. Il mobilise un sens politique pour construire des tactiques adaptées et conduire un changement organisationnel dans les organisations différentes.

Le principal défi de l'Animateur Qualité Réseau est de savoir garder une ouverture d'esprit pour être capable d'accueillir des positions contradictoires et aider à construire un consensus avec l'expression de toutes les sensibilités et en protégeant la spécificité de chacun. Il est nécessaire qu'il soit aussi capable de dépasser sa logique métier initial et de reconnaître les autres logiques... et pour finir, savoir garder une dynamique positive et surtout, être résilient. Pour cela, des connaissances et un soutien en sociologie des organisations, en accompagnement du changement, et en psycho-sociologie des organisations, peuvent être utiles.

4. Les missions de l'Animateur Qualité Réseau

L'Animateur Qualité Réseau développe rapidement une vision transverse pluridirectionnelles, sur le fonctionnement de chaque CES/CPAM, sur chaque activité des métiers des CES de son réseau.

L'Animateur Qualité Réseau apporte l'éclairage nécessaire aux coordinateurs administratif et médical du réseau nommé « Direction du SMQ » et aux directeurs de CPAM pour faciliter les prises de décisions, il accompagne les pilotes des processus qualité du réseau.

En raison de l'hétérogénéité de la taille des CES, l'Animateur Qualité Réseau recherche les compétences dans les CES afin d'en faire bénéficier l'ensemble des CES du réseau, mais aussi dans celles des CPAM pour proposer une plus grande cohérence parmi les organisations CES/CPAM.

L'essentiel du travail de l'Animateur Qualité Réseau est d'élaborer des consensus pour la vie du système de management par la qualité de son réseau composé d'organisations juridiquement distinctes.

5. Les apports principaux d'une démarche qualité réseau

La certification en multisites, en systématisant la recherche de mutualisation et de valorisation de l'intelligence collective⁽⁶⁾ au sein du réseau, participe, à son niveau, à l'efficacité de la branche par une logique de maîtrise des coûts étendue au réseau et non plus à chaque CES, mais aussi par la mise à disposition de moyens dédiés et pérennes pour le pilotage de la démarche qualité et la coordination des actions communes.

Des actions concrètes sont mises en œuvre avec un partage sur les actions précises pour atteindre les objectifs CPG, la mise en place d'un plan de formation multisites permettant aux CES de taille modeste de participer sans surcoût de fonctionnement lié à leur taille, mais également la création d'un groupement d'achats sur la métrologie et en prévision pour le matériel médical.

(6) Woolley A. W., Chabris C.-F., Pentland A., Hashmi N., Malone T. W., « Evidence for a Collective Intelligence Factor in the Performance of Human Groups ». Science 2010: 330; 686-8.

Cette démarche a développé la cohérence des systèmes qualité CPAM et CES, notamment à travers l'amélioration des processus supports, interfaces entre la CPAM et le CES. Par exemple, certains multisites ont choisi des personnes au sein des services supports des CPAM pour piloter les processus les concernant ; d'autres ont mis en place des contrats de services.

Le multisites a fondé une solidarité entre les CES et les CPAM qui a abouti à une aide ponctuelle apportée à des CES confrontés à des absences longue durée de personnel médical ou paramédical, et, sur la base de cette expérience, l'élaboration d'un plan de secours permettant d'anticiper des événements risquant de mettre en cause la continuité de l'activité d'un CES.

En priorisant l'harmonisation des pratiques, la démarche multisites contribue à une offre de service de qualité et homogène sur le territoire. Cette harmonisation s'opère à travers la capitalisation sur les compétences disponibles et l'organisation de formations internes par échanges de bonnes pratiques sur le métier, par exemple : le recrutement et les partenariats, la modulation, la réalisation, la lecture et l'interprétation des résultats de spirométrie, d'ECG, le suivi des EPS, la métrologie, l'hygiène... D'autres outils sont mis en place, comme les fiches de recueil de bonnes pratiques.

Pour surmonter l'éloignement, de nouvelles méthodes de travail se sont développées avec des web conférences, limitant les déplacements, mais aussi un outil documentaire commun avec un Intranet.

Ces réalisations du multisites sont rendues possibles par la confiance entre les membres, il y a une disparition du sentiment de propriété des actions, de plus, la transparence favorise l'équilibre entre intérêt général avec les intérêts particuliers.

6. Les difficultés d'une démarche qualité réseau

Cette démarche qualité en réseau était une innovation organisationnelle dans la mesure où elle ne se rapportait pas à une structure de direction centralisée au niveau national. Si, pour la certification ISO 9001, il y a bien une direction du multisites, dans les faits, la construction de ses décisions est collégiale, basée sur l'engagement de chacun à avoir la faculté de se remettre en cause et adhérer au collectif tout en respectant son identité.

Les Animateurs Qualité Réseau en majorité ont souffert au début d'un manque de repère au niveau des méthodes d'animation. Mais, par la suite, la nouveauté de leur fonction a souffert d'une méconnaissance de son contenu : en quoi il consiste, le temps passé à articuler les différents points de vue... et par conséquent des ressources nécessaires pour l'accomplir, car le positionnement des différentes CPAM est parfois complexe et fruits d'enjeux qui les dépassent.

Le multisites est une organisation régionale, avec ses instances de décisions, comme la revue de direction multisites, qui sont *de facto*, des instances de décisions régionales, mais, avec le management national s'adressant à chaque structure individuellement, il y a un risque d'incohérence des actions d'améliorations et parfois une perte de repères des acteurs. La coordination avec le Directeur du multisites est alors essentielle et une veille sur les évolutions en cours des CES est utile, afin d'adapter au mieux le système de management de la qualité du multisites aux perspectives à venir.

L'engagement quotidien nécessaire avec des déplacements sur le terrain, l'environnement changeant et la veille permanente requise, conduisent certains Animateurs Qualité Réseau à ressentir une usure dans cette activité, c'est pourquoi il peut être judicieux de prévoir un espace de parole, d'échanges et de soutien au niveau national mais également une réflexion pourrait être menée pour faciliter sa mission. Quoi qu'il en soit, l'engagement de sa direction de CPAM dans la démarche qualité réseau est l'appui le plus indispensable pour l'Animateur Qualité Réseau.

7. L'avenir des Animateurs Qualité Réseau

L'ensemble des réseaux de CES a été certifié en 2009. Aujourd'hui en 2012, la dynamique de collaboration avec l'ensemble des acteurs, et le développement de la mutualisation des moyens et des compétences se poursuivent.

Dans cette perspective, et en considérant aussi la COG 2010-2013, où il est demandé que « *L'Assurance maladie harmonise les périmètres et les démarches de certification des organismes permettant au terme de la COG d'envisager une certification du réseau* » (p. 35), nous considérons que cette fonction d'Animateur Qualité Réseau des CES dans leurs multisites préfigure celui des Coordonnateurs Qualité Inter-Organisations potentiellement en émergence en ce moment⁽⁷⁾.

(7) LR-DDO-187-2011 : « ...Création et mise en place de Processus "Inter-Organismes" avec un pilotage *ad hoc* positionné à différents niveaux (régional et/ou local). Des exigences de "Pilotage" définissant nationalement les modalités de management et d'amélioration des processus. Passage de systèmes locaux indépendants à un système branche commun et harmonisé. »

Auteurs

Arnaud Bottereau et Dominique Marie-Franciette

AQR multisites du Réseau 1 (IDF).

Alain Greulich

AQR multisites du Réseau 3 (Est).

Françoise Badollat

AQR multisites du Réseau 5 (PACA).

Nathalie Roche

AQR multisites du Réseau 6 (régions Aquitaine et Midi-Pyrénées).

Marc Hilary

AQR multisites du Réseau 7 (régions Poitou-Charente, Centre et Limousin).

Jérôme David

AQR multisites du Réseau 8 (Bretagne).

Bertrand Jego

Ancien AQR multisites du réseau 1 (IDF).

Josiane Castanier

Ancienne AQR multisites du Réseau 5 (PACA).

Jean-Pierre Tsaoussidis

Ancien AQR multisites du Réseau 7 (régions Poitou-Charente, Centre et Limousin).

Chantal Guinamant

Ancienne AQR multisites du Réseau 8 (Bretagne).

Les Unions d'Associations Familiales : focus sur un acteur méconnu de la Protection sociale

Tiphaine Merialdo⁽¹⁾

Élève-stagiaire de la 51^e promotion de l'EN3S

Dès 1942 les Unions d'Associations Familiales se sont vu assigner quatre missions importantes par le législateur : donner un avis aux Pouvoirs publics sur les questions d'ordre familial, représenter officiellement auprès de ces derniers l'ensemble des familles, gérer des services familiaux et ester en justice pour défendre les intérêts matériels et moraux des familles.

Les unions se sont largement investies par leurs actions dans les trois premières missions, la dernière restant, pour l'instant tout au moins, plus marginale.

Ainsi, en tant qu'interlocuteur privilégié des Pouvoirs publics, membre de la gouvernance de certaines instances de Protection sociale au-delà de la seule politique familiale, producteur de services à destination des familles ou encore tête de réseau soutenant le tissu associatif, le réseau des Unions d'Associations Familiales joue un rôle majeur au sein de la Protection sociale. Il n'en reste pas moins que la multiplicité des actions de l'institution familiale, si elle fait sa force heurte parfois la lisibilité de son action, d'autant qu'il s'agit d'une organisation *sui generis* bénéficiant d'un statut « semi-public »⁽²⁾.

Plus largement, bien qu'elle soit définie par la loi, la légitimité de cet acteur est confrontée à plusieurs enjeux. Les impératifs de transparence de l'utilisation de ses financements, qui sont pour la quasi-totalité publics, de représentativité des familles, dans un contexte de déclin général de l'engagement bénévole, et de respect du pluralisme des mouvements familiaux qui composent son réseau, malgré les différences idéologiques pouvant exister, ont amené l'institution familiale à se réformer.

1. Le réseau des Unions d'Associations Familiales est un acteur *sui generis* de la Protection sociale

1.1. Historiquement, sa création est indissociable de celle de la Sécurité sociale

À la fin du XIX^e siècle, les premières associations familiales se sont fédérées afin de mieux faire entendre leurs revendications sociales en faveur des familles, en termes d'éducation morale,

(1) Tiphaine Merialdo a effectué son service civique à l'UDAF.

(2) Projet institutionnel de l'UNAF de juin 2008, p. 8.

de solidarité à l'égard des familles nombreuses ou encore de soutien à la natalité. En érigeant la famille en tant qu'enjeu politique de premier ordre, les fédérations regroupant ces associations ont joué un rôle fondamental dans l'adoption des premières lois relatives à cette politique, telles que la loi d'assistance aux familles nécessiteuses de 1913 ou encore la création des premières allocations familiales et indemnités pour les fonctionnaires ayant des charges de famille en 1917⁽³⁾. Par la suite, d'autres mesures se succéderont, avec notamment l'adoption d'un Code de la famille en 1939.

Prenant acte des insuffisances de la structuration autoritaire de la représentation des intérêts familiaux réalisée sous le régime de Vichy, à travers la loi Gounot de 1942, le Gouvernement provisoire de la République Française a consacré l'existence des Unions d'Associations Familiales en les fondant sur le principe de la liberté d'association (ordonnance du 3 mars 1945). À peine quelques mois plus tard, l'ordonnance du 4 octobre 1945 institue la Sécurité sociale. Ce texte proclame d'ailleurs dès son article premier que la nouvelle institution est « destinée à garantir les travailleurs et leurs familles contre les risques de toute nature susceptibles de réduire ou de supprimer leur capacité de gain, à couvrir les charges de maternité et les charges de famille qu'ils supportent ». La famille est progressivement identifiée au sein du système de Protection sociale, à la fois en tant que cellule bénéficiaire des droits sociaux et en tant que vecteur potentiel de risques sociaux (charges financières supplémentaires).

1.2. À l'instar des organismes de Sécurité sociale, le réseau des Unions d'Associations Familiales est constitué en réseau et agit en lien avec tous les échelons administratifs

Les UDAF sont composées des associations familiales adhérentes ayant leur siège dans le département et des fédérations d'associations familiales du département. L'UNAF, quant à elle, intègre les mouvements familiaux structurés au niveau national. Ainsi, rassemblant près de 7 100 associations locales et 70 mouvements nationaux, le réseau des Unions d'Associations Familiales est composé de trois types d'associations.

Tout d'abord, les 7 mouvements à recrutement général défendent chacun une certaine conception de la famille (différence de valeurs morales et de positionnement idéologique). Il s'agit des fédérations d'associations familiales confessionnelles, membres historiques de l'UNAF, et depuis 1967, des fédérations laïques. Ensuite, depuis la loi du 11 juillet 1975, des mouvements à recrutement spécifique peuvent être intégrés aux unions. Constituées de familles ayant un point commun (familles de cheminot, familles endeuillées, familles de multiples...), ces associations familiales ont un objet précis qu'elles ont pu ériger en problème politique comme c'est le cas pour les familles monoparentales⁽⁴⁾. Elles sont 18 au niveau national. Enfin, un troisième type d'associations appartient, de manière plus indirecte, au réseau des unions : il s'agit des 45 membres associés, qui sont des groupements à but familial n'ayant toutefois pas le statut d'associations familiales. Ils interviennent également dans un champ d'action très large (Action sociale pour l'enfant et la famille, aide à la famille, éducation et enseignement, vacances, loisirs et services...).

Parmi les 6 700 salariés de l'institution familiale, seuls 70 collaborateurs travaillent à l'échelon national. Au-delà des missions institutionnelles nationales qui incombent à l'UNAF, ces salariés exercent

(3) Projet institutionnel de l'UNAF de juin 2008, p. 6.

(4) Martin-Papineau N., « La construction paradoxale d'un problème politique : l'exemple des familles monoparentales (1968-1988) ». *Recherches et Prévisions*, 2003, n° 72, pp. 7-20.

essentiellement des activités de veille réglementaire et technique sur les domaines de l'action familiale, ainsi que de soutien aux fonctions institutionnelles des UDAF. Le niveau national propose également des actions de formation aux salariés, aux administrateurs et aux représentants familiaux à travers un organisme dédié, l'UNAFOR.

L'échelon départemental est donc le niveau principal d'action des Unions d'Associations Familiales. C'est à cette échelle, notamment, que sont déployés les services rendus aux familles et que sont désignés la majorité des représentants familiaux, l'UNAF ne disposant pas du pouvoir de désignation local. Les UDAF veillent toutefois au respect du principe de subsidiarité, selon lequel elles ne doivent pas se substituer aux associations familiales. Elles ont donc vocation à être une tête de réseau et assurent un rôle important d'animation et de soutien à la vie associative, notamment à travers la formation des bénévoles (par exemple à la tenue des comptes associatifs).

On constate depuis quelques années une montée en puissance, lente mais réelle, des unions régionales. Existant depuis 1986, celles-ci n'ont obtenu un statut législatif que très récemment⁽⁵⁾. Cette reconnaissance tardive s'inscrit dans le contexte de réforme administrative de ces dernières années, la Réforme Générale des Politiques Publiques (RGPP) ayant consacré l'échelon régional comme niveau administratif de droit commun. Toutefois, la remise en cause par le nouveau gouvernement de la réforme du conseiller territorial ainsi que le maintien des prérogatives départementales en termes d'Action sociale laissent penser que l'action au niveau des UDAF conservera une pertinence pour les années à venir. En tout état de cause, on peut souligner la volonté d'une réelle cohérence entre l'échelle d'intervention des unions et celle des lieux de décisions administratives.

Nombre d'UDAF sont cependant engagées, à l'instar des organismes de Sécurité sociale, dans des démarches de mutualisation, en particulier pour les fonctions support telles que la gestion de la paie ou des achats. Cette dynamique a pour objet de réduire les coûts, de renforcer la professionnalisation de fonctions techniques et d'atteindre une taille critique.

1.3. Le réseau des Unions d'Associations Familiales est un acteur à la fois direct et indirect de la Protection sociale

L'intervention directe du réseau des Unions d'Associations Familiales sur la Protection sociale a lieu à deux niveaux.

Tout d'abord, en vertu de leur mission légale de gestion des services familiaux qui leur sont confiés par les Pouvoirs publics et du principe de subsidiarité évoqué plus haut, les UDAF peuvent offrir des services dès lors que ces derniers permettent de répondre à un besoin des familles qui n'est satisfait ni par les associations familiales elles-mêmes ni par les Services publics. Il peut s'agir pour les UDAF de se substituer à la cellule familiale lorsque celle-ci fait défaut (protection juridique des majeurs, familles gouvernantes⁽⁶⁾...).

De facto, les services familiaux produits par les UDAF couvrent un champ d'activités très large, dont une majeure partie concerne la Protection sociale (les tutelles aux prestations sociales, soutien à la parentalité⁽⁷⁾, l'aide aux familles surendettées...).

Certaines actions sont déployées sur l'ensemble du territoire alors que d'autres ne sont qu'au stade expérimental, avant une éventuelle généralisation. Pour plusieurs actions, telles que la médiation familiale ou les tutelles aux prestations sociales, un nouveau cadre légal a conforté l'intervention proposée par les UDAF, au travers respectivement des lois

(5) Grâce à un amendement de M. Bussereau adopté par la Commission des lois de l'Assemblée nationale le 11 octobre 2011 lors de l'examen de la proposition de la loi de simplification du droit et d'allègement des démarches administratives, dite « Warsmann II ».

(6) Dispositif qui propose de recréer une cellule à dimension familiale pour des personnes isolées, cumulant handicaps ou/et pathologies.

(7) Par exemple, la médiation familiale, le parrainage de proximité ou encore la participation aux Réseaux d'Ecoute, d'Appui et d'Accompagnement des Parents (REAAP).

du 13 décembre 2011 qui prévoit une expérimentation de l'obligation de médiation préalable à la saisine du juge aux affaires familiales sur une question d'exercice de l'autorité parentale, et du 12 mai 2009, qui précise les conditions d'exercice des mesures judiciaires d'aide à la gestion du budget familial.

Certains services sont en outre proposés par les UDAF à travers une démarche partenariale, comme pour l'action « Lire et Faire Lire » (action intergénérationnelle de promotion de la lecture déployée avec la Ligue de l'enseignement) ou encore les solutions de microcrédit (avec les crédits municipaux).

Enfin, on remarque que, face à l'exigence croissante de professionnalisation des services à vocation sociale (loi du 2 janvier 2002 rénovant l'Action sociale et médico-sociale notamment), les UDAF prennent parfois le relai d'associations familiales pouvant être dépassées par les nouvelles normes de gestion, pour les structures de petite enfance en particulier.

Ensuite, le second niveau d'intervention directe concerne des activités de lobbying pour défendre les intérêts des familles. Ce rôle peut s'exercer de manière formelle à travers la mission législative de « donner avis » aux Pouvoirs publics, qui se traduit par exemple par des auditions fréquentes devant le Parlement (11 en 2011) ou encore à travers la participation aux travaux du Haut Conseil de la Famille⁽⁸⁾, qui se substitue depuis 2008 aux Conférences annuelles de la famille et au Haut Conseil de la population et de la famille, et de manière plus informelle, par l'utilisation de plusieurs canaux décrits par Michel Chauvière⁽⁹⁾ : intervention dans la presse et les media, appui sur des relais syndicaux, interpellations d'hommes politiques, organisation de manifestations...

Si l'institution familiale a une acception large de son rôle de défense des intérêts financiers et moraux des familles puisqu'elle revendique une « transversalité » de l'intérêt familial⁽¹⁰⁾, son rôle est bien entendu prépondérant en ce qui concerne la politique familiale au sens strict, c'est-à-dire l'ensemble des actions de la branche Famille de la Sécurité sociale ainsi que la politique fiscale (quotient familial). En effet, conformément au principe du familialisme selon lequel la famille est une cellule de base de la société, le système français de Protection sociale est « l'un des rares à afficher explicitement une politique à destination des familles »⁽¹¹⁾.

Plus particulièrement, l'UNAF a notamment toujours promu l'universalité de la politique familiale, qui ne doit pas se cantonner à apporter un soutien aux familles les plus précaires, mais permettre une réelle redistribution pour compenser les charges induites par le fait familial. Elle souligne ainsi que la politique familiale doit se distinguer d'une politique sociale. Dès lors, elle a été très active dans la grande controverse née de la mise sous conditions de ressources des allocations familiales par le gouvernement de Lionel Jospin en 1997. Cette « opportunité » pour le mouvement familial d'affirmer sa position en s'imposant en tant que leader de la contestation, comme le décrivent Jérôme Minoz et Jean-Philippe Vallat⁽¹²⁾, a été fructueuse dans la mesure où l'universalité a été rétablie en moins d'une année, même si

(8) 14 membres sur 52 sont des représentants des associations familiales, pour moitié par appartenance directe à une association familiale et, pour l'autre moitié, à travers l'UNAF, soit autant que le nombre total des représentants des assurés sociaux et des employeurs, ce qui témoigne de l'importance accordée par les Pouvoirs publics au mouvement familial.

(9) Chauvière M., « Le rôle des lobbies dans la politique familiale ».

(10) Vallat J.-P., « La Politique familiale en France (1945-2001). Constructions des intérêts sociaux et transformations de l'État Providence », *Thèse de doctorat*, p. 22.

(11) Minoz J., Vallat J.-P., « L'Union Nationale des Associations Familiales (UNAF) et les politiques familiales : crises et transformations de la représentation des intérêts familiaux en France ».

(12) *Ibidem*.

le quotient familial a été plafonné en contrepartie. Au sein des unions, certains mouvements défendent toutefois une approche qui prend davantage en compte les ressources économiques des familles.

Cela étant, la branche Famille distingue bien dans ses missions la politique familiale d'une part et la politique de solidarité d'autre part ; et d'ailleurs, selon la CNAF, le nombre d'allocataires sans enfant (4 829 000) dépasse depuis 2009 celui des familles de deux enfants et plus (4 792 000, 41 % du total)⁽¹³⁾.

Au final, grâce à l'acception large de son rôle, l'UNAF s'intéresse de facto à l'ensemble des risques sociaux couverts par la Sécurité sociale (vieillesse, famille, maladie, AT-MP) et plus largement par la Protection sociale (emploi, chômage), et elle s'implique dans leur gestion.

En effet, cet investissement dans les thématiques de Protection sociale se traduit également de manière plus indirecte à travers la mission de représentation des familles qu'exerce l'UNAF au sein d'instances publiques, qui complète et renforce sa fonction de lobbying. Sont concernées en premier lieu la quasi-totalité des Caisses de Sécurité sociale qui comptent des représentants familiaux au sein de leurs conseils d'administration ou conseils⁽¹⁴⁾.

Ainsi, à l'ensemble des échelons départemental, régional et national, près de 25 000 postes de représentation sont assurés au sein de plus de 6 000 instances, dont les Conseils Économiques, Sociaux et Environnementaux (CESE), les Centres Communaux d'Action Sociale (CCAS), les Caisses de Sécurité sociale ou encore, au titre de la représentation des usagers, les conseils de surveillance des hôpitaux et des ARS.

S'appuyant sur la mission légale de représentation confiée aux unions par le législateur, les représentants familiaux des unions sont les porte-paroles de l'ensemble des familles vivant en France, que ces dernières adhèrent ou non à une association familiale, et défendent l'intérêt général des familles. Ils sont désignés par les conseils d'administration des unions des différents échelons parmi les adhérents des associations ou, plus rarement, parmi les salariés des unions.

Le statut général de l'exercice du mandat de représentation familiale est le bénévolat, sachant que des dispositions relatives aux congés de représentation sont prévues dans le Code de l'Action sociale et des familles pour faciliter la conciliation de cette mission avec l'exercice d'une activité professionnelle. De même, les déplacements et séjours sont pris en charge par l'institution familiale. Certaines instances, telles que le CESE (qui compte 10 représentants de l'UNAF pour sa formation nationale), prévoient des statuts spécifiques donnant lieu au versement d'indemnités de représentation.

Concernant plus particulièrement les Caisses de Sécurité sociale, on dénombre plus de mille administrateurs au sein des organismes de Sécurité sociale, suppléances incluses. La fonction de représentation famille est à géométrie variable, en fonction du type d'organisme de Sécurité sociale. Inexistante pour le cas des URSSAF et du RSI, elle est assez marginale pour la branche Vieillesse et l'Assurance maladie, qui ne disposent que d'un siège dédié au sein de leurs conseils/conseils d'administration, respectivement à compétence consultative et à compétence délibérative. On peut noter d'ailleurs que, paradoxalement, l'affirmation de la représentation familiale au sein de la branche Maladie en 2004, qui s'est traduite par l'acquisition d'une voix délibérative, est allée de pair avec un affaiblissement du rôle des conseils, puisque la nomination des directeurs de CPAM relève désormais des attributions du directeur de la Caisse nationale⁽¹⁵⁾.

En revanche, cette mission de représentation est particulièrement importante au sein de la branche Famille, car les UDAF disposent de 4 voix délibératives sur 24 sièges au sein des conseils d'administration des CAF et de 2 sièges sur 29 au sein de ceux des MSA, pour lesquels les représentants familiaux sont d'ailleurs les seuls à ne pas être élus par les

(13) Ces données valent tous régimes confondus : CNAF, CCMSA, RATP, EDF-GDR, SNCF.

(14) Depuis la loi du 13 août 2004 réformant l'Assurance maladie, les conseils se sont substitués aux conseils d'administration pour les CPAM et la CNAMTS.

(15) La loi du 13 août 2004 relative à l'Assurance maladie prévoit toutefois un examen de cette nomination par le conseil des CPAM qui peuvent s'y opposer à la majorité des deux tiers. La loi de financement de la Sécurité sociale pour 2009 élargit cette procédure à l'ensemble des organismes de Sécurité sociale.

assurés. Pour les CAF, les administrateurs doivent être âgés de plus de 18 ans et de moins de 70 ans. À cette condition d'âge l'UNAF a ajouté, pour les représentants familiaux, l'obligation d'avoir au moins un enfant à charge de moins de 25 ans, afin de favoriser le rajeunissement et la féminisation de cette représentation, ce qui participe aussi de l'ancrage et de la crédibilité de la représentativité.

Au sein de ces organismes, la répartition des compétences entre administrateurs, notamment en termes de partage des présidences des CAF et des commissions émanant du conseil d'administration, est un enjeu politique en tant que tel entre les différentes organisations représentées.

Par exemple, si le mouvement familial était la première organisation en nombre de présidences de CAF au cours de la mandature précédente (2006-2011), le renouvellement des conseils d'administration en 2011 a quelque peu étioilé cette suprématie au profit du syndicat CFTC (20 présidences), puisque les UDAF sont passées de 28 présidences à 14. Cette baisse doit toutefois être relativisée par le contexte dans lequel elle s'inscrit et qui est marqué, d'une part, par le passage de 123 à 102 CAF à l'issue du processus de départementalisation du réseau de la branche Famille, et d'autre part, par le retour du MEDEF au sein de la gouvernance de la branche⁽¹⁶⁾, lequel a permis aux partenaires traditionnels du paritarisme de « reprendre » le contrôle sur les conseils d'administration.

La présidence des commissions d'Action sociale est également une fonction prestigieuse et convoitée par les administrateurs, dans la mesure où l'Action sociale des CAF reste un domaine pour lequel le conseil d'administration conserve un pouvoir décisionnel important. Reste que, malgré des revendications fréquentes, les représentants familiaux des UDAF sont toujours exclus de la composition des commissions de recours amiables des CAF, au nom du maintien du paritarisme proclamé par l'ordonnance Jeanneney du 21 août 1967.

Par ailleurs, un cadre juridique protecteur est prévu pour le cas des représentations au sein des Caisses de Sécurité sociale : les articles L. 231-9 à L. 231-12 du Code de la Sécurité sociale précisent les autorisations d'absence pour les réunions et les temps de formation, la protection vis-à-vis de l'employeur des représentants s'ils exercent une profession salariée ou encore leur indemnisation (remboursement d'une partie du salaire et des charges sociales afférentes à l'employeur ou bien de la perte de gain pour le cas des travailleurs indépendants).

De même, des règles d'incompatibilités (art. L. 231-6-1 du Code de la Sécurité sociale) avec la fonction de représentation sont fixées pour désamorcer les cas de conflits d'intérêts. De telles dispositions seraient utiles pour le cas des autres représentations familiales, pour lesquelles l'UNAF ne dispose que de la possibilité d'édicter des bonnes pratiques, notamment dans le cas de cumul avec un mandat politique. Ces règles peuvent favoriser la transparence du fonctionnement de la politique contractuelle des organismes avec les collectivités locales en matière d'Action sociale.

En outre, une autre difficulté à laquelle est particulièrement confrontée la représentation familiale découle de confusion avec l'appartenance associative première - un risque important pour des profils de « militants familiaux ». Pour y faire face, tous les représentants familiaux signent, au début de leur

(16) Le MEDEF s'était retiré en 2001 de l'ensemble des instances de la Sécurité sociale (sauf des Caisses de retraite complémentaire) pour protester contre la mise à contribution de la Sécurité sociale au financement de la réforme des 35 heures. Il est progressivement revenu au sein des branches Maladie (2004), Recouvrement (2005), Vieillesse (2008), puis Famille (2009).

mandat, une charte d'engagement réciproque avec l'UNAF, qui explicite les droits et devoirs respectifs du mandant et du mandataire. En particulier, à travers cette charte, le représentant s'engage à défendre la position arrêtée par l'institution familiale sur tel ou tel sujet, même si celle-ci ne coïncide pas avec exactement avec celle de son association de rattachement originel. Les unions s'engagent quant à elles à former les administrateurs aux fonctions de représentation et à garantir leur bonne information (par exemple, en publiant une revue pour les représentants des CCAS).

2. Pour donner une pleine légitimité à leurs actions, les unions ont dû se réformer

2.1. La contractualisation avec l'État et la mise en place d'un contrôle renforcé pour une plus grande transparence de leur financement

Le réseau des Unions d'Associations Familiales bénéficie, en contrepartie des missions qui lui sont assignées par la loi, d'un financement public prévu par le législateur (loi du 24 mai 1951), à travers la création d'un fonds spécial, abondé par un prélèvement sur les ressources de la branche Famille versé par la CNAF et la CCMSA.

À la suite d'un rapport de la Cour des comptes de 2004 soulignant le manque de contrôle de l'utilisation de ces subsides publics, les lois du 20 décembre 2004 et du 27 juin 2005 ont permis de distinguer deux volets au sein du fonds spécial en prévoyant pour une partie de ce dernier une contractualisation avec l'État. Le premier volet, qui porte sur les missions institutionnelles (« donner avis », représenter les familles, ester en justice), est exclu du conventionnement afin de garantir l'indépendance de l'institution. Le second volet, en revanche, concerne des actions opérationnelles, c'est-à-dire les services familiaux, qui font l'objet d'une convention d'objectifs triennale conclue entre l'État et l'UNAF.

Les deux parts du fonds évoluent différemment, puisque la première est corrélée à l'indice des prix à la consommation hors tabac alors que la seconde dépend de l'évolution des prestations familiales. Le montant total du fonds pour 2011 s'élevait à 27 102 647,32 €, dont plus des trois quart (78,7 %) ont été affectés au premier volet. La partie conventionnée est donc assez restreinte.

Par ailleurs, l'UNAF présente annuellement, depuis lors, l'utilisation des deux parts du fonds spécial à la Commission d'évaluation et de contrôle présidée par l'IGAS et composée de représentants des ministères, de la CNAF et de la CCMSA.

Au total, près de 85 % du budget de l'UNAF proviennent du fonds spécial (30 % lui en sont affectés), qu'elle reverse pour partie (20 %) aux mouvements familiaux. Les 15 % restant proviennent soit de subsides publics liés à la fonction de représentation et sont alors versés par les Caisses nationales de Sécurité sociale, par le CESE ou par l'État au titre la défense des consommateurs (formation, secrétariat administratif), soit de ressources propres (cotisations des associations adhérentes, frais de gestion des services, publications). Les UDAF et URAF reçoivent également directement 70 % de ce fonds spécial, pour un total de près de 15 millions d'euros.

2.2. La représentativité du réseau a été mise en cause et réaffirmée

Les associations adhérentes de l'UDAF fédèrent près de 715 000 familles. Dans la mesure où on dénombre près de 17,5 millions de familles vivant sur le territoire français, le taux de représentativité de l'institution familiale s'élève à 4,07 %. Cette proportion doit toutefois être analysée à plusieurs niveaux.

Tout d'abord, l'IGAS⁽¹⁷⁾ souligne que les associations familiales connaissent, à l'instar de l'ensemble du mouvement associatif, une recrudescence du nombre de membres qui adhèrent en fonction du service rendu (gardes d'enfants, activités de loisirs...) et dont le comportement relève dès lors plus de celui de l'utilisateur ou du client que de celui du militant. On peut émettre l'hypothèse que certaines familles bénéficiant d'un des services proposés par les associations familiales n'ont pas forcément conscience d'appartenir à l'ensemble plus large qu'est l'institution familiale. Il n'en reste pas moins que c'est à travers le contact des familles, qui intervient notamment lors de la production de services leur étant destinés, que les associations familiales, et plus largement les UDAF, tirent une partie de leur légitimité. Ainsi, des Observatoires de la Famille ont été créés auprès des UDAF, soumettant des questionnaires thématiques auprès d'échantillons de familles allocataires des CAF, afin de mieux appréhender les réalités qu'elles vivent.

Ensuite, la représentativité des familles n'est pas homogène sur l'ensemble du territoire. L'IGAS, qui a réalisé un audit de 6 UDAF en 2004, a en effet remarqué que le rapport entre le nombre de familles adhérentes et la population du département se situait, pour son échantillon, dans une fourchette allant de 0,6 à 3,8 %. Les disparités entre les départements existent également puisque la Cour des comptes a souligné la sur-représentation globale des milieux ruraux. Elle s'explique en partie par les motivations sociologiques de l'engagement associatif, plus prégnantes en milieu rural qu'en milieu urbain.

Enfin, la représentativité de l'UNAF peut être interrogée en raison des importantes évolutions sociologiques qu'a connues la famille en France et leurs représentations associatives. Si la loi du 11 juillet 1975 a visé à accroître la représentativité des Unions d'Associations Familiales en ouvrant l'accès à certains types de familles (familles monoparentales, familles étrangères et associations défendant des intérêts spécifiques), ainsi qu'en reconnaissant la famille hors mariage et la filiation naturelle, l'adhésion aux unions reste malgré tout subordonnée à l'examen par les commissions internes d'agrément et d'arbitrage, dont la Cour des comptes⁽¹⁸⁾ a remarqué que les critères manquaient de clarté et n'étaient pas harmonisés sur l'ensemble des départements.

Aujourd'hui, un paradoxe demeure ; si plusieurs nouvelles associations sont pleinement intégrées au réseau, telles que des associations de familles monoparentales ayant des enfants à charge, au sein de l'institution, le suffrage familial prévaut et a même été sanctuarisé par la loi (art. L. 211-9 du CASF). Ainsi, seuls les couples mariés disposent du droit de vote, ce dernier étant pondéré en fonction du nombre d'enfants, avec une majoration prévue pour les familles nombreuses (à partir de 3 enfants mineurs).

La légitimité du monopole de représentativité de l'UNAF a été étudiée récemment par le Conseil constitutionnel à travers une question prioritaire de constitutionnalité posée par l'Union des familles en Europe, qui contestait cette position conférée par la loi. Par sa décision du 28 mai 2010, le conseil

(17) Rapport de l'IGAS de 2004.

(18) Rapport annuel de la Cour des comptes de 2004.

a déclaré la conformité de cette représentativité à la Constitution, en estimant notamment que la liberté d'adhésion au réseau des unions permettait de respecter les principes d'égalité, de liberté d'expression et de liberté d'association issus respectivement des articles VI et XI de la Déclaration des droits de l'Homme et du citoyen et des principes fondamentaux reconnus par les lois de la République.

2.3. Le respect du pluralisme de ses membres est garanti par plusieurs mécanismes

L'impératif de respect du pluralisme, objectif à valeur constitutionnelle, est le corollaire de l'enjeu de la représentativité des unions. Composées d'associations familiales ayant des convictions politiques parfois très différentes, les unions s'attachent à dégager un consensus pour défendre l'intérêt des familles.

Pour cela, depuis la loi du 11 juillet 1975, chaque conseil d'administration des unions est constitué, au-delà du collège des administrateurs élus par l'assemblée générale, d'un deuxième collège d'administrateurs désignés par les mouvements familiaux adhérant aux unions. Cette réforme a permis de reconnaître les mouvements comme des composantes à part entière de l'institution familiale.

La conférence des mouvements, qui se réunit plusieurs fois par an aux différents échelons (départementaux et national) est également garante du pluralisme de l'institution familiale en ce qu'elle est un lieu de concertation, d'études et d'informations entre tous les mouvements familiaux ou associés. Elle peut d'ailleurs être saisie pour avis par le conseil d'administration.

Un exemple récent montre toutefois que l'essor d'un consensus au sein de l'institution familiale est un processus coûteux, qui diminue d'autant sa réactivité et l'affirmation de la position qu'elle porte : l'avis de l'UNAF la prise en compte de la perspective du genre dans les manuels de SVT pour les classes de premières ES. Face à la polémique que ce sujet a suscitée⁽¹⁹⁾ lors de la rentrée de 2011, et qui était relayée en partie par certains mouvements familiaux appartenant à l'UNAF (Les *Fédérations Familles de France* et des *Associations familiales catholiques* ; notamment), le mouvement familial n'a fait part de sa position que tardivement, le 3 octobre 2011, soit plus d'un mois après le début de la controverse. En effet, pour arrêter sa position, l'UNAF a dû réunir son conseil d'administration et trouver un moyen de concilier les sensibilités de ses diverses composantes, au détriment, peut-être, de la clarté et de la fermeté de sa position.

Le rapport de l'IGAS souligne également des disparités politiques entre les départements, puisque les tendances majoritaires du mouvement familial ne sont pas toujours les mêmes. Par exemple, le rapport distingue – sans surprise – la prééminence du courant laïc et syndical dans l'Hérault, le Bas-Rhin et la Seine-Saint-Denis, et celle des mouvements ruraux pour le Cantal, le Loir-et-Cher et la Vendée.

(19) 80 parlementaires appartenant à la majorité présidentielle de l'époque ont notamment fait part de leur opposition à cette mesure le 30 août 2011.

Conclusion

Le rôle singulier attribué à l'UNAF au sein de la Protection sociale procure incontestablement un levier d'action au mouvement familial. En particulier, son monopole de représentation des familles, à valeur législative, constitue une force réelle mais génère également des difficultés en termes de capacité à fédérer des associations ne partageant pas la même acception de la famille. Si elle est adoptée, la loi ouvrant le mariage aux personnes de même sexe, en faisant évoluer les bases juridiques de la famille, posera sans doute un défi à l'institution.

Bibliographie

Chauvière M. (2010)

« Le rôle des lobbies dans la politique familiale ». *Informations sociales. CNAF. Comment fabriquer une politique sociale ?*, n° 157, pp. 70-79.

Vallat J.-P. (2002)

« La Politique familiale en France (1945-2001). Constructions des intérêts sociaux et transformations de l'État providence ». *Thèse de doctorat sous la direction de Richard Balme*. Paris, Institut d'Études Politiques de Paris, 588 p.

Minozzi J., Vallat J.-P. (2006)

« L'Union Nationale des Associations Familiales (UNAF) et les politiques familiales : crises et transformations de la représentation des intérêts familiaux en France ». *Revue Française de Science Politique*, vol. 56, n° 2, avril, pp. 205-226.

Martin-Papineau N. (2003)

« La construction paradoxale d'un problème politique : l'exemple des familles monoparentales (1968-1988) ». *Recherches et Prévisions*, n° 72, pp. 7-20.

Chauvière M. (2006)

« Les Mouvements familiaux et leur institution en France. Anthologie historique et sociale ». Paris, Comité d'Histoire de la Sécurité sociale, 640 p. (collection « Cahiers d'histoire de la Sécurité sociale », n° 3).

Minozzi J. (2006)

« Les conférences de la famille : un élément de la gouvernance de la politique familiale devenu essentiel », *Regards, Revue de l'École nationale supérieure de la Sécurité sociale*, n° 30.

Actes du forum régional des représentants familiaux (2008)

« La représentation familiale dans la coproduction de la décision : un enjeu, une responsabilité », Rhône-Alpes.

Rapport de synthèse du Contrôle de l'IGAS de 6 UDAF et 3 URAF, juillet 2004.

Projet institutionnel de l'UNAF/URAF/UDAF

« Pour et avec les familles », adopté par l'Assemblée générale de l'UNAF à Toulouse des 21 et 22 juin 2008 (orientations de travail pour les cinq années à venir).

Livret du représentant familial

Édité en 2011 à la suite des travaux d'un groupe de travail sur le sujet – UNAF.

Rapport de contrôle des exercices 1995-2002 de l'UNAF par la Cour des comptes en 2003 et rapport annuel de la Cour de 2004 sur les suites de ses recommandations (pp. 341 et suivantes).

regards

3

REGARDS
DES ACTEURS

Marché du travail, équilibre Nord-Sud et rôle des syndicats

Sihem Anne Essayah

Docteur en Sciences de Gestion • Professeure associée à l'URCA • Membre d'un syndicat de cadres de la Sécurité sociale

Lotfi Hamzi

Docteur en Droit international • Professeur à Reims Management School

Introduction

Les retombées sociales de la crise actuelle sont nombreuses : aggravation du chômage et baisse du pouvoir d'achat dans les pays du nord – absence de perspectives chez les jeunes générations et hausse de la pauvreté, notamment dans les pays du sud, générant des crises profondes et des mouvements de contestation plus ou moins marqués au sein de ces pays.

Par ailleurs, la Chine, le plus grand pays émergent, n'est pas à l'abri de difficultés sociales.

Un ouvrage publié récemment par le Département de la communication et de l'information publique du Bureau International du Travail (Marion Jansen et Erik von Uexkull, 2010), fournit de précieuses informations sur l'évolution des flux commerciaux et de l'emploi ainsi que des indicateurs provenant de sept Études Pays du BIT ; ces indicateurs portent sur les conséquences en matière d'emploi, des modifications des flux commerciaux durant la crise.

Durant le premier trimestre 2009, plus de la moitié des pays pour lesquels on dispose de données fiables, auraient subi une baisse des salaires réels comparés à ceux de 2008.

Aussi, la mise en cause des règles purement financières et économiques de croissance, à travers le PNB, rend nécessaire la prise en compte de critères sociaux d'emploi, de Protection sociale et d'éducation.

Dans une économie mondialisée, les syndicats agissant au sein de grandes entreprises, mettent en garde de longue date contre les risques de dérives du dumping social. Le non-respect de droits fondamentaux de « travail décent » selon les règles de l'OIT, sur différents marchés dont le secteur informel, plus particulièrement présent en Afrique, est dénoncé par des organisations syndicales internationales.

Néanmoins, la coordination de telles actions et la représentation du monde du travail au sein d'instances internationales, fait souvent défaut.

La recherche peut y apporter sa contribution en amont et c'est ce que nous proposons à travers cette présentation. Cela consiste à établir en premier lieu un tableau synoptique des rôles respectifs de l'OIT et des syndicats, des interactions existantes et des insuffisances perceptibles, puis à explorer les champs d'action possibles de ces principales parties prenantes, pouvant ouvrir la voie vers une régulation du marché du travail.

L'objectif de cette démarche est de mettre en avant les conditions favorisant l'accès à l'apprentissage, l'insertion sociale, tout en garantissant un socle minimal de Protection sociale. Cela favorise une croissance durable, mettant l'homme au centre des préoccupations.

1. Rôle des parties prenantes non étatiques dans le monde du travail

Le pouvoir d'achat du plus grand nombre trouve sa source dans l'emploi, favorisant par là même la dynamique économique. Aussi, les règles régissant le droit du travail et la représentation des acteurs du monde du travail sont déterminantes.

1.1. L'Organisation Internationale du Travail face aux dérégulations économiques et sociales

■ LE RÔLE DU BIT

Les crises financières et économiques n'ont pas seulement donné lieu à une progression spectaculaire de la pauvreté, mais ont aussi menacé la stabilité politique des pays touchés.

Ces effets rentrent pleinement dans le domaine d'action du BIT dont la légitimité et l'utilité de l'intervention ne sont plus à démontrer.

Le BIT dispose d'un avantage comparatif dans le domaine de l'aide à l'élargissement des opportunités économiques et d'emploi, ainsi que des filets de sécurité, au bénéfice des personnes et des sociétés marginalisées par les difficultés financières et économiques. Son rôle et sa réponse, ainsi que ceux d'autres organismes d'assistance, sont souvent essentiels en matière d'appui au redressement financier et à la satisfaction des besoins socio-économiques des personnes vulnérables, exclues du monde du travail.

Une fois son engagement décidé, il est nécessaire que le BIT intervienne à temps et le plus en amont possible ; le défi étant de définir des indicateurs d'alerte rapide, aptes à suivre les effets de la crise et de mettre en place des plans d'urgence pouvant être mis en œuvre rapidement.

Avant la crise, le personnel du BIT peut définir et actionner des mesures de préparation prévisionnelle. Les projets en cours du Bureau peuvent comprendre des volets spécifiquement conçus pour atténuer les crises. Pour y répondre, le BIT procède à une évaluation des besoins et élabore une stratégie compatible avec les efforts des Pouvoirs publics intéressés et des autres agences d'assistance, pour mener des actions immédiates à court terme et à moyen terme.

Cette évaluation comprend notamment les éléments suivants :

- l'ampleur et les caractéristiques des pertes d'emploi ;
- les communautés affectées, leur localisation, la structure des familles (par âge, sexe, niveau d'éducation, compétences, expérience professionnelle et niveau de pauvreté) ;
- les stratégies d'ajustement (vente de biens ménagers, utilisation rapide des économies, réduction des dépenses des ménages, accroissement du nombre de membres de la famille sur le marché du travail, y compris les femmes et les enfants, engagement de la plupart des membres dans plusieurs emplois ou dans des heures de travail supplémentaires) ;

- l'analyse, le cas échéant, des schémas et des données sur les migrations de retour (désagrégation des données par sexe, âge, profession, etc.) ainsi que les schémas de réinstallation existants ;
- le mouvement du secteur formel vers l'informel (spécifiant le type d'activité dans l'informel) et des villes vers les campagnes (spécifiant le type d'activité rurale) ;
- la mobilisation et l'appui de la communauté ;
- l'appui des Pouvoirs publics ;
- le cadre de vie, l'appui des ONG et des bailleurs de fonds à l'échelle nationale ou locale ;
- l'étude des principales institutions financières fournissant un appui dans le cadre d'une réponse créant un « filet de sécurité » (dont l'action peut assez souvent donner lieu à des programmes de création d'emploi pouvant déboucher sur du « travail décent »).

Dans la stratégie à moyen terme, l'accent est placé sur des politiques et des programmes d'investissement favorables à l'emploi, l'amélioration de la productivité au moyen du développement des compétences et la réalisation de l'objectif du travail décent. La promotion de la Protection sociale et du dialogue social, ainsi que le respect des normes internationales du travail gagneront en importance, tout comme la mise en place progressive de programmes d'assurance-chômage.

La stratégie consiste également à tendre à renforcer la capacité de réponse des pays aux crises et la gestion des risques sociaux.

■ LE PACTE MONDIAL POUR L'EMPLOI

Confrontée à la perspective d'une hausse prolongée du chômage, l'Organisation Internationale du Travail a adopté un Pacte mondial pour l'emploi le 19 juin 2009. Le Pacte a reçu un fort soutien de la part des Chefs d'État et de gouvernement, des Vice-présidents et des ministres du Travail, et des représentants des travailleurs et des employeurs qui venaient de participer aux trois jours du Sommet de l'OIT sur la crise mondiale de l'emploi.

Le Pacte mondial pour l'emploi invite les gouvernements des 183 États membres ainsi que les organisations représentant les travailleurs et les employeurs à collaborer pour affronter ensemble la crise mondiale de l'emploi grâce à des politiques conformes à l'Agenda de l'OIT pour le travail décent.

Selon le Pacte, « la crise économique mondiale et ses conséquences signifient que le monde est confronté à la perspective d'une augmentation prolongée du chômage et d'une aggravation de la pauvreté et des inégalités... Dans certains pays, le simple rétablissement des niveaux d'emploi antérieurs ne suffira pas à contribuer efficacement à forger des économies fortes ni à concrétiser le travail décent pour les femmes et les hommes ».

Le Pacte mondial rappelle que la réponse à la crise « devrait contribuer à une mondialisation équitable, à une économie plus respectueuse de l'environnement et à un développement qui crée davantage d'emplois et d'entreprises durables, respecte les droits des travailleurs, favorise l'égalité entre hommes et femmes, protège les personnes vulnérables, aide les pays à fournir des services publics de qualité et leur permet de réaliser les objectifs du Millénaire pour le développement ».

Le Pacte conclut enfin que « la crise actuelle devrait être considérée comme une occasion de définir de nouvelles mesures visant à promouvoir l'égalité entre hommes et femmes ». « Les plans de relance qui sont mis en place pendant les crises économiques doivent tenir compte de l'impact de la crise sur les personnes et intégrer dans toutes les mesures les questions relatives à l'égalité de traitement, sans discrimination liée à l'âge, le sexe, le handicap ou toute autre différenciation liée à la personne ».

Aussi, nous visons, à travers cet article, à apporter des propositions mettant en avant d'autres acteurs, représentant le monde du travail, dont le rôle est à développer et à reconnaître au sein d'instances gouvernementales et internationales.

1.2. Les organisations syndicales et leurs champs d'action face à une économie mondialisée

Selon l'Organisation Internationale du Travail, le *dialogue social* inclut toutes formes de négociation ou de consultation sur des questions d'intérêt commun liées à la politique économique et sociale. Le processus de dialogue peut être bipartite sans participation directe du gouvernement, en fonction des enjeux pour l'emploi et le secteur d'activité (site de l'OIT).

■ ACTION SYNDICALE ET LÉGITIMITÉ DANS LE MONDE DU TRAVAIL EN FRANCE

En France, le syndicalisme est souvent montré du doigt et assimilé à une mauvaise qualité du *dialogue social*, à un dogmatisme contestataire. Certains chercheurs lui attribuent des attitudes idéologiques (Chauchard, 2004), s'expliquant surtout par une évolution historique, liée à celle du tissu économique (Landier *et al.*, 1998).

La loi du 20 août 2008 portant sur la réforme de la démocratie sociale, a modifié les règles de représentativité des syndicats sur la base des résultats aux élections professionnelles au sein des entreprises, étendues au niveau des branches, avec des seuils impératifs à atteindre. Cette évolution réglementaire induit cependant, à échéance de 2013, le risque de disparition de certaines organisations, aujourd'hui représentatives de franges du monde du travail.

Les cinq organisations habilitées à négocier, depuis 1966 et jusqu'à la loi de 2008, avaient une *présomption irréfragable de représentativité*, indépendamment de tout critère d'audience auprès des salariés. Ce système aurait contribué fortement à une désyndicalisation progressive. Le taux, égal à 8 %, est l'un des plus faibles des pays de l'OCDE ; hormis le secteur public où il représente une moyenne de 15 % (Hadas-Lebel, 2006).

Les principaux facteurs explicatifs sont la tertiarisation de l'économie, la montée du chômage, la dilution des statuts, l'individualisation des relations manager-salarié.

Dans ce contexte, les plus jeunes ne trouvent pas généralement d'intérêt à se syndiquer, s'ajoutant à la crainte d'être mal appréciés par l'employeur et d'avoir un frein à leur carrière, nonobstant la confidentialité de l'adhésion et l'interdiction légale de discrimination syndicale. Est aussi à souligner le fait, qu'en France, le fruit des négociations profite à tous les salariés de l'entreprise, sans lien avec une quelconque adhésion syndicale, à l'opposé de la plupart des pays occidentaux.

■ RESPONSABILITÉ SOCIALE DES SYNDICATS ET LIEN ENTRE L'EMPLOI ET LE MARCHÉ

La situation sociale présentée ci-dessus montre aujourd'hui qu'un champ d'action en amont, sur une échelle dépassant largement le cadre national, doit être développé.

Dans une économie mondialisée, un dialogue social constructif est difficile à établir au sein des entreprises du secteur marchand. Cette question devient cruciale face à l'accroissement du nombre de plans sociaux depuis 2009. Il apparaît ainsi que la législation du travail en France, fruit d'avancées sociales de plus d'un demi-siècle, est confrontée à la pré-éminence de règles commerciales privilégiant la libre concurrence, sans réelle parade au dumping social.

Les organisations syndicales ont un champ à investir en amont face à la marchandisation à outrance de l'économie. Il ne s'agit pas en l'espèce de faire le procès du capitalisme ou de l'économie de marché, étendus même à l'ensemble des pays émergents, dont la Chine et la Russie, depuis une vingtaine d'années. Les mécanismes de marché ont aussi des vertus, favorisant notamment l'innovation.

Toutefois, l'intérêt est à rechercher au sein de l'économie entrepreneuriale et non dans la finance spéculative, les instruments de marché révélant leurs limites. Les interventions publiques demeurent nécessaires, afin de mettre en œuvre des dispositifs de régulation face à la démesure économique assise notamment sur les services. Aujourd'hui, le modèle de croissance que l'Occident a privilégié se caractérise par la maximisation de la production et de la consommation, estimant le couple productivisme/consumérisme comme étant la condition de la performance, sans combler l'écart séparant les plus pauvres des plus riches (Bienaymé, 2009). Il est frappant de constater que près de 3 milliards de la population mondiale vit en moyenne avec moins de 2 dollars par jour, alors que 1 milliard détient 76 % des richesses (Houée, 2009).

Les acteurs de ce modèle, économistes, gestionnaires et politiques, ont laissé peu de place en amont à la négociation avec les partenaires sociaux représentants des salariés. Quand elle vise des accords de branches ou d'entreprises, la prise en compte du volet social revêt surtout une dimension sociologique, tout en mettant en avant les choix économiques.

Une autre variable est actuellement négligée ou peu prise en compte : l'impact de chaque activité de production en termes d'externalités négatives sur l'environnement, les ressources disponibles et la santé humaine. Il s'agit de variables qualitatives à inscrire sur le long terme, à l'opposé de celles quantitatives certes aisément mesurables mais liées au modèle de croissance.

Le modèle proposé n'est pas limité à des contours régionaux ou nationaux. Il a comme référence un monde solidaire, intégrant les économies du sud convoitées pour des ressources naturelles encore disponibles ou des marchés potentiels.

Il y a lieu d'adopter plutôt un raisonnement socio-économique mettant l'homme au cœur des préoccupations. Des régulations sociales peuvent y répondre à travers le socle du travail, vecteur de l'insertion sociale, comme axe durable de développement.

2. Des régulations sociales nécessaires comme socle de base du marché du travail

2.1. Les fondements sociaux favorisent un développement économique durable, du niveau territorial à l'échelle internationale

La crise de 2008 a révélé les insuffisances de l'État-providence de pays occidentaux, pour assurer une régulation évitant la fragilisation sociale. Des systèmes anciens de Protection sociale en Europe de l'Ouest, ont permis cependant d'assurer un rôle d'amortisseur des effets de la crise, par des minima sociaux, l'indemnisation du chômage et des systèmes de retraite issus de régimes obligatoires par répartition.

Par ailleurs, rejoignant le principe de l'encastrement de l'économie dans le social, selon le principe développé par Polanyi et Granovetter (Laville *et al.*, 2010), cela éclaire sur l'imbrication de l'économie dans le social, ce qui donne du sens à l'activité marchande.

■ ASSURANCE EMPLOI ET REPRÉSENTATION DANS LE MONDE DU TRAVAIL COMME PRINCIPES PRÉALABLES

Un dispositif d'assurance emploi, tel que le préconise Houot (2011), peut pallier aux licenciements et à la précarité. L'idée est d'introduire sur le marché du travail, un service d'opérateurs public et privé, ayant pour vocation de maintenir et de développer l'employabilité de ses assurés et de gérer leur emploi tout au long de leur vie active. Les assureurs d'emploi tirent alors leurs ressources des missions effectuées par leurs assurés au bénéfice d'utilisateurs finaux. Les assurés bénéficient selon ce schéma d'un contrat permanent avec leur assureur, à condition d'accepter et de réaliser les missions qui leur sont demandées.

Regards des acteurs

L'objectif est que pour les assurés-salariés, il n'y ait plus de chômage mais parfois des temps d'inactivité ou inter-missions que l'assureur devrait minimiser.

Les Pays-Bas ont adopté un tel système de flexisécurité, qualifié de modèle de la 3^e voie. Le taux de chômage y est égal à 3,5 % (Eurostat, site eu, 2009).

Le pendant d'un tel dispositif est celui d'un système de Protection sociale, au sein duquel s'insère toute forme d'assurance-chômage. Cela doit couvrir le risque de perte de capacité de gain par le travail, au titre de la maladie, dont les accidents du travail et les maladies professionnelles, la famille et la retraite.

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.

En raison du chômage grandissant, le modèle de Protection sociale, reposant dans la plupart des pays sur la solidarité entre les actifs, 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 ailleurs, de nouvelles formes de solidarité méritent d'être valorisées ou développées, dans un projet social commun, tel le service civique ou des contrats de solidarité temps.

Les organisations syndicales ont un rôle à jouer dans la régulation du monde du travail auprès d'instances internationales comme l'OIT. Il y a aussi une nécessité d'expression de la société civile, favorisant une bonne gouvernance avec les parties prenantes, comme le préconise Candella Castillo (2006) dans le cadre de l'Union européenne.

La représentation du monde du travail n'y est pas institutionnalisée, ce qui laisse au second plan les parties prenantes concernées.

■ TRANSPOSITION D'ACTIONS SYNDICALES AU SEIN D'ENTREPRISES IMPLANTÉES DANS LES PAYS DU SUD

En quête de nouveaux marchés ou de ressources à moindre coût, de grandes entreprises développent leur implantation à l'étranger depuis la période de décolonisation et massivement depuis une trentaine d'années. La législation du travail varie selon la nature contractuelle de la relation entre le salarié et l'entreprise. Les expatriés, très peu nombreux dans l'effectif total, bénéficient dans ce cas de la législation de leur pays d'origine. Les salariés locaux, constituant la majorité du personnel, sont quant à eux sous législation locale.

Ces implantations permettent certes de créer des emplois dans les pays du sud, mais également d'employer des ressources humaines à un coût plus compétitif.

Une étude a été menée par R. Bourque (2005) pour l'OIT sur les Accords Cadres Internationaux (ACI) conclus jusqu'alors. Ce sont de nouveaux instruments de l'action syndicale internationale, mais dont les perspectives de développement sont encore difficiles, en raison de leur caractère non normatifs. Ils ont toutefois le mérite de faire référence aux conventions de l'OIT, aux droits fondamentaux du travail et sont supérieurs aux Codes de bonne conduite à caractère unilatéral, car ils sont négociés.

La notion de *travail décent*, développé par l'OIT en 2008, trouve alors tout son sens.

La faiblesse de ce système de production se traduit par l'absence d'avantage comparatif durable pour les économies du sud. L'attractivité de ces marchés est due aux faibles contraintes sociales et fiscales, ainsi qu'à la présence de richesses encore facilement exploitables. Selon l'économiste

sénégalais Sanon M'Baye (Robert, 2008), l'Afrique est à ce titre le continent qui offre aux investisseurs les meilleurs rendements.

Les infrastructures sociales ne bénéficient pas d'une aide suffisante. Chaque année, l'Afrique paie en service de la dette quatre fois plus que l'addition de ses budgets de santé et d'éducation (Robert, *op. cit.*).

Aujourd'hui, les syndicats dénoncent un tel système et ses dérivés – telles la Confédération Européenne Syndicale et la Confédération Syndicale Internationale (CSI) pour le peu de souci de la politique des grandes entreprises quant aux méfaits de leurs activités ; prenant comme exemple la production d'un tee-shirt nécessitant 7 000 litres d'eau.

Une coopération avec les homologues syndicaux sur les marchés locaux peut cibler la sensibilisation des salariés, dans le cadre de formations à développer en milieux professionnels, visant l'impact sur l'environnement.

L'un des moyens pour mettre en œuvre ces pratiques passe par des Codes de bonne conduite qu'adoptent depuis une trentaine d'années certaines entreprises multinationales. Selon des études de l'OCDE et de l'OIT, ces codes constituent l'instrument privilégié pour promouvoir la responsabilité sociale, respectant ainsi les directives des organisations internationales (Bourque, 2008). La CSI affirme que des Accords Cadres Internationaux, négociés entre les multi-nationales et les fédérations syndicales internationales donnent de meilleures garanties pour l'instauration d'une véritable Responsabilité Sociale d'Entreprise (RSE).

Il y a lieu de souligner que la portée de tout accord cadre avec les syndicats est étendu aux prérogatives des comités d'entreprise de groupe, incluant un droit de regard en matière de RSE des entreprises filiales ou sous-traitantes. Des grands groupes appartenant à la fédération de la métallurgie adoptent cette politique (site de l'ORSE).

Cependant, plusieurs syndicats dénoncent aujourd'hui un vide juridique quant à l'impact réel des accords de RSE (Dorssemont, 2008), malgré l'existence de labels ou de notation sociale.

2.2. Interactions et coopérations entre parties prenantes

■ COOPÉRATIONS SYNDICALES VISANT LE DROIT DU TRAVAIL ET CONDITIONS DE TRAVAIL PERMETTANT DE LUTTER CONTRE LA PRÉCARITÉ SOCIALE

L'aide institutionnelle au développement est essentiellement financière. Ainsi, par exemple l'Agence Française du Développement accorde des aides ou soutien à projets dans plusieurs secteurs d'activité de pays d'Afrique, devant permettre une création massive d'emplois. La rentabilité des investissements est requise comme condition pour la pérennité des projets, particulièrement dans l'agriculture, les énergies nouvelles, la santé ou l'éducation.

Cependant, le tissu économique en Afrique subsaharienne est fortement marqué par l'économie informelle où le travail ne confère pas le statut de salarié, au sens d'une relation contractuelle. De ce fait, les conditions de travail échappent souvent aux règles légales instituées. Le système de micro-finance qui s'y est développé également auprès des couches sociales défavorisées permet de pallier à l'absence de revenus réguliers et de réduire la vulnérabilité aux chocs extérieurs, pour les biens de première nécessité ou pour la santé. L'économie informelle permet de répondre aux besoins non satisfaits, surtout dans le secteur rural concentrant l'essentiel de la population, comme au Mali où il représente 80 %. Il s'inscrit dans les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), défini en l'an 2000 par le PNUD (Littlefield *et al.*, 2003) et conforté aujourd'hui par l'appui institutionnel.

Plusieurs théories se rejoignent sur ce point, tel que l'a synthétisé un groupe de chercheurs de l'Université de Loughborough (Green *et al.*, 2006).

Les conditions d'emploi dans les pays moins développés reflètent un fossé avec les situations que nous connaissons en France ou en Europe. Un parallèle peut être établi avec le débat sur la *flexisécurité*, dans le cadre de la directive

européenne sur le temps de travail. Cela a donné lieu à la limitation du temps hebdomadaire à 48 heures ; le lobby de syndicats européens ayant joué un rôle significatif auprès des parlementaires (site CFE-CGC).

Ainsi, il serait inconcevable que l'action syndicale vise exclusivement à préserver ou à faire évoluer des acquis dans le sens du progrès social dans les pays du nord, sans s'investir auprès d'institutions similaires au sein de pays moins développés.

Tout produit ou ressource provenant de ces pays, ayant un coût moindre que celui sur le marché interne, malgré les frais de transport, révèle une chaîne de production où la valorisation du travail se situe à bien moindre échelle. Cette approche fait référence à la « gouvernance des risques du travail » (Verdier, 2008) et dans le cas présent pour des contours extra territoriaux, allant au-delà de ceux traités dans la plupart des recherches.

L'action syndicale est à situer aujourd'hui de manière concomitante dans un contexte global. Cela vise d'une part des conditions de travail équitables sur le marché interne de pays du nord et d'autre part des conditions de *travail décent* (selon le concept de l'OIT) sur des marchés externes pourvoyeurs de biens pour nos marchés. Cette notion de l'OIT est à large portée, selon le contexte auquel elle s'applique. Ses contours touchent tout autant la protection contre les risques professionnels ou les aléas de la vie, que l'interdiction du travail des enfants ou du travail forcé.

Il s'agit là d'une transposition de droits fondamentaux de travail, en responsabilité sociale d'organisation, ceux-là même qui sont rappelés dans des réunions internationales, dont les conférences annuelles de l'OIT à Genève. Le rapport mondial sur le travail met aussi en avant l'accroissement des travailleurs pauvres vivant avec moins de 2 dollars par jour, phénomène amplifié par la crise (*op. cit.*).

■ UNE FORME RÉNOVÉE D'ACTION SYNDICALE POUR UN IMPACT DURABLE AU SEIN DES PAYS DU SUD ET UN ESSAIMAGE AU SEIN DE LA SOCIÉTÉ CIVILE EN FRANCE

La mise en œuvre des axes présentés ci-dessus constitue un atout pour l'affirmation de la stratégie syndicale sur un marché du travail mondialisé et manquant de régulation sociale.

Apport d'expertise et de compétences

L'exploitation de ressources dans des pays du sud, par de grandes entreprises, a souvent son revers quant aux conditions de travail et aux effets sur la santé de ceux qui y sont employés.

Des exemples sont mis en avant sur le site *Novethic*, suite à des études réalisées par des associations, comme Sherpa regroupant des juristes français, en collaboration avec Médecins du Monde. Dans le domaine de l'exploitation d'uranium au Gabon et au Niger, des études ont montré des taux d'exposition des employés « 40 fois supérieurs aux normes fixées par l'OMS ».

Des dysfonctionnements ont été constatés, quant à l'information, la formation et la protection des personnes exposées. La reconnaissance comme maladie professionnelle des personnes n'est pas encore acquise.

Par contre, l'absence de référence aux parties prenantes syndicales ne passe pas inaperçu.

Le constat actuel est que l'effet médiatique est primordial.

Il est nécessaire que les syndicats en tiennent compte, même s'ils agissent aussi sur le terrain. Développer une légitimité auprès des autres parties prenantes, dont la société civile, renforce les moyens d'action à long terme.

Devenir un acteur incontournable dans de telles situations se construit par le développement de compétences et d'expertises, tout en faisant appel à des scientifiques chaque fois que nécessaire. En amont,

un rapprochement est à opérer auprès des parties prenantes locales, tout particulièrement les syndicats au sein des pays concernés, quant à l'approche des risques du travail et l'institutionnalisation de dispositifs pérennes par la négociation et la contractualisation.

Est visée la construction d'un dialogue social territorial, tel que le définissent certains auteurs, visant des *gouvernances collaboratives*, associant emploi, formation et projets à caractère entrepreneurial (Verdier, 2008).

Dans ce contexte supranational, l'action syndicale peut s'inscrire dans la durée à travers des processus intégrant tous les acteurs locaux publics et privés, en privilégiant la territorialité, seule parade contre le nomadisme des grandes entreprises. De nouvelles formes de coopération peuvent s'établir auprès de syndicats locaux, par l'apport ponctuel et ciblé de compétences, éclairant sur les atouts du développement des qualifications professionnelles.

En misant sur la formation continue de travailleurs africains dans différents secteurs, la mise en œuvre d'actions syndicales coordonnées peut constituer une alternative à l'insuffisance de qualifications, à la faiblesse de systèmes éducatifs et le recours prématuré au travail des enfants. Une ONG suisse, « la Déclaration de Berne » dénonce les conditions inacceptables, le travail de dizaines de milliers d'enfants dans des usines de cacao en Afrique de l'Ouest. Cette industrie constitue également un secteur où les responsabilités se diluent parmi différents opérateurs et intermédiaires. D'autres ONG au Togo, en collaboration avec la Commission Européenne, mènent des actions conjointes avec des *syndicats pour enfants travailleurs*, visant la réinsertion dans le système scolaire (site Novethic).

De telles voies sont à ouvrir à travers les entreprises locales, par les syndicats locaux qui sont les mieux à même de mettre en avant les atouts de la seconde chance par la formation.

Actions à caractère social auprès des salariés et fidélisation des plus jeunes

Au mythe du progrès et ses conséquences s'ajoute le fait qu'aujourd'hui les jeunes générations dans les pays développés font moins de projets pour le travail, celui-ci ne constituant pas pour eux une valeur en soi.

Selon une étude de l'Observatoire de la Vie au Travail, menée avec le concours du CNRS (site miroir-social), les jeunes et les seniors en entreprise expriment une attente de performance sociale et de création de valeur, dans leur perception du travail et de la gouvernance sociale à construire.

Cela favoriserait l'attrait des organisations ou institutions agissant sur ces champs.

Un domaine de convergence des préoccupations de responsabilité sociale des entreprises et des attentes en matière de valeurs est celui du mécénat, souvent orienté vers les pays du sud, « entraînant une imbrication des sphères professionnelles et privées, en intégrant au giron de l'entreprise des engagements bénévoles qui lui sont traditionnellement extérieurs ». Une étude menée par Bory en 2004 a montré que la conclusion d'accords avec les organisations syndicales, définissant les modalités d'exercice du mécénat, est bénéfique pour le développement de compétences professionnelles, la création d'une communauté d'intérêt fédératrice entre les différentes catégories professionnelles au sein de l'entreprise (Bory, 2008).

Concernant les entreprises multinationales présentes dans les pays du sud, les salariés travaillant en France sont plus sensibles à l'impact de l'activité du groupe dans des pays moins développés. De ce fait, la mise en œuvre d'actions de mécénat a une portée différente et peut être une forme d'exécution du contrat de travail, par des missions régulières ou ponctuelles. Certains salariés, notamment seniors, s'y inscrivent. Par ailleurs, les jeunes recrues y sont réceptives, favorisant en aval la fierté d'appartenance.

Au sein de tels groupes, les syndicats gagneraient à valoriser les actions menées sur sites dans les régions d'implantation, par des partenariats visant les conditions de travail sur les marchés locaux. L'objectif est de faire tendre les pratiques de l'entreprise étrangère vers la prise en compte des besoins en Protection sociale et en formation professionnelle, pour des effets durables. Un autre champ peut être visé, celui de la diversité entre hommes et femmes et l'insertion de personnes handicapées. Il n'est pas utopique de le faire, dans le sens où une exemplarité de l'entreprise doit être ciblée, aux yeux des salariés et de la société civile en France et dans les pays d'implantation.

Une action syndicale exercée dans ce sens permet de forger et de crédibiliser une image de solidarité, à travers une communication ciblée sur les effets à long terme de politiques mises en œuvre. Un rôle de partie prenante dans un partenariat avec les directions de groupe, visant ces coopérations sociales, est à consolider et à promouvoir.

Conclusion

À travers cette présentation, dans un contexte international qui laisse apparaître des dysfonctionnements majeurs du système de régulation économique et sociale, nous avons exposé les enjeux d'un traitement supranational des problèmes de l'emploi. Malgré des différences dans la nature des difficultés entre pays du nord et ceux du sud, une approche mettant en avant le travail, l'emploi et l'Homme au centre des préoccupations, dans une vision de responsabilité sociétale, est nécessaire.

Le rôle d'acteurs, tel l'OIT sur le plan stratégique et les organisations syndicales internationales et nationales sur le plan opérationnel par l'action sur le terrain, constitue le levier principal. L'emploi et le travail constituent plus que jamais les déterminants essentiels pour le progrès social et non plus des variables d'ajustement d'une économie mondialisée.

L'équilibre Nord-Sud s'inscrit dans ce schéma de développement, en agissant de manière coordonnée, à l'échelle internationale, sur les leviers indiqués. L'économie mondialisée est un fait. Mieux vaut y adapter les réponses juridiques et sociales pour le marché du travail, que de laisser s'amplifier le poids du chômage, des inégalités et de la pauvreté.

Bibliographie

Ouvrages

BIT,
Études sur la croissance et l'équité. Pour une reprise durable : des exemples de pays qui innovent, 2010.

Candela Castillo J.,
« Vers une notion intégrée de bonne gouvernance publique européenne », pp. 189-211, in *Décider avec les parties prenantes*, sous la direction de M. Bonnafous Boucher et Y. Pesqueux, Éditions La Découverte, 2006.

Chauchard J.-L.,
« Réussir le dialogue social », Éditions d'Organisation, 2004.

Département du Redressement et de la Reconstruction Bureau International du Travail
Genève, 2001, Modules génériques du BIT de réponse aux crises.

Green C. J., Kirkpatrick C. H. and Murinde V.,
« Finance for small enterprise growth in poverty reduction in developing countries », University of Loughborough, Manchester and Birmingham, 2006.

Houée P.,
« Repères pour un développement humain et solidaire », Éditions de l'Atelier, 2009.

Houot B.,
« Assureur d'emploi pour vaincre la précarité », Édition Bernard Houot, 2011.

Iyanatul I. et Sher V. (dir.),
« From the Great Recession to labour market recovery: Issues, evidence and policy options (De la grande récession à la reprise du marché du travail : questions, constatations, et options politiques) », Hardcover, 1996.

Jansen M. et von Uexkull E.
« *Trade and employment in the global crisis (La crise mondiale : commerce et emploi)* », Département de la communication et de l'information publique, Bureau international du Travail, 2010.

Landier H. et Labbé D.,
« Les organisations syndicales en France », Éditions Liaisons, 1998.

Laville J.-L. et Glémain P.,

« L'économie sociale et solidaire aux prises avec la gestion », Desclée de Brouwer, 2010.

Robert A.-C.,

« L'Afrique au secours de l'Occident », Alliance des Éditeurs Indépendants, 2008.

Revues et rapports

Bienaymé A.,

« La théorie économique mise au défi », *Sociétal*, 2^e trimestre 2009, pp. 33-47.

Bory A.,

« Syndicaliste et/ou bénévole : mécénat et engagement dans le monde de l'entreprise », *La Revue de l'IREES*, numéro spécial 2008, pp. 141-167.

Bourque R.,

« Contribution des Codes de conduite et des Accords Cadres Internationaux à la responsabilité sociale des entreprises », *Revue de l'IREES*, numéro spécial 2008, *Les syndicats face à la responsabilité sociale des entreprises*, pp. 23-54.

Bourque R.,

« Les Accords Cadres Internationaux et la négociation collective internationale à l'ère de la mondialisation », *Institut International d'Études Sociales*, DP/16/2005.

Dorsemont F.,

« Responsabilité sociale des entreprises et droit du travail (européen), amis ou ennemis », *Revue de l'IREES*, 2008, réf. indiquée supra, pp. 55-85.

Hadas-Lebel R.,

« Pour un dialogue social efficace et légitime : représentativité et financement des organisations professionnelles et syndicales, rapport au Premier Ministre », mai 2006, www.gouv.fr.

Institut international d'études sociales, OIT,

Rapport sur le travail dans le monde 2010 : D'une crise à l'autre ?

Littlefield E., Morduch J. et Hashemi S.,

« La microfinance est-elle une stratégie efficace pour atteindre les objectifs du millénaire pour le développement ? », *Consultative Group to assist the poor*, janvier 2003.

Verdier E.,

« Vers une gouvernance territoriale des risques du travail », *Travail et Emploi*, janvier-mars 2008, pp. 103-115.

La Protection sociale en Afrique : bilan et perspectives

Patrick Marx

Directeur de projet du risque ARS Lorraine

Alain Clieq

Directeur RSI Haute-Normandie

Raynal Le May

Directeur CAF de l'Essonne

Wilfred Smadja

Ancien Directeur adjoint de la CPAM de Paris

Selon le dernier Rapport mondial sur la Sécurité sociale (OIT 2010), 72 % de la population n'a pas accès à un système de Protection sociale couvrant l'ensemble des branches au sens de la convention de 1952.

Dans de nombreux pays et notamment ceux du continent Africain, la couverture est limitée à quelques risques et ne concerne pour l'essentiel que les employés du secteur formel et notamment ceux du secteur public et des grandes entreprises.

La crise économique de 2008 a renforcé le sentiment que l'extension de la Sécurité sociale était nécessaire, comme amortisseur de crise, et économiquement soutenable même dans les pays à bas revenus. Une idée qui fait son chemin au sein des institutions internationales et un champ de travail qui ne pouvait laisser indifférent l'EN3S et les élèves de la 19^e promotion du CEGSOS.

Clos il y a quelques semaines, le 19^e cycle de perfectionnement en gestion des organismes sociaux (CEGSOS) d'une durée de 6 mois, a permis aux élèves venus de différents pays africains et de l'océan indien (Algérie, Burundi, Comores, Madagascar, Mali, Maroc, Mauritanie, Tchad et Togo), de renforcer leurs capacités à appréhender les enjeux des politiques sociales et leurs évolutions au plan national et international en alternant modules théoriques et stages en organismes, travaux individuels et collectifs.

Les quatre notes présentées en fin de session, ont démontré tout l'intérêt d'une réflexion partagée sur des sujets qui, au demeurant différents, présentent un trait commun : comment dépasser les contraintes liées à la mise en place d'un socle minimum de Protection sociale pour protéger les populations que ce soit dans le domaine de l'accès aux soins, de la lutte contre la pauvreté, de la diversification des financements et de l'extension de la couverture sociale ? Les stagiaires du CEGSOS ont pu ainsi démontrer, quel que soit l'historique de chaque pays concerné, que la crise actuelle renforce la nécessité d'une extension de la Sécurité sociale dans le droit fil des Objectifs du Millénaire promus par l'ONU. Alors que dans de nombreux pays en développement les systèmes de Sécurité sociale étaient auparavant perçus comme inabordables, voire un luxe réservé aux pays riches, leurs travaux démontrent qu'ils doivent dorénavant être considérés comme d'utiles investissements pour soutenir une croissance économique durable, jouant, en période de turbulence, un rôle vital de stabilisateurs économiques et sociaux.

Quatre questions étaient posées à l'appui de leur réflexion :

■ **LES SYSTÈMES DE PROTECTION SOCIALE REMPLISSENT-ILS EFFICACEMENT LEUR RÔLE D'AMORTISSEUR DE CRISE ET SONT-ILS UN VECTEUR DE LUTTE CONTRE LA PAUVRETÉ ?**

Contributeurs : Maroba BABAKA (Togo), Nedjoua SEBBAGH (Algérie), Joselina TSABOTO (Madagascar), Radoine KASSOU (Maroc)

Référent : Raynal LE MAY : directeur CAF d'Évry

■ **DOIT-ON ÉTENDRE LA COUVERTURE SOCIALE À TOUTE LA POPULATION Y COMPRIS À CELLES ET CEUX QUE L'ON QUALIFIE PUDIQUEMENT COMME RELEVANT « DU SECTEUR INFORMEL » ?**

Contributeurs : Rokia SARR KONATE (Mali), Leila AOUALI (Algérie), Spès IRIVUZIMANA (Burundi), Richard Kodjo AHADJI (Togo), Fidilalao Didier RASOANAIVO (Madagascar)

Référent : Wilfred SMADJA : directeur adjoint CPAM Paris (en retraite)

■ **ÉLARGIR LA PROTECTION SOCIALE À TOUTE LA POPULATION SUPPOSE UNE DIVERSIFICATION DES SOURCES DE FINANCEMENT QUI NE PEUVENT ÊTRE RÉDUITES AUX SEULS PRÉLÈVEMENTS SUR LE TRAVAIL. COMMENT OPÉRER CE CHANGEMENT DE PARADIGME ?**

Contributeurs : Abdoulaye SYLLA (Mali), Abrekss MAHAMAT (Tchad), Marco ANDRIAMANILA (Madagascar), Yawotse KPEGBA (Togo), Athoumani ABDU (Comores)

Référent : Alain CLICQ : directeur RSI Haute-Normandie

■ **COMMENT ASSURER UNE COUVERTURE SANTÉ EN SURMONTANT LES NOMBREUSES DIFFICULTÉS DE PAYS EXPOSÉS PARFOIS À UNE CRISE POLITIQUE ET ÉCONOMIQUE MAJEURE ?**

Contributeurs : Rokiatou SIBIDE (Mali), Hameth Ben Hamane TRAORE (Mali), Hamada OULD HACEN FALL (Mauritanie), Djihed LABRI (Algérie), Mohamed BACAR (Comores)

Référent : Patrick MARX : directeur GDR ARS Lorraine

1. Quels défis doivent relever les régimes de Sécurité sociale en place pour remplir leur rôle d'amortisseur de crise et de lutte contre la pauvreté ?

Dans de nombreux pays, les systèmes de Protection sociale ont contribué à réduire de manière significative la pauvreté même si la couverture sociale ne profite pas toujours à toute la population. Pour certains pays, il s'agira de réduire l'extrême pauvreté et la faim, pour d'autres il s'agira de développer les dispositifs existants.

1.1. Des paysages sociaux, économiques et démographiques contrastés

L'Algérie, Madagascar, le Maroc et le Togo affichent des situations socio économiques et démographiques très différenciées. Le PIB par habitant est de 3 357 € en Algérie alors qu'il atteint tout juste 300 € à Madagascar... À des rythmes différents, les politiques de Protection sociale se sont développées afin d'étendre la couverture sociale. Elle couvre 80 %

de la population en Algérie, 34 % au Maroc, 12 % à Madagascar et 6 % au Togo. Les risques couverts sont en évolution mais seule l'Algérie parvient à assurer la couverture des neuf risques énumérés par la convention 102 du BIT. Au Maroc, l'Assurance maladie obligatoire a été élargie depuis 2012 aux catégories sociales démunies. La généralisation du RAMED, en phase d'expérimentation depuis 2008, a permis d'étendre la couverture médicale à 70 % de la population. En 2011, le Togo a adopté une nouvelle loi élargissant l'Assurance maladie obligatoire des fonctionnaires à l'ensemble de la population. Un autre texte modifie le Code de la Sécurité sociale et étend la couverture sociale aux indépendants et aux travailleurs du secteur informel.

Les personnes bénéficiant d'une couverture sont généralement les travailleurs salariés relevant des secteurs public et privé. En Algérie, cette couverture s'étend aux travailleurs non salariés exerçant une activité professionnelle pour leur propre compte et à des catégories particulières (étudiants, apprentis, handicapés, personnes âgées, orphelins, démunis... etc.).

Afin d'élargir cette couverture aux autres catégories sociales, les États ont multiplié leurs efforts à travers la mise en place de différentes actions inscrites sous formes de programmes et d'Actions sociales. Pour autant, les taux de couverture sociale au Togo et à Madagascar restent faibles. La situation de ces deux pays illustre à quel point les troubles sociopolitiques et l'instabilité économique constituent des freins au développement de la couverture sociale des populations dont une grande partie vit dans une extrême pauvreté.

1.2. Renforcer la lutte contre la pauvreté en s'inspirant d'expériences étrangères

Les expériences réussies du Brésil, du Maroc et de l'Algérie démontrent qu'avec une faible part de PIB consacré à ces programmes, plusieurs millions de familles peuvent sortir de la pauvreté. Les dispositifs mis en place visent les catégories les plus défavorisées sous forme d'extension de la couverture maladie, de développement de l'aide sociale ou de prestations conditionnelles.

Le **RAMED** constitue l'un des deux volets de la couverture médicale de base au Maroc. Il est fondé sur le principe de l'assistance sociale et de la solidarité nationale. Il est financé par la fiscalité. L'État marocain y contribue à hauteur de 70 % et les collectivités locales à 30 %. Ce régime a apporté une réponse aux inégalités en matière d'accès aux soins. Il prend, notamment, en charge les personnes économiquement démunies sans couverture sociale, les pensionnaires des établissements pénitentiaires, de bienfaisance, orphelinats, hospices, les personnes sans domicile fixe... etc. La population éligible est évaluée à 5 millions de personnes. Le RAMED propose les mêmes prestations garanties par l'AMO à savoir les hospitalisations, accouchements, urgences, consultations, analyses de biologie, imagerie, ALD... etc.

Au Brésil, le régime **BOLSA FAMILIA** a été largement médiatisé. Ce programme social est destiné à lutter contre la pauvreté. Il a été mis en place sous la présidence Da Silva et fait partie du programme plus général *Faim Zero*. C'est un « programme conditionnel », où le versement d'aides est lié à certaines obligations – l'éducation scolaire par exemple – mais qui se rapproche néanmoins du concept de revenu de base. Le programme vise les familles aux revenus inférieurs à 120 réals (environ 50 €). Si les enfants de la famille sont scolarisés et suivent les programmes de vaccination obligatoires, la famille touche une aide mensuelle allant jusqu'à 200 réals (environ 84 €). En 2010, le programme couvrait 11 millions de familles brésiliennes, soit environ un quart de la population. La logique de ces « programmes conditionnels » est de sortir de l'assistance voire de l'« assistantat », en s'assurant que les enfants soient mieux éduqués que leurs parents et puissent ainsi eux-mêmes sortir de la pauvreté.

En Algérie, **l'allocation forfaitaire de solidarité** est une prestation d'aide sociale qui consiste en un versement mensuel de 3 000 DA (30 €) aux personnes pauvres pour les aider à subvenir à leurs besoins essentiels. Elle est attribuée aux personnes âgées sans ressources, aux handicapés, aux femmes veuves ou divorcées ayant de jeunes enfants à charge... Basé sur l'auto-ciblage, les postulants s'inscrivent eux même auprès des municipalités, les représentants du monde associatif sont chargés de valider l'éligibilité des bénéficiaires. Les catégories couvertes par ce dispositif bénéficient également des prestations sociales notamment le remboursement des médicaments. En 2009, 626 000 personnes ont bénéficiés de ce dispositif qui représente une dépense de 320 millions d'euros.

Des expériences nombreuses et innovantes témoignent du développement de la Protection sociale. Son extension est porteuse de conséquence sociale et économique positive pour les populations qui en bénéficient. La Protection sociale joue en effet un rôle majeur dans la prévention et l'atténuation de la pauvreté mais elle doit pour cela être étendue et diversifier ses sources de financement, une gageure dans des pays rongés par la pauvreté et les troubles politiques.

2. Comment élargir la Protection sociale à toute la population en diversifiant ses sources de financement ?

L'élargissement de la Protection sociale à toute la population est la conséquence logique de l'article 22 de la déclaration universelle des droits de l'homme. Mais comment financer un système élargi dans un continent où 50% de la population vit en dessous du seuil de pauvreté ?

2.1. Une Protection sociale encore embryonnaire dans une Afrique en pleine construction

La Protection sociale a été timidement introduite dans le continent africain dans les années 1950 et partiellement étendue à une minorité de la population : militaires, fonctionnaires... La progression a de plus été très hétérogène. Si au Tchad et aux Comores, le taux de couverture est de moins de 4 % de la population, il avoisine les 10 % au Mali, au Togo et à Madagascar et plus encore dans les pays du Maghreb. Le retard constaté dans beaucoup de pays tient à plusieurs facteurs dont beaucoup sont imputables à un manque de volonté politique de leurs dirigeants. Les conflits successifs, la crise mondiale qui a fragilisé l'économie de certains bailleurs ont eu des effets délétères amplifiés par des résistances culturelles. Si en Europe ou dans d'autres régions du monde, la Protection sociale a pu se développer avec l'appui d'une population acquise à la notion même de solidarité, elle s'est parfois heurtée en Afrique à la population elle-même, attachée aux solidarités ancestrales basées sur l'entraide familiale.

2.2. Explorer des pistes innovantes de diversification des sources de financement

Le défi de l'extension de la Protection sociale en Afrique repose essentiellement sur sa capacité à diversifier les sources de financement car son seul financement par les cotisations sociales a clairement montré ses limites. Quels sont alors les autres sources de financement envisageables ?

■ LES IMPÔTS ET TAXES AFFECTÉES

La fiscalisation partielle de la Protection sociale peut se concrétiser par l'augmentation des impôts et taxes existants ou par l'instauration de nouveaux prélèvements sur certains produits à forte consommation : le tabac, les boissons alcool-

sées, la téléphonie mobile. Ce système trouve néanmoins ses limites car il reste impacté par le taux de croissance, particulièrement anémié depuis plusieurs années.

■ LE SYSTÈME DE LA MICRO-ASSURANCE

La micro-assurance est un système qui utilise (entre autres) le mécanisme de l'assurance et dont les bénéficiaires sont au moins en partie des personnes exclues des systèmes formels de Protection sociale, en particulier les travailleurs de l'économie informelle et leurs familles, particulièrement nombreux en Afrique. Il se distingue des systèmes créés pour assurer la Protection sociale légale des travailleurs de l'économie formelle. L'adhésion n'est pas obligatoire (mais elle peut être automatique) et les adhérents contribuent, au moins partiellement, au financement des prestations. Dans un continent marqué par une forte pauvreté, un secteur informel en explosion, un taux alarmant d'analphabétisme dans une population essentiellement rurale, le système de la micro-assurance, parce qu'il obéit à des spécificités (autogestion par la communauté, définition collective des risques, proximité des structures, flexibilité du financement) peut être un déclencheur de l'extension de la Protection sociale en Afrique.

La réussite de cette diversification, techniquement envisageable, est soumise à deux conditions majeures : des conditions juridiques et politiques de nature à permettre l'adoption d'un corpus juridique adapté à chaque pays et un environnement socio-économique favorable de nature à favoriser la création de richesses et, *in fine*, induire la perception d'impôts et de taxes. Ne devrait-on pas également songer à l'éducation de la population ou du moins à sa sensibilisation afin de favoriser son adhésion à la Protection sociale et à son financement ?

3. Doit-on alors étendre la Protection sociale au secteur informel ?

Le terme « secteur informel », parfois source d'incompréhensions, aurait été utilisé pour la première fois par Keith Hart lors d'une étude sur l'emploi urbain au Ghana, présentée initialement en 1971 et officialisée en 1972 dans une publication de l'Organisation Internationale du Travail (OIT) sur l'emploi au Kenya. En anglais, le mot « informal » signifie à la fois « irrégulier » et « sans règle précise ».

En Europe, le secteur informel fait référence à toute forme de travail se déroulant dans des conditions illégales tandis qu'en Afrique, il recouvre un contenu varié. Il regroupe les activités économiques de subsistance et celles où une main-d'œuvre est souvent utilisée sans contrat de travail. Ces activités génèrent des revenus échappant, dans certains pays, à la fiscalité. Dans les pays Africains subsahariens, le secteur informel absorbe plus de 60 % de la main-d'œuvre et contribue à plus de 60 % à leur PIB. En Algérie le secteur informel, appelé « économie parallèle », représente 30 % de la population active et 40 % du PIB.

L'incapacité partielle des systèmes économiques africains à répondre aux besoins fondamentaux des populations, en termes d'emploi, de santé, de logement et d'éducation, pousse les populations à user de tous les moyens pour assurer leur survie. Du fait de la crise économique, une partie de la population rurale a migré dans les villes pour trouver de l'emploi. Mais l'exode rural n'a fait qu'aggraver le chômage urbain. Toutes ces populations s'adonnent généralement à des activités précaires, temporaires, occasionnelles et sont de fait exclues de toute couverture sociale. Elles s'organisent comme elles peuvent pour faire face aux risques sociaux auxquels elles sont exposées, en adhérant aux mutuelles de santé

disponibles dans leur environnement et aux structures de micro-finance. Fortes de ce constat, la plupart des sociétés reconnaissent le besoin d'assurer à leurs membres une protection contre ces risques sociaux.

Quelles sont donc les stratégies des États africains ainsi que les outils à mettre en œuvre pour s'engager au mieux dans ce processus d'extension de la couverture sociale ? Dans quelle mesure cette dernière pourrait-elle répondre aux attentes des travailleurs du secteur informel ?

3.1. Dans ces conditions, faut-il mettre en place une couverture spécifique pour les acteurs relevant du secteur informel ?

Le secteur informel souffre de l'absence d'identification précise. Il couvre des activités qui sont exercées en marge de la législation du travail. Il en découle un problème d'ordre juridique lié au statut des entreprises ainsi qu'à la relation de travail au sein de ces unités informelles. Les acteurs eux-mêmes ne sont pas toujours connus. De plus, les unités de production du secteur formel s'appuient sur le secteur informel pour l'écoulement de leur production. Il devient de plus en plus difficile de faire la frontière entre le secteur formel et le secteur informel. En effet, certaines entreprises du secteur formel n'appliquent la législation que lorsque cela les arrange. De ce fait, elles se comportent comme des acteurs du secteur informel qui paradoxalement n'obéissent pas à ladite législation. Pour autant les divers enjeux liés à l'ampleur et à la persistance de l'emploi informel interpellent l'État dans son rôle de régulation économique et sociale. La précarité qui caractérise la vie de la majorité des acteurs du secteur informel nécessite une attention particulière. En raison de la part relativement importante de la contribution du secteur informel à la vie économique, il devient impérieux d'accorder une Protection sociale à ces acteurs pour garantir leur santé et leur sécurité. En effet, certaines activités du secteur informel telles que la vente libre des produits pharmaceutiques ou des médicaments et la distribution de boissons frelatées ou de produits prohibés constituent un réel danger pour la population. La mise en place d'une couverture sociale intégrant les risques maladie, maternité et vieillesse au sein d'une structure spécifique semble être la réponse la plus pertinente. Elle devra s'accompagner d'une reconnaissance juridique aux acteurs qui animent le secteur informel. Ce statut, défini par les dispositions législatives et réglementaires, permettra de les identifier.

3.2. Comment accompagner la mise en place de ce nouveau régime ?

L'organisme qui gère le régime du secteur formel devra prendre l'initiative de susciter la discussion sur l'extension de la couverture sociale au secteur informel avec les syndicats, les Pouvoirs publics, les associations etc. dans le cadre d'un débat citoyen collectif.

Il devra également faire une campagne de communication à l'intention des partenaires sociaux du secteur informel pour présenter la nécessité de l'extension de la couverture sociale à leurs membres et les impliquer dans le processus de mise en œuvre de ce dispositif.

Les aspects financiers ne doivent pas être négligés. Il reviendra à chaque État de mobiliser des moyens matériels, humains et budgétaires afin que les organismes nationaux chargés de la gestion de ce nouveau régime puissent mener à bien leur mission. Plusieurs pistes sont envisageables :

- la mise en place de prélèvements parafiscaux sur la consommation de certains produits, pour financer les charges du risque famille. Les fonds collectés seront mis à la disposition des organismes gestionnaires du régime du secteur informel et de celui du secteur formel ;
- la création d'un fonds national de solidarité chargé de collecter et de gérer les prélèvements parafiscaux pour les mettre à la disposition des organismes gestionnaires des deux régimes.

4. Comment mettre en place une couverture minimale en santé au profit des populations et favoriser l'accès aux soins ?

Si la santé n'a pas de prix, elle a un coût. Cet adage se décline aujourd'hui dans beaucoup de langues différentes. Permettre à chacun d'accéder à des services de santé de qualité nécessite de trouver les moyens pour financer une offre de soins à la hauteur des besoins des populations. L'extension d'une couverture de Sécurité sociale efficace, permettant un accès aux prestations et aux soins de santé primaires, constitue toujours pour les pays africains une priorité et un défi majeur en terme de politique sociale.

4.1. Des points de convergence entre les pays...

Même si les pays adoptent des stratégies nationales cohérentes en matière de santé en mettant l'accent sur l'accès aux soins de santé essentiels comme la maternité, la maladie, une majeure partie des populations reste néanmoins sans couverture à l'exception de l'Algérie :

- en Mauritanie la couverture santé concerne les fonctionnaires et agents de l'État, les militaires, les parlementaires, les employés des établissements publics, les pensionnés et les ayants droit. Une couverture qui représente moins de 10 % de la population ;
- les populations couvertes en matière de santé au Mali sont les fonctionnaires (civils et militaires), les travailleurs régis par le Code de la prévoyance sociale, les personnes âgées, les enfants, les femmes enceintes et les indigents ;
- les Comores, depuis leur indépendance, ont adopté une politique de santé axée essentiellement sur l'accessibilité géographique aux établissements de soins ;
- le système de santé en Algérie préconise que tous les citoyens ont droit à la protection de leur santé et que l'État assure la prévention et la lutte contre les maladies et également les dépenses de soins aux personnes démunies. Malgré tous ces efforts, il reste une couche de la population non couverte par la Sécurité sociale compte tenu de leur pauvreté.

De multiples obstacles financiers et géographiques sont à l'origine d'inégalités dans l'accès aux soins de santé. Ces obstacles sont aggravés par l'insuffisance des infrastructures et des plateaux techniques notamment sous équipés aux Comores et, pour certaines spécialités, en Mauritanie et au Mali. D'autres facteurs d'inégalités subsistent :

- le montant élevé des paiements directs pour les soins de santé et les médicaments. Certaines familles doivent parfois engager des dépenses de santé et d'interventions médicales représentant plus de 40 % du revenu net du ménage ;
- la fragmentation des acteurs du système de santé national entre prestataires privés et public ;
- des niveaux de prestations limités, ne répondant pas aux besoins effectifs ;
- une répartition inégale des établissements de soins entre les zones rurales et les zones urbaines voire les zones désertiques.

4.2. Des expériences probantes qui méritent d'être exportées...

Face à ces constats, ces pays se sont organisés et ont initié des expériences modestes mais efficaces :

- le mois de la solidarité et de lutte contre l'exclusion « mois d'octobre » au Mali, institutionnalisé depuis 1994, suscite chaque année un engouement au sein de la population. Ce mois est marqué par diverses activités notamment la prise en charge médicale des populations vulnérables (les affections de longue durée, les dépistages du cancer, du VIH/SIDA, les opérations chirurgicales de la cataracte et de la prostate...), une vaste campagne de prévention autour de certaines maladies comme la cécité et le paludisme (distribution des moustiquaires imprégnées) et la distribution des médicaments ;
- la caravane du désert en Mauritanie : il s'agit d'une initiative non institutionnelle faite par le corps médical bénévole dans le but de favoriser l'accès aux soins pour les populations des zones rurales enclavées où qualité et manque de structures sanitaires font défaut. Des équipes médicales mobiles traitent sur place des affections courantes et pratiquent des interventions relativement simples comme la cataracte... tout en assurant la distribution de médicaments de base ;
- aux Comores, l'association des amis de Comores parcourt les différentes îles. Des médecins bénévoles vont à la rencontre de la population pour administrer gratuitement des soins ;
- l'Algérie a institué une campagne de dépistage gratuit du cancer du sein réalisé par les centres d'imagerie médicale de l'Assurance maladie au profit des femmes âgées de plus de 50 ans. Des équipes de chirurgiens se déplacent également dans les zones désertiques pour renforcer la démographie de certaines spécialités.

Aujourd'hui plus personne ne doute de l'intérêt de mettre en place un socle de Protection sociale. L'analyse à mi-parcours des objectifs du Millénaire pour le Développement montre de nombreuses distorsions aggravées par les crises économiques et politiques. Il est pourtant illusoire de penser que le continent africain pourra faire l'économie d'un tel effort même s'il reste à convaincre certains pays que la Protection sociale, outre sa capacité à amortir la crise, est un formidable vecteur de stabilité sociale.

2009, une année exceptionnelle pour la dette sociale

Anne Gérard, Pierre Lecomte, Vincent Maurel, Sandrine Roque et Aurélie Preux
Anciens élèves de l'EN3S 49^e promotion

Travaux de recherche action (décembre 2010) réalisés sous la direction
de Jean-François Chadelat

Inspecteur général des affaires sociales, Directeur du Fonds CMU

À la fin 2009, l'ACOSS affiche un déficit exceptionnel imputable en partie à la dégradation du contexte économique qui n'a cessé de se dégrader depuis les premiers soubresauts de la crise financière de 2007.

Au lieu de recourir à la solution classique de son transfert à la CADES, instrument de remboursement de la dette sociale, le gouvernement choisit de maintenir la dette au niveau de l'ACOSS pour ne pas rompre sa promesse de non augmentation des prélèvements obligatoires.

Cette solution d'attente, largement inédite, n'a pas fait consensus et a suscité les critiques de nombreux acteurs (parlementaires, Cour des comptes) qui ont souligné le risque de report sur les générations futures, le retour de la « cavalerie budgétaire » ou plus généralement un manquement à l'engagement courageux de bonne gestion porté par la loi organique de 2005 qui prévoit que toute reprise par la CADES s'accompagne du transfert des ressources nécessaires, pour ne pas prolonger la durée de vie de celle-ci.

Le présent article, qui reprend des extraits de travaux conduits en 2010, propose de revenir sur ces événements et plus brièvement sur leur résolution avec le PLFSS 2011.

1. Une crise économique qui a remis sur le devant de la scène politique et économique le rôle de la dette sociale

Le niveau atteint par les déficits sociaux 2009 s'inscrit dans un contexte de crise financière puis économique dont l'origine a été la faillite de la banque Lehman Brothers en septembre 2008.

Ce contexte de crise de liquidités et d'incertitude a été déterminant pour l'ACOSS et la CADES, à la fois dans les arbitrages rendus par les Pouvoirs publics, mais aussi dans leur gestion quotidienne et la recherche de financements. Pour éclairer ces aspects, il paraît nécessaire de remettre en perspective ces événements et notamment la situation des États, des banques et des investisseurs.

1.1. Une crise financière qui s'est transformée en crise économique

■ DE LA CRISE FINANCIÈRE À LA CRISE BANCAIRE

Le système financier mondial a traversé en 2007 et en 2008 une crise d'une ampleur sans précédent. Les banques ont été l'interface entre l'économie réelle et les marchés financiers ; c'est pourquoi elles ont facilité la diffusion de la crise du fait de leur position stratégique.

Les années 2000 se caractérisent par une période de diminution des taux d'intérêt et un assouplissement des conditions de coût de refinancement des banques commerciales auprès des banques centrales. Dans ce contexte, les investisseurs ont cherché à accroître leurs rendements en investissant dans des produits rémunérateurs, mais risqués. Du fait d'un environnement économique plutôt favorable, d'une inflation faible, d'une croissance soutenue, et d'une apparente relative solidité financière des entreprises, les investisseurs ont sous-estimé les risques liés à une défaillance de leurs créanciers, à une diminution des liquidités disponibles, et à une baisse de la valeur des actifs.

Aux États-Unis, les prêts « subprime » ont été octroyés par des courtiers qui n'étaient pas des banques, et n'étaient donc pas soumis à une supervision de la même qualité que celle à laquelle ces dernières sont soumises. Certains véhicules financiers spécifiques dits « conduits » ou « SIV » (Structured Investment Vehicles) jouaient un rôle similaire à celui des banques, en empruntant à très court terme et en finançant des produits structurés à long terme très rémunérateurs, réalisant ainsi, en période faste, des bénéfices importants. Cependant, ils n'étaient pas soumis aux mêmes exigences réglementaires que les banques et se sont retrouvés dans l'impossibilité de se refinancer et donc de poursuivre leur activité quand la liquidité s'est asséchée.

L'apparition des produits complexes sur les marchés a atténué la visibilité des investisseurs. Les agences de notation (Moody's, Standard & Poor's ou Fitch Ratings) attribuent une note à chaque produit financier afin de guider le choix des investisseurs. La note est le résultat d'une combinaison complexe de facteurs dont le but est d'estimer la capacité de l'entreprise à faire face à l'ensemble de ses dettes et à financer son activité d'exploitation. L'ensemble de ces éléments conduit à calculer un risque de solvabilité.

Le non-remboursement des crédits « subprime » dont certains entraient dans la composition de ces produits, a provoqué une dégradation de leur note. Les investisseurs prêtent une attention particulière aux notes qu'attribuent les agences de notation car, compte tenu de la complexité du fonctionnement des marchés, ils sont attirés par des placements les mieux notés et cèdent ceux qui ont subi une dégradation de leur note. Ce phénomène entraîne un mouvement de spéculation très soudain et imprévisible. À l'inverse, dès lors que les investisseurs perdent confiance dans un placement, une méfiance collective s'installe obligeant l'entreprise à emprunter sur les marchés à un taux plus élevé du fait d'une augmentation de la prime de risque appliquée.

La baisse des valeurs de notations attribuées aux produits structurés a provoqué, pour les véhicules qui les portaient, une baisse de leur valeur. Ceci a entraîné une diminution de la valeur capitalistique des entreprises qui portaient les SIV en affichant une diminution de leur bilan, engendrant des difficultés de financement. De ce fait, ces entreprises ont été contraintes de se tourner vers les banques pour trouver de nouvelles sources de financement, de liquidités et de trésoreries.

Les banques ont alors repris à leur bilan (« réintermédiation ») les encours concernés, logés dans ces véhicules, mettant ainsi en péril leur propre bilan. Enregistrés comptablement à leur valeur de marché, les actifs concernés ont vu leur valeur s'effondrer, provoquant le retrait des investisseurs et l'enclenchement d'un cercle vicieux entre assèchement de la liquidité et baisse de la valorisation. Ces tensions ont exercé une forte pression sur les fonds propres des banques qui ont réduit leur activité de prêts, transmettant la crise financière à l'économie réelle.

■ LA TRANSMISSION À L'ÉCONOMIE RÉELLE

Même si la crise est née sur les marchés financiers, elle s'est rapidement diffusée au secteur bancaire puis à l'économie dite réelle : les échanges marchands, la consommation, l'emploi. Cette contagion s'est opérée par une diminution du financement de l'économie et par une réduction de la consommation et de l'investissement.

La zone Euro se distingue par le fait que les entreprises se financent pour 75 % auprès des Institutions Financières et Monétaires (IFM). En France, ce sont la Banque de France, les établissements de crédit au sens de la loi bancaire, à l'exception des sociétés de caution mutuelle, la Caisse des dépôts et consignations, les OPCVM monétaires et la Caisse d'Épargne.

Durant l'été 2008, ces sources de financement se sont tariées : les marchés se sont brutalement bloqués, les investisseurs refusant d'acquiescer des titres compte tenu d'un niveau de risque jugé trop important, les banques refusant de se prêter les unes aux autres sur le marché interbancaire par crainte du risque de contrepartie et en durcissant leur conditions d'octroi de prêts vis-à-vis des ménages et des entreprises.

Les ménages et les entreprises ont également vu leur situation financière se dégrader. La conséquence de cette perte de richesse est que du fait d'un amoindrissement de la valeur de leur patrimoine, la propension des ménages à épargner augmente.

1.2. Les choix économiques faits par la France pour limiter les effets de la crise économique

Pour sortir de la crise rapidement, les pays membres du G20 ont choisi de mettre en œuvre des politiques économiques coordonnées. Celles-ci reposent en outre sur une adaptation des règles de régulation des marchés financiers et sur la mise en œuvre de politiques de relance. Au niveau européen, la définition de cette politique a fait l'objet d'une coordination spécifique en axant les efforts vers un retour rapide à la croissance et en préservant les emplois.

■ AUGMENTATION DES DÉFICITS DES ÉTATS

La crise économique et financière a impacté directement le volume d'activité de l'économie française. Elle a diminué le revenu des ménages, les bénéfices des sociétés et le niveau de consommation des ménages qui constituent les principales assiettes de financement des dépenses publiques. En conséquence, la crise a engendré en cascade une diminution des recettes fiscales perçues par l'État.

En outre, les États membres du G20 ont décidé ensemble de mettre en œuvre des politiques de relance ciblées afin d'obtenir un impact à court terme sur l'économie mais également en garantissant un soutien durable à la croissance de long terme. La baisse des recettes fiscales des États combinée à l'augmentation des dépenses publiques a engendré une augmentation des déficits des États. Ce mode de relance, inspiré des modèles économiques Keynésiens, repose sur l'idée que le déficit public peut servir d'outil de relance à l'économie.

Toutefois, l'augmentation des déficits des États reste encadrée au niveau européen bien que les États dépassent désormais les engagements Maastrichtiens du pacte de stabilité.

■ BAISSÉ DES TAUX D'INTÉRÊTS ET FACILITÉ D'ACCÈS À LA LIQUIDITÉ

Le soutien de la demande passe également par un maintien à un niveau historiquement bas des taux d'intérêt. Ceux-ci, fixés par la BCE influencent directement le taux de refinancement des banques, c'est-à-dire le taux auquel les banques et les institutions financières empruntent auprès des banques centrales. En Europe, la Banque Centrale Européenne (BCE) a choisi de maintenir un taux directeur à 1 % ce qui constitue un niveau extrêmement bas. Elle a mis en œuvre cette stratégie afin d'éviter un assèchement des marchés monétaires défectueux due à l'incertitude qui pesait à la fin 2008 et début 2009. Face au risque de déflation qui pouvait toucher l'économie, la baisse des taux directeurs facilite la création de monnaie. Ces taux d'intérêt bas ont largement profité à l'ACOSS et la CADES en limitant leur charge d'intérêts.

1.3. Le rôle « d'amortisseur social » de la Sécurité sociale a fait gonfler la dette sociale

■ UNE BAISSÉ NOTABLE DES RESSOURCES PRÉVUES

En dépit d'un élargissement de l'assiette des ressources de la Sécurité sociale depuis 30 ans (imposition des revenus du capital et des revenus de remplacement), celle-ci repose principalement sur les revenus du travail. La masse salariale reste ainsi l'assiette de financement majoritaire puisque 60 % des revenus en sont issus. Ils étaient de 90 % dans les années 80. Toute variation du montant de la masse salariale a donc un impact direct sur les ressources de la Sécurité sociale. De façon générale, on estime que la baisse d'un point de pourcentage de la masse salariale équivaut à deux milliards d'euros de recettes perdues⁽¹⁾.

Or, la crise financière s'est rapidement propagée au monde économique et a frappé durement l'emploi.

En 2009, le montant global de la masse salariale était de 473 milliards d'euros, soit une baisse par rapport à l'année précédente de 1,3 %. Cette variation est le résultat d'une diminution de l'emploi salarié de - 2,3 % et d'une légère augmentation du Salaire Moyen Par Tête (SMPT) de 1 %, bien inférieure à sa tendance longue (3 % par an en moyenne). En dépit de la diminution de la masse salariale, les cotisations affectées au régime général ont atteint 169 milliards d'euros en 2009 soit une légère progression de 0,4 % par rapport à 2008. Ce phénomène s'explique pour partie par une moindre évolution des exonérations de cotisations⁽²⁾ (heures supplémentaires rentrant dans le cadre de la loi TEPA).

Dans le même temps, la crise financière impactait également les revenus du capital. La CSG affectée au régime général a ainsi diminué de 2,4 % entre les exercices budgétaires 2008 et 2009.

Seules les nouvelles taxes (hausse de la contribution sur les mises à la retraite, forfait social) et les réaffectations de taxes au régime général ont empêché une baisse plus marquée des recettes.

Cependant, par rapport aux prévisions globales fixées à 314,3 milliards d'euros⁽³⁾ pour le régime général sur l'année 2009, les recettes réelles ont finalement atteint 292,4 milliards d'euros⁽⁴⁾, soit un manque à gagner de 21,9 milliards d'euros.

■ DES DÉPENSES DIFFICILEMENT PRÉVISIBLES AVEC PRÉCISION

Les dépenses de Sécurité sociale sont des dépenses courantes qui couvrent le remboursement des prestations de santé, le paiement des pensions de retraite ou le versement d'allocations à destination des familles. Même si le niveau de ressources est insuffisant pour couvrir l'ensemble des dépenses, alors que celles-ci sont de plus en plus encadrées par des dispositifs de maîtrise de dépenses tels que l'ONDAM, elles relèvent de règles juridiques qui obligent la Sécurité sociale à effectuer le paiement dès que le droit est ouvert.

(1) Intervention d'Éric Woerth, ministre du Budget, des Comptes publics et de la Fonction publique, Commission des comptes de la Sécurité sociale, 29 septembre 2008.

(2) Rapport d'information de la Mission d'Évaluation et de Contrôle de la Sécurité Sociale (MECSS), n° 615 (2009-2010), A. Vasselle, 6 juillet 2010.

(3) Recettes prévisionnelles du régime général, toutes branches confondues, LFSS 2009.

(4) Recettes du régime général, toutes branches confondues, PLFSS 2011.

Malgré leur caractère récurrent, ces dépenses sont en effet difficilement prévisibles. Il est impossible pour le législateur d'ajuster en permanence le niveau des recettes et des dépenses. C'est pourquoi, l'article 34 de la Constitution précise que les lois de financement de la Sécurité sociale ont pour objectif de déterminer les conditions générales de l'équilibre financier de celle-ci et non le vote d'un budget où s'équilibrerait le montant des emplois avec celui des ressources.

Par rapport aux prévisions fixées à 324,9 milliards d'euros⁽⁵⁾, les dépenses du régime général se sont élevées à 312,7 milliards d'euros⁽⁶⁾, soit une moindre dépense de 12,2 milliards d'euros, évolution principalement imputable à la branche Maladie. Cet effet a limité la dégradation des comptes sociaux.

Au final, si l'on compare les prévisions et les réalisations, la dégradation du solde du régime général imputable à la crise économique peut ainsi être estimée à 9,7 milliards d'euros, c'est-à-dire sensiblement du même ordre que le déficit dit structurel.

Comptes du régime général pour l'exercice 2009, toutes branches consolidées (en milliards d'euros)

	Prévisions	Réalisé	Écart
Recettes	314,3	292,4	- 21,9
Dépenses	324,9	312,7	- 12,2
Solde	- 10,6	- 20,3	- 9,7

Source : LFSS 2009 (Prévisions) et PLFSS 2011 (Réalisé)

■ L'UTILISATION DU DÉFICIT COMME MOYEN DE RELANCE EN SITUATION DE CRISE

À l'occasion de la crise, la maîtrise budgétaire a été mise entre parenthèses pour privilégier une sortie de crise rapide par une politique de relance et de soutien.

La France a ainsi défini un plan de relance de l'économie ayant pour but d'atténuer les effets de la crise et de faciliter le retour de la croissance qui s'est traduit par un soutien à l'investissement public et à la consommation, l'aide aux entreprises comme le secteur automobile et la stimulation du marché de l'emploi. L'ensemble de ces mesures a fait l'objet d'une gestion spécifique puisque les dépenses associées ont été cantonnées au sein d'un budget placé sous l'autorité du ministre chargé de la mise en œuvre du plan de relance.

L'augmentation du déficit de la Sécurité sociale s'est inscrite également dans cette politique de soutien de la croissance à destination des ménages via la distribution de revenus de remplacement et de revenus complémentaires indispensables. S'il existe depuis quelques années un déficit structurel des comptes du régime général qu'il convient de résorber, la crise a fait apparaître un déficit conjoncturel.

Dans son discours du 22 juin 2009 devant le Parlement réuni en Congrès, le Président de la République déclarait ainsi : « [...] Il y a un deuxième déficit, le déficit qui est imputable à la crise, à la diminution des recettes, à l'augmentation des dépenses sociales. C'est un amortisseur social. Il a bien fonctionné. Il a permis à la France de limiter les effets de la crise. Après la crise il faudra résorber le déficit imputable à la crise en y consacrant l'intégralité des recettes de la croissance »⁽⁷⁾.

Ainsi, dans le contexte de crise, les Pouvoirs publics ont prioritairement mis l'accent sur la relance. La Sécurité sociale a bien joué son rôle de redistribution en amortissant les effets de la crise. Cela a

(5) Dépenses prévisionnelles du régime général, toutes branches confondues, LFSS 2009.

(6) Dépenses du régime général, toutes branches confondues, PLFSS 2011.

(7) Nicolas Sarkozy, Président de la République, Déclaration devant le Parlement réuni en Congrès, Versailles, 22 juin 2009.

permis à la France de traverser la crise en étant moins touchée que d'autres pays européens. Cependant, du fait de la diminution des recettes, les comptes publics et sociaux ont connu une forte dégradation. Le déficit de l'exercice 2009 a été multiplié par 2 : prévu à 10,6 milliards, il a finalement atteint 20,3 milliards d'euros.

2. Un arbitrage politique qui n'a pas respecté le principe de compétence de la CADES et l'ACOSS

2.1. Un choix politique de ne pas transférer la dette sociale à la CADES

Pour porter la dette sociale, le gouvernement a fait le choix à travers le PLFSS 2010 de rehausser le plafond de ressources non permanentes de l'ACOSS à 65 milliards d'euros, en tablant sur un besoin de financement estimé à 61,6 milliards d'euro à fin 2010. Cette décision traduit en réalité la volonté de ne pas effectuer une reprise de dettes par la CADES du déficit cumulé fin 2009.

De multiples facteurs permettent d'expliquer cette décision. En vertu de la loi organique relative aux LFSS de 2005, il aurait fallu accompagner cette reprise du transfert de ressources permettant l'extinction de la dette sans accroître la durée de vie de la CADES. Or, le gouvernement ne souhaitait pas augmenter les prélèvements obligatoires. En premier lieu, pour ne pas peser sur la consommation et l'investissement au risque de compromettre la relance. En second lieu, en raison des promesses et engagements électoraux du Président Nicolas Sarkozy (réduction de 4 points de la part des prélèvements obligatoire en montant de PIB sur une période de 10 ans, mise en place du bouclier fiscal).

Par ailleurs, les taux d'intérêt historiquement bas constatés à la fin 2009 permettaient, dans un contexte financier incertain, de prendre une décision d'attente en maintenant la dette au niveau de l'ACOSS à des conditions financières relativement avantageuses par rapport aux exercices antérieurs.

Paradoxalement, alors que le niveau d'endettement de l'ACOSS n'a jamais été aussi important que lors de l'exercice 2010, la charge de la dette se révèle moins onéreuse que lors de l'exercice précédent.

Toutefois, pour le gouvernement, les dépenses sociales constituent, par analogie avec le monde de l'entreprise, des charges de fonctionnement et non d'investissement, qu'il convient d'équilibrer avec des recettes pérennes et non par des ressources non permanentes. Les mesures pour y parvenir ont donc été simplement repoussées.

Cette conception pourrait être questionnée. Les prestations sociales (maladie, famille, vieillesse...) peuvent en effet être vues comme un investissement se traduisant à l'avenir par une population en meilleure santé, plus nombreuse, plus productive, et, au final, davantage de création de richesses pour l'ensemble du pays.

Il n'en reste pas moins que le relèvement du plafond de ressources non permanentes à 65 milliards d'euros pour l'année 2010 représente le plus haut niveau historique et le quasi doublement du plus haut enregistré jusqu'ici : 36 milliards d'euros pour l'exercice 2008.

2.2. Les solutions de financement retenues pour 2010

Ce n'est pas parce que le législateur donne l'autorisation d'emprunter pour 65 milliards d'euros que l'ACOSS est en mesure de lever les financements dont elle a besoin au quotidien.

En effet, « le plafond d'avances est un instrument juridique mais n'est pas un instrument opérationnel pour se financer »⁽⁸⁾.

Pour porter le choix politique réalisé, l'ACOSS a donc dû bâtir un plan de financement exceptionnel d'un montant encore jamais atteint.

(8) Source : E. Laurent, sous-directeur en charge du financement, ACOSS, entretien du 16 avril 2010.

À partir des études faites au second semestre 2009 par l'ACOSS et le ministère de l'Économie, de l'Industrie et de l'Emploi, l'estimation du tunnel de trésorerie nécessaire en fin d'année 2010 faisait apparaître un point bas à 55 milliards et un point haut à 70 milliards, pour un besoin de financement estimé à 61,6 milliards pour l'ACOSS.

Par mesure de précaution, le plan de financement été calibré à près de 75 milliards d'euros pour 2010. Ce chiffre, comme le plafond d'avances voté à l'occasion du PLFSS, ne constitue pas un objectif à atteindre mais un cadre théorique maximum.

■ LE MONTAGE FINANCIER RÉALISÉ

Le plan de financement 2010 a été bâti comme suit :

- emprunt et avances de la Caisse des Dépôts et Consignations : 31 Mds ;
- billets de trésorerie : 25 Mds (dont 5 Mds par le biais de la mutualisation des trésoreries sociales et 5 Mds d'opérations bilatérales avec l'Agence France Trésor, prenant à chaque fois la forme d'achat de billets de trésorerie émis par l'ACOSS) ;
- Euro Commercial Paper : environ 20 Mds.

Les banques, auprès desquelles l'ACOSS aurait eu la possibilité de contracter des emprunts, n'ont pas été retenues dans ce schéma. En effet, de sérieux doutes pesaient sur la capacité des banques à fournir des ressources suffisantes dans un contexte d'assèchement des liquidités et sur le coût associé à cette opération (taux d'intérêt et commissions).

Le recours à la CDC, partenaire historique, a été limité

Partenaire historique, la Caisse des dépôts et consignations (CDC) a décidé de limiter à 31 milliards d'euros le montant des financements mis à disposition de l'ACOSS pour 2010.

La limite fixée par la CDC trouve plusieurs explications : d'une part, les conditions de fonctionnement et modalités financières qui régissent les rapports entre l'ACOSS et la CDC sont négociées et formalisées à travers une convention pluriannuelle (2006-2010 pour la convention actuellement en vigueur). Or, le montant croissant des plafonds d'avance votés dans les LFSS et le comportement des marchés financiers (par exemple, un taux EONIA supérieur au taux EURIBOR) peuvent éloigner les deux parties des conditions négociées (cf. explications avancées en partie 1).

D'autre part, la CDC doit se financer sur les marchés et peut par conséquent se trouver confrontée elle-même à des difficultés de financement.

Enfin, les conditions avantageuses dont bénéficie l'ACOSS en font un client relativement peu rémunérateur alors qu'elle est le plus important client en montant dans le portefeuille de la CDC.

L'utilisation croissante de financements désintermédiés : les billets de trésorerie et Euro Commercial Paper

Le recours à des financements faisant directement appel au marché monétaire, est avant tout une conséquence de la limite fixée par la CDC.

Il présente trois avantages pour l'ACOSS :

- il permet, en fonction de la situation des marchés, de réduire les coûts de financement des besoins de trésorerie. Les premières émissions de billets de trésorerie début 2007 se sont conclues à un prix EONIA + 1 point de base. Lorsqu'on compare ce mode financement par rapport aux avances prédéterminées à plus de trente jours dans les conditions négociées avec la CDC, l'ACOSS économise pour chaque milliard d'euros emprunté 50 000 € de frais financiers ;
- il répond à la logique de diversification des sources de financement en complétant les avances consenties par la CDC et permet à l'ACOSS d'obtenir une plus grande indépendance vis-à-vis du de ce partenaire financier historique ;

- il facilite la mutualisation de la gestion de la trésorerie entre les différentes institutions. Ainsi en 2008, la CNSA a placé ses excédents de trésorerie en billets de trésorerie ACOSS pour un montant de 500 millions d'euros.

Pour l'exercice 2010, le plan de financement construit prévoit un encours maximum de 25 Mds en billets de trésorerie, ce qui constitue une forte augmentation par rapport aux années précédentes : l'autorisation d'émission de l'ACOSS était de 5 Mds en 2006 et 11,5 Mds en 2007.

Le marché des billets de trésorerie, réglementé et transparent, présente néanmoins l'inconvénient d'être national et par conséquent d'une profondeur réduite (environ 40 Mds). L'ACOSS a donc été contrainte de retenir une solution inédite : l'émission d'Euro Commercial Paper (ECP) sur la place financière londonienne. Ce marché, grâce aux émissions libellées dans d'autres devises que l'euro, en dollar notamment, est bien plus large que celui des billets de trésorerie puisqu'il atteint 600 milliards d'euros.

Cependant, ne disposant pas d'expertise dans ce domaine, ni des outils et structures adaptés, l'ACOSS a prévu de se faire assister par l'Agence France Trésor pour ce programme.

■ LA STRATÉGIE POURSUIVIE : SÉCURISATION ET DIVERSIFICATION

À travers le schéma de financement retenu, la priorité a été donnée à la sécurisation des financements aux dépens des objectifs d'optimisation financière, dans un contexte d'incertitude très importante sur les marchés.

Cette sécurisation a pris la forme :

- du prêt à 1 an de la CDC (20 milliards d'euros), dont le coût est plus important que des financements désintermédiés ;
- de la mutualisation de la trésorerie sociale (700 M dans les établissements de l'ensemble de la Protection sociale) et de la C3S placée en billet de trésorerie ACOSS (4 Mds) ;
- de l'achat éventuel de billets de trésorerie ACOSS par l'AFT. Cette dernière hypothèse obligerait l'État à émettre de la dette en contrepartie de laquelle il financerait la Sécurité sociale (logique de « back-up » ou dernier recours). Dans le cas où elle serait mise en œuvre, cette solution démontrerait une certaine porosité entre la dette sociale et la dette de l'État puisque cela reporterait le besoin de financement sur ce dernier.

L'ensemble de ces solutions permettait d'assurer au total 40 à 45 Mds de financements « internes » c'est-à-dire obtenus *via* des partenaires de l'État ou de la Protection sociale.

Mais le recours obligatoire à des financements externes, c'est-à-dire aux marchés, a poussé l'ACOSS à favoriser également la diversification des sources de financement.

Cela permet de minimiser le risque de défaillance perçu par les investisseurs qui a naturellement tendance à croître avec les volumes empruntés, et par voie de conséquence les frais financiers puisque le risque renchérit les taux pratiqués, ainsi que de répartir ses propres risques (par exemple en cas de retrait des investisseurs) sur différents marchés.

Malgré cette stratégie de sécurisation et de diversification, le schéma de financement 2010 se distingue surtout des précédents exercices par l'absence de réserves mobilisables auprès de la CDC au-delà des 31 Mds annoncés. L'ACOSS reconnaissait que le second semestre 2010 allait être crucial et qu'en cas de dépassement des prévisions, l'État français demeurait le dernier recours⁽⁹⁾.

2.3. Un choix politique du gouvernement qui n'a pas fait consensus

■ UNE DÉCISION QUI A FAIT DÉBAT

La décision de non transfert à la CADES des déficits cumulés à fin 2009 a été entérinée à l'occasion du vote du PLFSS 2010 par l'Assemblée nationale le 3 novembre et le Sénat le 26 novembre 2009.

(9) Entretien avec E. Laurent, sous-directeur en charge du financement, ACOSS, 16 avril 2010.

Toutefois, les conséquences techniques et financières de ce choix avaient fait l'objet d'études réalisées par la DSS, l'Inspection Générale des Finances et l'ACOSS au cours de l'été 2010, avant l'élaboration du PLFSS 2010, signe qu'elles furent envisagées assez tôt par l'exécutif.

Après de nombreuses discussions interministérielles intervenues au cours de l'été 2009, la décision a finalement été prise au plus haut sommet de l'État début septembre⁽¹⁰⁾ en vertu des arbitrages évoqués précédemment.

... au sein du Parlement

À l'occasion du débat parlementaire, la commission des affaires sociales du Sénat, présidée par Alain Vasselle, a fait valoir une position différente. En effet, la majorité des membres ne partageait pas l'idée du gouvernement de ne pas transférer au moins une partie de la dette à la CADES, considérant que cela signifiait reporter à demain le transfert, c'est-à-dire demander un effort supplémentaire aux générations futures ou revenait à pratiquer de la « cavalerie budgétaire ».

Après débat, un consensus s'est ainsi dégagé assez rapidement pour un transfert partiel à la fin 2009, y compris avec les sensibilités politiques d'opposition, à la réserve près que la gauche souhaitait obtenir en parallèle un ébrèchement du bouclier fiscal. Concernant les modalités de financement, il y a eu en revanche plusieurs propositions différentes, propres à chaque camp politique.

Chose rare, un amendement commun à la commission des affaires sociales et la commission des finances a été présenté. Il prévoyait le transfert immédiat de 20 milliards d'euros, financé par une hausse de 0,15 % de CRDS.

Afin de satisfaire l'opposition, un autre amendement⁽¹¹⁾ a été proposé pour que la seule hausse de CRDS consécutive au transfert soit exclue du bouclier fiscal. Ces amendements ont été discutés longuement en séance avant d'être écartés.

La commission a néanmoins pu alerter le gouvernement sur les risques en cas de remontée des taux ou de dégradation de la note de l'État français qui entraînerait un renchérissement du coût de financement.

... pour les administrateurs de l'ACOSS

Lors de la réunion du 9 octobre 2009, le Conseil d'administration de l'ACOSS, dont le vote a une valeur consultative, a rendu un avis défavorable sur le PLFSS 2010 par 11 voix contre (délégations CGT, CGT-FO, CFTC et CFE-CGC et une personnalité qualifiée) et 5 voix pour (délégation UPA et deux personnalités qualifiées), les délégations CGPME et MEDEF s'abstenant, une personnalité qualifiée prenant acte du projet et la délégation CFDT ne prenant pas part au vote.

Dans le procès verbal de séance, le Conseil d'administration « [...] rappelle que les missions de l'ACOSS ne prévoient pas qu'elle soit chargée de la gestion des déficits cumulés. Constatant que le plafond de trésorerie envisagé par le PLFSS s'élève à 65 milliards d'euros, le Conseil d'administration entend appeler l'attention sur les risques se rattachant à un tel niveau de besoin de financement s'agissant des activités quotidiennes de gestion de trésorerie en 2010 ».

... pour l'acteur en charge de l'amortissement de la dette sociale

Si la CADES, établissement public placé sous la tutelle directe du ministère de l'Économie, des Finances et de l'Industrie et par le ministre de l'Emploi et de la Solidarité, n'a pas commenté la décision politique de ne pas transférer les déficits cumulés à fin 2009, elle reconnaissait s'être mise en situation à

(10) Entretien avec J.-L. Rey, sous-directeur en charge du financement de la Sécurité sociale, Direction de la Sécurité sociale, 14 juin 2010.

(11) Présenté par le sénateur UMP Gilbert Barbier, vice-président de la commission des affaires sociales.

l'époque pour effectuer une reprise si l'exécutif l'avait décidée⁽¹²⁾. Par ailleurs, la CADES, par la voix de son président, Patrice Ract Madoux annonçait à mots couverts être en capacité de reprendre les déficits cumulés⁽¹³⁾.

... pour la Cour des comptes

Dans son rapport d'évaluation de la LFSS 2008, la Cour des comptes a alerté sur la croissance de la dette sociale qui présente des risques importants pour la gestion de cette dernière et se prononce sans équivoque en faveur du transfert. Prenant acte de la réticence des autorités politiques à prendre une telle décision, la Cour poursuit en faisant une suggestion :

« Dans un premier temps, il conviendrait également que soit clairement explicitée, dans une annexe du PLFSS, la distinction entre avances infra-annuelles de trésorerie et les avances correspondant au portage des résultats déficitaires ainsi que la manière dont pourraient être amorties dans les exercices ultérieures, les avances dépassant le cadre annuel. »⁽¹⁴⁾

... pour le Conseil d'État

La question du détournement de la règle qui veut que la trésorerie soit financée par des emprunts à court terme et qu'on ne confonde pas trésorerie et dette à long terme, a également été soulevée par le Conseil d'État lors du vote de la LFSS 2010.

Toutefois, celui-ci a entendu l'argument de conjoncture sur l'état de l'économie en septembre 2009 et ne s'est pas opposé au PLFSS 2010 en rendant un avis positif.

■ DES RISQUES IDENTIFIÉS

Le risque de remontée des taux

Les financements de court terme obtenus par l'ACOSS, qu'il s'agisse des avances de la Caisse des Dépôts et Consignations, des billets de trésorerie ou des ECP sont indexés sur le taux EONIA. Depuis 2009, cela a largement profité à l'ACOSS car les taux courts étaient très faibles et les investisseurs friands, dans un contexte de « fuite vers la qualité », de titres de dettes portant la signature de l'État ou assimilés.

L'ACOSS est resté exposée à un risque de remontée des taux : en raison des taux courts très faibles en 2009/2010, il était possible de craindre une remontée, d'autant que l'ACOSS ne dispose pas d'outils de couverture contre ce risque (SWAP de taux). Ce risque était renforcé par un niveau d'encours exceptionnels et l'impossibilité de recourir à des emprunts à plus d'un an en vertu de sa mission originelle de gestion des écarts de trésorerie infra-annuels.

À l'inverse, la CADES reconvertit rapidement après chaque reprise, ses titres de dettes en maturités plus longues en s'assurant qui plus est contre le risque de change lorsque les émissions sont libellées dans une monnaie étrangère.

Dès lors, les outils dont disposait l'ACOSS étaient partiellement inadaptés à la mission de financement de la dette sociale qui lui avait été confiée sur l'exercice 2010.

Le risque d'abaissement de la note fixée par les agences de notation

Pour noter une « entreprise du secteur public » (ESP), les agences de notation apprécient son degré de dépendance vis-à-vis de l'État, considérant qu'elle est hautement dépendante lorsqu'elle est contrôlée étroitement par l'État, quand ses activités visent à exercer une mission de Service public et quand un soutien financier de l'État est probable. Dans ce cas, l'agence de notation part de la note de l'État souverain qu'elle ajustera éventuellement selon divers critères⁽¹⁵⁾.

À ce titre, l'ACOSS et la CADES bénéficiaient en 2010 de la meilleure note possible, comme l'État français. Mais en cas de dégradation de la note de l'État, elles risquaient d'être impactées par une hausse des taux.

(12) Entretien avec P. Ract Madoux, Président de la CADES, 16 avril 2010.

(13) Lettre d'information CADES, n° 26, novembre 2009.

(14) Cour des comptes, *op. cit.*, p. 46.

(15) Pour l'agence FitchRatings : capacité à apporter un soutien, statut, intégration, contrôle, importance stratégique.

Les marchés financiers pouvaient également faire le raisonnement inverse et considérer que les besoins de financement croissants liés à la dette sociale faisait peser un risque sur l'État français qui justifie le renchérissement du taux proposé à ce dernier. Au regard du poids de la dette de l'État (1 162,6 milliards d'euros à fin 2009)⁽¹⁶⁾, les conséquences pour ce dernier n'étaient alors pas négligeables.

3. Le PLFSS 2011 : reprise de dette et arrangements avec la loi organique de 2005

Fin 2010, la question du transfert de la dette du régime général portée par l'ACOSS s'est reposée dans les mêmes termes qu'à la fin 2009. Cette fois-ci, le gouvernement a décidé, à travers le PLFSS 2011, de rendre à la CADES son rôle en se prononçant pour une reprise partielle.

Toutefois, la loi organique de 2005 a été contournée en partie. Le transfert de ressources destinées à éteindre la dette a été couplé avec un allongement de la durée de vie de la CADES à 2025, alors que son extinction était initialement estimée à 2021 avant transfert.

Par ailleurs, il a été décidé d'utiliser le Fonds de réserve des retraites de manière anticipée. Enfin, une partie des ressources de la branche Famille ont été affectées à la CADES et remplacées par des recettes plus incertaines (réduction de niches fiscales). Si la prise en charge de besoins de financement de la branche Vieillesse est prévue jusqu'en 2018, celle de la branche Maladie devient incertaine dès 2012. Ainsi, si l'on reprend l'image d'une baignoire, on peut juger que la décision de reprise par la CADES à l'occasion du PLFSS 2011 a permis de vider l'eau mais que les robinets continuent de couler...

Or si l'on souhaite que la confusion des rôles entre l'ACOSS et la CADES ne se reproduise plus, la finalité de chaque acteur doit être respectée. L'ACOSS doit jouer son rôle de gestion de la trésorerie et pour cela, il est nécessaire que sa trésorerie atteigne un certain équilibre par une mise en équation des dépenses avec les recettes lors du vote des différentes LFSS. La CADES doit jouer son rôle de remboursement de la dette sociale, ce qui suppose que la loi organique soit respectée : toute reprise de dettes devant s'accompagner d'une ressource équivalente. Il serait par ailleurs souhaitable que cette ressource prenne la forme d'une augmentation du taux de CRDS pour une question de lisibilité.

(16) INSEE, « La dette publique s'établit à 1 489,0 milliards d'euros », Informations rapides n° 87, Dette trimestrielle de Maastricht des administrations publiques, 4e trimestre 2009, 31 mars 2010.

Retour sur l'entreprise en procédure collective et le recouvrement des créances de la faute inexcusable

Delphine Ronet-Yague

Maître de conférences à Aix-Marseille Université – Centre de droit social EA 901

Lors de l'étude portant sur « Les créances de Sécurité sociale et l'entreprise en difficulté : vers la contribution des organismes percepteurs au soutien de l'activité économique »⁽¹⁾, la notion de « créances de Sécurité sociale » fut étendue largement.

Partant du postulat que certaines activités ou certains événements ou incidents conduisent les entreprises à être débitrices d'organismes prestataires, l'analyse ne se limitait pas aux contributions et cotisations. De nombreuses hypothèses obligent, en effet, les Caisses d'Assurance maladie à recouvrer différentes sommes. Parmi elles, les créances nées de la faute inexcusable de l'employeur⁽²⁾. Si les cas de faute inexcusable de l'employeur recensés par la CNAMTS n'atteignent pas 1 500 par an⁽³⁾, les enjeux financiers colossaux qu'implique ce contentieux, et les problèmes juridiques qu'il pose, ne peuvent laisser indifférents.

Le salarié victime d'un sinistre professionnel dû à la faute inexcusable de l'employeur⁽⁴⁾ ou ses ayants droit ont droit à une indemnisation complémentaire (L. 452-1 et L. 461-1 du CSS). Plus précisément, ils ont droit à une majoration du capital ou de la rente allouée en cas d'incapacité permanente (L. 452-2 CSS), ainsi qu'à la prise en charge de leurs préjudices. Pour ces derniers, il s'agit de ceux énumérés par l'article L. 452-3 du Code de la Sécurité sociale⁽⁵⁾, mais plus uniquement. Depuis la décision n° 2010-8 QPC du 18 juin 2010 du Conseil constitutionnel, la liste de l'article L. 452-3 du Code de la Sécurité sociale ne saurait faire obstacle à ce que la victime puisse demander à l'employeur devant les juridictions de la Sécurité sociale, réparation de l'ensemble des dommages non couverts par le livre IV du Code de la Sécurité

(1) Thèse soutenue le 24 novembre 2011, parue aux éditions PUAM en novembre 2012. Article rédigé en décembre 2012.

(2) Nos propos se limitent au régime général, le régime agricole est abordé dans l'étude préc.

(3) Chiffre indiqué dans le PLFSS pour 2013 sous l'article 66, p. 393.

(4) L'employeur est tenu à une obligation de sécurité de résultat. Ainsi tout manquement à l'obligation contractuelle de sécurité de résultat a le caractère d'une faute inexcusable, dès lors que l'employeur avait ou aurait dû avoir conscience du danger et n'a pas pris les mesures nécessaires, Cass. soc., 28 février 2002 ; Cass. soc., 11 avril 2002 ; Cass. soc., 27 juin 2002.

(5) À cela s'ajoute la réparation du préjudice moral des ayants droit de la victime de l'accident de travail décédée, visés au L. 434-7 et s. Aussi, les ayants droit de la victime d'une maladie professionnelle décédée des suites de cette maladie peuvent agir en réparation de leur préjudice moral personnel, mais également en réparation du préjudice moral personnel de la victime résultant de la maladie, Cass. civ. 2^e, 4 décembre 2008, n° 07-17601.

sociale. Cette réserve interprétative prive l'énumération de son caractère limitatif. Par quatre arrêts du 4 avril 2012, la deuxième chambre civile de la Cour de cassation⁽⁶⁾ opte pour une réparation élargie et non intégrale⁽⁷⁾ et aligne les modalités de paiement des autres préjudices⁽⁸⁾ sur ceux prévus par le livre IV du Code de la Sécurité sociale. Les souhaits d'assurer une meilleure garantie aux victimes et de ne pas créer une rupture d'égalité entre les salariés d'entreprises solvables et ceux d'entreprises en difficulté⁽⁹⁾ expliquent et justifient cette position. Néanmoins, l'avocat général soulignait déjà les risques financiers de cet alignement pour les Caisses, qui supportent les aléas des recours contre les employeurs et, en particulier celui découlant de leur insolvabilité en cas de cessation des paiements de l'entreprise⁽¹⁰⁾.

En effet, conformément à l'alinéa 3 de l'article L. 452-3 du Code de la Sécurité sociale, les sommes correspondantes sont versées par la Caisse qui se retourne ensuite contre l'employeur pour en obtenir le remboursement. De la même manière, l'article L. 452-2 du Code de la Sécurité sociale prévoit un mécanisme de récupération de la majoration payée par la Caisse étalé dans le temps. *A priori* le particularisme des sommes en jeu doit innover l'articulation du droit des entreprises en difficulté et du droit de la Sécurité sociale. En réalité, il résulte de l'examen du sort de la récupération de ces indemnités supplémentaires que, l'action récursoire de la Caisse se complique lorsque l'employeur ayant commis une faute inexcusable est en procédure collective. L'élargissement de l'assiette des préjudices réparables pose avec plus d'acuité encore les difficultés rencontrées par les Caisses auprès des employeurs défaillants. Pour 56 % des sinistres, les Caisses échouent à récupérer les sommes qu'elles ont avancées. Les chiffres sont éloquentes. Dans environ un quart des cas, ce non-recouvrement est lié à la disparition ou à la défaillance de l'entreprise et **concerne, prioritairement, la non-récupération de la majoration de rente**⁽¹¹⁾. Sensibles à ces données, les rédacteurs du projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2013 ambitionnent de lever deux obstacles pratiques à la récupération⁽¹²⁾, dont l'un a pour but de ne plus faire supporter à la branche AT-MP le risque financier d'une disparition ou d'une insolvabilité de l'entreprise (1).

(6) La victime peut prétendre à la réparation de chefs de préjudice non couverts, en toute ou partie, en application du livre IV, sachant que le préjudice sexuel est un préjudice distinct de celui d'agrément pouvant donner lieu à réparation à part, communiqué de la C. cass., 4 avril 2012, D. 2012, p. 1098, JCP 2012, éd. S, act. 186. S'agissant du préjudice sexuel, position confirmée : Cass. civ. 2^e, 28 juin 2012, JCP 2012, éd. S, 1388, p. 46, note J. Colonna et V. Renaux-Personnic.

(7) La Cour de cassation écarte l'octroi d'un complément d'indemnisation pour les préjudices déjà indemnisés par le livre IV. Sur ce point, voir les propos de D. Asquinazi-Bailleux et G. Vachet, « Identification des débiteurs et des préjudices réparables en cas de faute inexcusable de l'employeur », JCP 2012, éd. S, 1267, spéc. n^{os} 12 et s.

(8) Par référence à la nomenclature Dinthilac.

(9) S. Moulinet et Th. Humbert, comm. sous Cass. civ. 2^e, 4 avril 2012, JSL n^o 322, 24 mai 2012, J. 322-2, p. 10. Dans un sens proche, M. Ledoux et R. Bouvet, « La situation des victimes s'améliore sans pour autant atteindre la réparation intégrale », comm. sous Cass. civ. 2^e, 4 avril 2012, SSL, 14 mai 2012, n^o 1538, J. p. 13.

(10) S. Hocquet-Berg, « Le nouveau régime d'indemnisation des victimes d'un accident du travail en cas de faute inexcusable de l'employeur », Dr. soc. 2012, p. 841.

(11) PLFSS préc.

(12) L'article 66 du PLFSS pour 2013 propose de remédier à l'impoposabilité de la prise en charge admise par la caisse, en prévoyant que, quelles que soient les conditions d'information de l'employeur par la caisse au cours de la procédure d'admission du caractère professionnel de l'accident ou de la maladie, la reconnaissance de la faute inexcusable de l'employeur par une décision de justice passée en force de chose jugée emporte l'obligation pour celui-ci de s'acquitter des sommes dont il est redevable à ce titre.

La modification préconisée nous donne l'occasion de revenir sur les difficultés de recouvrement des Caisses primaires d'Assurance maladie. Si la mesure proposée consiste à leur donner les moyens d'assurer une meilleure récupération des sommes avancées en application de l'article L. 452-2 du Code de la Sécurité sociale, elle semble mésestimer les procédures collectives, où la détermination des créances antérieures des Caisses d'Assurance maladie nées de la faute inexcusable de l'employeur devient essentielle (2).

1. La présentation de l'évolution législative envisagée afin d'améliorer la récupération de la majoration de rente

Les problèmes de récupération rencontrés par les Caisses primaires d'Assurance maladie et la réparation accrue du préjudice en cas de faute inexcusable⁽¹³⁾ ont motivé l'intervention du législateur. Toutefois, l'action de ce dernier ne s'est portée que sur la récupération de la majoration de rente (1.1) et le choix a été fait de recouvrer celle-ci sous forme d'un capital plutôt que d'une surcotisation (1.2).

1.1. Les motivations de la réforme

Les nécessités de la réforme sont principalement budgétaires. Le Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2013 fait état de 26 millions d'euros supportés par an par les CPAM en raison de la majoration de la rente ou du capital allouée en cas d'incapacité permanente. Or, dans la plupart des cas, ces sommes ne pourront être récupérées auprès de l'employeur fautif en raison de son insolvabilité ou de sa disparition. Plus précisément, la pierre d'achoppement est la durée de recouvrement de la majoration de rente ou du capital. L'exposé des motifs du projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2013 est le suivant : la disparition ou l'insolvabilité de l'employeur pose des problèmes spécifiques dans la mesure où la majoration de rente ou de capital est recouvrée par une cotisation complémentaire sur des périodes qui peuvent aller jusqu'à 20 ans⁽¹⁴⁾.

Si ces difficultés obligent à réagir, d'autres raisons légitiment l'intervention du législateur et, notamment, celle de réduire, autant que faire se peut, la collectivisation de ces sommes, nées de la faute d'un employeur. La réforme se drape alors d'une certaine moralité ou équité nécessaire pour assurer l'équilibre de la branche AT/MP. Le vœu ainsi exprimé est d'éviter que les conséquences des actes fautifs de certains employeurs ne constituent une charge supplémentaire pour les autres. Pour atteindre cet objectif, plusieurs réponses sont envisageables. Le Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2013 semble retenir la solution la plus conforme au dessein et fait par là même œuvre de simplification.

1.2. L'option législative retenue

L'intention de rééquilibrer la branche AT/MP et de ne plus faire supporter la faute inexcusable par l'ensemble de la collectivité des employeurs, donna lieu à une première proposition. Celle-ci projetait que l'employeur ou son assureur intervienne en tant que primo-débiteur. L'employeur pouvant, depuis 1987, s'assurer contre les conséquences de sa

(13) Dans le PLFSS pour 2013 préc., l'avance de trésorerie par les CPAM est évaluée à 40 millions d'euros par an au titre de l'indemnisation des préjudices énumérés à l'article L. 452-3 du Code de la Sécurité sociale, p. 393, note de bas de page n° 43. Pour illustrer le coût de la réparation des préjudices extrapatrimoniaux, voir les chiffres de la CPAM des Bouches-du-Rhône, M. Frédéric Menasseyre, « Le coût des AT/MP », in « La faute inexcusable de l'employeur. Amiante », colloque, Aix-en-Provence, 29 mars 2009, SSL 2010, supp. n° 1452, spéc., p. 54, § 3. Ces chiffres vont inévitablement augmenter depuis les interventions successives du Conseil constitutionnel et de la Cour de cassation.

(14) R. 452-1 CSS.

faute inexcusable, le salarié demeurerait sûr d'être indemnisé, sachant que la Caisse pourrait intervenir à titre subsidiaire comme fonds de garantie⁽¹⁵⁾. Les conditions d'application d'une telle réforme, au demeurant complexe, n'étant pas réunies, le législateur s'est orienté vers une autre solution.

Afin d'optimiser le recouvrement des créances nées de la faute inexcusable de l'employeur, le législateur a fait le choix de recouvrer les sommes représentatives de la majoration sous forme d'un capital plutôt que d'une cotisation complémentaire. Pour pallier à l'effet du temps, l'entreprise se verra imposer immédiatement l'intégralité du coût de l'augmentation de la rente⁽¹⁶⁾. Cette disposition a vocation à s'appliquer aux majorations de rente et indemnités en capital ayant pris effet à compter du 1^{er} avril 2013. Il en résulterait que la branche AT-MP pourrait récupérer intégralement et rapidement la majoration de rente. La visée imposée est toutefois double puisqu'il s'agit de faire face soit à la disparition de l'entreprise, soit à l'insolvabilité de celle-ci. Les deux cas recouvrent, néanmoins, les hypothèses dont à connaître le droit des entreprises en difficulté. En effet, la défaillance d'une entreprise se traduit par l'ouverture d'une procédure collective, qui dans plus de 65 % des cas est une liquidation judiciaire directe⁽¹⁷⁾ acheminant l'entreprise vers sa mort juridique.

En l'état de la réforme, l'objectif louable que s'est assigné le législateur ne semble pas prendre en considération les obstacles au recouvrement rencontrés par les CPAM lorsque l'entreprise est placée en procédure collective.

2. Les perspectives législatives d'amélioration de la récupération de la majoration de rente à l'épreuve des procédures collectives

Tel que formulée, la mesure n'est pas pleinement satisfaisante au regard du droit des procédures collectives. Le souhait de ne pas faire peser sur la collectivité des employeurs le coût de la faute inexcusable, lorsque la CPAM concernée ne peut plus se retourner contre le débiteur, ne tient pas compte du fait générateur de la créance. La Cour de cassation considère, en effet, que la créance de la Caisse trouve son origine dans la faute inexcusable de l'employeur⁽¹⁸⁾. C'est donc que, lorsque l'accident de travail dû à la faute inexcusable de l'employeur est survenu avant le jugement d'ouverture, la créance de l'organisme a la qualité de créance antérieure. Les conséquences de cette qualification sont importantes, notamment, lorsque l'action du salarié ou la reconnaissance de la faute inexcusable⁽¹⁹⁾ et *a fortiori* le paiement effectué par l'organisme font suite au jugement d'ouverture (2.1). La réalisation du risque postérieurement, pendant la période d'observation, ne leur est pas davantage favorable en raison du nouveau critère téléologique des créances postérieures privilégiées (2.2).

(15) PLFSS pour 2013, p. 395.

(16) Dans le rapport de l'Assemblée nationale n° 302 au nom de la Commission des affaires sociales sur le projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2013, t. II, Assurance maladie et accidents du travail, Ch. Paul (député) énonce que le recouvrement peut en tout état de cause être aménagé en cas de difficulté pour l'entreprise, p. 280.

(17) Voir les chiffres régulièrement publiés par Altares, notamment, « Bilan 2011 : défaillances et sauvegardes d'entreprises en France », 17 janvier 2012, www.acual-consultants.com.

(18) Cass. soc., 4 juillet 2001 (n° 99-20042) ; t. II, Assurance maladie et accidents du travail, Ch. Paul (député) énonce que le recouvrement peut en tout état de cause être aménagé en cas de difficulté pour l'entreprise, p. 280.

(19) Cass. soc., 4 juillet 2001 (n° 99-20042) ; Cass. soc., 19 décembre 2002 (n° 01-12214) ; Cass. com., 30 mars 2005 (n° 03-30.698), APC, n° 10, 17 juin 2005, n° 114 ; Cass. civ. 2^e, 8 novembre 2006 (n° 04-30.744) ; Cass. civ. 2^e, 14 mars 2007 (n° 05-20.785).

(19) Cette poursuite n'est pas soumise à l'interdiction ou à l'interruption des poursuites visées par l'article L. 622-21-I du Code com., car d'une part elle tend à la reconnaissance d'une faute inexcusable et d'autre part le paiement devra être effectué par la CPAM.

2.1. Les conséquences de la qualification de créance antérieure

Quel que soit l'intérêt⁽²⁰⁾ de la dissociation admise – il y a peu – par la Cour de cassation entre la prise en charge et l'indemnisation complémentaire⁽²¹⁾, il n'en demeure pas moins que la reconnaissance judiciaire de la faute inexcusable peut prendre plusieurs années. Les voies de recours, participent à décaler dans le temps la décision définitive passée en force de chose jugée. De nombreuses difficultés surgissent alors pour la Caisse qui, n'est détentrice d'une créance certaine et n'en connaît les contours exacts que lorsque toutes les voies de recours sont épuisées. La position de la Cour de cassation est dangereuse en raison du risque de forclusion qu'elle fait peser sur l'organisme. Ignorant la teneur (ou l'existence) de sa créance au jour du jugement d'ouverture, sa créance est incertaine. La Caisse ne peut se manifester ; elle se retrouve forclosée. D'autant que, le délai de relevé de forclusion, par exception porté à un an pour les créanciers placés dans l'impossibilité de connaître leur créance⁽²²⁾, ne procure pas un répit suffisant pour que le juge de la faute inexcusable se prononce.

La situation des créanciers sociaux forclos s'est améliorée, puisque l'absence ou l'irrégularité de la déclaration ne conduit plus à la suppression du droit substantiel du créancier⁽²³⁾. Ce progrès reste, néanmoins, marginal au regard des méfaits de la position jurisprudentielle actuelle. Il faut alors espérer que l'employeur se soit assuré contre les conséquences financières de sa propre faute inexcusable ou celle de son substitué dans la direction de l'entreprise ou de l'établissement. La Caisse, subrogée dans les droits de la victime, peut agir directement contre l'assureur de l'employeur⁽²⁴⁾. C'est d'ailleurs cette faculté de s'assurer contre les risques de la faute inexcusable qui a été reprise dans le projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2013 et sur laquelle s'appuie la réforme : « le risque de mettre en danger la survie de l'entreprise en recouvrant la majoration de rente en capital, mode de recouvrement qui est la règle pour toutes les autres indemnités allouées par le juge, est donc bien moindre qu'auparavant »⁽²⁵⁾.

À défaut de recours contre une assurance, la position des organismes d'Assurance maladie demeure inconfortable. La proposition de récupérer la majoration de rente sous forme de capital ne change rien à l'affaire. Le capital représentatif de la majoration sera qualifié de créance antérieure dès lors que, l'accident aura eu lieu avant le jugement d'ouverture de la procédure collective.

Pour clarifier notre propos, il convient de distinguer les différentes situations pouvant se présenter. Soit la créance de la Caisse existait au jour du jugement d'ouverture. Sous réserve d'être régulièrement déclarée à la procédure collective, garantie par le privilège général mobilier⁽²⁶⁾, la créance est honorée lors du plan de sauvegarde ou de redressement judiciaire, ou bien lors de l'apurement du passif en fonction de son rang dans l'état de la collocation. Les sommes avancées restent, néanmoins, souvent à la charge de la « communauté des employeurs », la place de la CPAM dans l'ordre des paiements étant peu envieuse. Elle ne récupère généralement rien ou presque lorsque l'entreprise est liquidée. Le coût de la faute inexcusable est également supporté par la collectivité lorsque la CPAM concernée ne peut plus se retourner contre le débiteur à cause de l'inopposabilité de sa créance antérieure à la procédure collective. C'est le cas dès lors que, la reconnaissance de la faute inexcusable intervient bien après le jugement d'ouverture (forclusion).

Dans ces différentes hypothèses, la réforme n'aura apparemment pas l'effet escompté, à savoir d'éviter que la faute d'un employeur ne pèse sur l'ensemble des employeurs⁽²⁷⁾. Le risque professionnel reste immanquablement mutualisé.

(20) Voir les propos de A. Bugada, obs. sous Cass. civ. 2^e, 20 mars 2008, JCP 2008, éd. E, chron. 2413, n^o 20, p. 70.

(21) Cass. civ. 2^e, 20 mars 2008, JCP 2008, éd. S, 1399, p. 36, note D. Asquinazi-Bailleux.

(22) L. 622-26, al. 3 C. com.

(23) Article 34 de l'ord. du 18 décembre 2008, n^o 2008-1345, les créances non déclarées ne sont plus éteintes, mais inopposables à la procédure. Voir th. préc., n^o 136.

(24) Cass. civ. 2^e, 31 mai 2006, Bull. civ. II, n^o 144, p. 137.

(25) PLFSS préc. Voir également, les propos du rapporteur préc.

(26) Sur la place du privilège général mobilier de la sécurité sociale, voir th. préc., spéc. n^{os} 252 et s.

(27) PLFSS préc.

La réforme n'aura un réel impact que lorsqu'il s'agira d'anticiper la disparition de l'entreprise, en remplaçant une durée de recouvrement parfois longue par un recouvrement instantané, dont les modalités restent encore à définir par décret. L'accélération du recouvrement n'est pas davantage pertinente lorsque l'accident du travail, dû à la faute inexcusable de l'employeur, survient postérieurement à l'ouverture de la procédure collective.

2.2. La créance de la faute inexcusable confrontée au critère d'utilité des créances postérieures

Avant la loi de sauvegarde des entreprises, si le fait générateur de la créance de la Caisse, tel qu'interprété par les Hauts magistrats⁽²⁸⁾, intervenait pendant la période d'observation, la CPAM et l'URSSAF, pour le recouvrement de la cotisation complémentaire, bénéficiaient des droits attachés à la nature de créance postérieure. Les seuls critères de postériorité et de régularité suffisaient à qualifier de postérieure une créance née pendant la période d'observation. Dorénavant, les créances postérieures inutiles sont exclues du périmètre du privilège de procédure et traitées comme des créances antérieures. Cette nouvelle délimitation suscite des interrogations.

La position des juges confrontés à ce genre de créances est encore incertaine. L'objectif de ne pas dilater le domaine des créances postérieures fait naître nombre d'hésitations. Il faut néanmoins considérer que, si les créances liées à la faute inexcusable commise dans le cadre de l'activité autorisée peuvent être retenues comme nées régulièrement et postérieurement au jugement d'ouverture, elles ne répondent pas au nouveau critère téléologique. Rétrogradées au rang de créances antérieures, elles sont assujetties à la discipline collective. La Caisse est alors soumise à la loi du concours et doit, pour cela, déclarer sa créance dans un délai de deux mois courant à compter de la date d'exigibilité de celle-ci.

Le remplacement de la cotisation complémentaire par un capital simplifie les choses⁽²⁹⁾. Reste que l'éviction de ces créances du traitement préférentiel risque toujours de retarder leur encaissement. La CPAM doit attendre. Elle doit se soumettre à l'échéancier du plan ou bien à la répartition du prix de cession ou encore des fruits de la liquidation. Cette exclusion amenuise, par ailleurs, ses chances de recouvrer sa créance. En effet, la créance de la CPAM à l'encontre de l'employeur serait assimilée à une créance antérieure chirographaire. À compter du jugement d'ouverture, plus aucune hypothèque et plus aucun gage, nantissement ou privilège ne peut être inscrit pour garantir une créance antérieure ou postérieure non privilégiée⁽³⁰⁾. Éloignées dans l'ordre des paiements, les créances chirographaires sont peu ou pas honorées faute d'actif suffisant dans la plupart des liquidations judiciaires. Les écueils rencontrés par la Caisse sont alors les mêmes que ceux précédemment évoqués.

Le constat suivant peut être dressé : en cette hypothèse, l'échec au recouvrement de la totalité des sommes engagées par la Caisse n'est pas combattu par le remplacement de la cotisation complémentaire en un capital.

L'enjeu d'assurer l'équilibre financier de la branche AT/MP, en partie par le biais de cette mesure, semble difficile à atteindre. Il le sera d'autant plus, que cette évolution législative succède à l'intervention du Conseil constitutionnel, puis de la Cour de cassation, accroissant la réparation des préjudices en cas

(28) Cf. supra, note de bas de page n° 14.

(29) Cf. th. préc., n° 327.

(30) En ce sens, M. Jeantin et P. Le Cannu, « Droit commercial. Entreprises en difficulté », Dalloz, coll. Précis, 7^e éd., 2006, p. 559, n° 826.

de faute inexcusable. Notre scepticisme repose principalement sur le système assurantiel sur lequel se fonde la réforme. Si la multiplication des préjudices réparables ne manquera pas d'entraîner une hausse des primes d'assurance, on peut parier que l'exigibilité immédiate sous forme de capital de la majoration payée par les Caisses augmentera, elle aussi, sensiblement, leur montant. De cette remarque une question se profile : les effets de la réforme ne risquent-ils pas d'entraîner les causes à l'origine de celle-ci ? L'augmentation importante du coût de l'assurance contre les conséquences financières de la faute inexcusable va davantage peser sur les entreprises déjà fragilisées par une crise sans précédent. L'accroissement de leurs charges peut conduire au tarissement de leur trésorerie et, par ricochet, à d'importantes difficultés de recouvrement pour les CPAM. Mais surtout, la défaillance des entreprises, en ces hypothèses, concernera principalement les très petites entreprises non assurées⁽³¹⁾ ; un sinistre lié à la faute inexcusable de l'employeur coûtant en moyenne 73 000 €. Ce risque pour les TPE s'amplifie puisque, le montant de la réparation de la faute inexcusable est appelé à grossir, les victimes (et leurs avocats) étant incités à multiplier les chefs de préjudices sans se soucier de la solvabilité de l'employeur⁽³²⁾. Or, les micro-entreprises et les TPE de moins de 10 salariés ont représenté en 2011 93 % des entreprises en procédure collective⁽³³⁾. En rapprochant ce pourcentage du tissu économique français, on peut légitimement craindre une aggravation de la situation financière de ces petites structures et du nombre de leur placement en redressement ou liquidation judiciaire⁽³⁴⁾. Autrement dit, cet ajustement législatif nécessaire peut rompre un équilibre déjà fragile. Cela démontre que, tout déplacement du curseur entre prompt recouvrement et maintien du tissu économique français ou sauvetage de l'entreprise est malaisé. Ainsi, d'une part, la substitution de la cotisation complémentaire par un capital ne modifie pas forcément l'issue de la créance sociale lorsque l'entreprise est exsangue. Et d'autre part, elle peut accentuer la non-récupération des sommes versées, en raison d'un accroissement des faillites, et par conséquent le poids de la faute inexcusable sur la collectivité des employeurs, cela même qui a motivé la réforme...

(31) La faute inexcusable ne relève pas de l'assurance obligatoire.

(32) A. Bugada, obs. sous Cass. civ. 2^e, 4 avril 2012, JCP 2012, éd. S, 1612, in Chron. Droit de la Protection sociale, n° 1.

(33) Bilan Altares 2011 préc.

(34) L'amendement n° 163 de l'article 66 du PLFSS, formulé par certains députés, proposait de laisser le système actuel de la récupération de la majoration pour les entreprises de moins de 20 salariés. Les députés à l'origine de cet amendement se basaient à la fois sur le taux collectif AT/MP pour les entreprises de moins de 20 salariés et l'impact économique du remboursement sous forme de capital pour ces TPE.

regards

4

BIBLIOGRAPHIE

■ **OUVRAGES SÉLECTIONNÉS PAR LE CENTRE DE DOCUMENTATION DE L'EN3S**

Le rapport Beveridge : texte fondateur de l'État providence / William Henry Beveridge – Préface de François Hollande. – Paris : Perrin, 2012. – 242 p.

ISBN : 978-2-262-03518-1

Le contrôle URSSAF en questions / Bruno Platel, Philippe Coursier. – Paris : Lexis Nexis / Litec, 2012. – (Droit & Professionnels). – 1 vol. – 146 p.

ISBN : 978-2-7110-1540-5

Observatoire Jalma du financement de la santé en France / Jalmahealth and ageingsurvey. – Paris : Jalma, 2012. – 39 p.

Repenser la pauvreté / Abhijit V. Banerjee, Esther Duflo, traduit de l'anglais (États-Unis) par Julie Maistre. – Paris : Éd. du Seuil, DL 2012. – (Les Livres du nouveau monde). – 1 vol. – 422 p.

ISBN : 978-2-02-100554-7

La GRH des organismes sociaux par temps de turbulences : affronter les contraintes multiples en mobilisant le Sens / En3s, Sciences Po. – Saint-Étienne : En3s, 2011. – (Actualité de la Protection sociale).

Pensions at a Glance: 2011 / OCDE. – Paris : OCDE, 2011. – 346 p.

ISBN : 9789264095236

La société des égaux / Pierre Rosanvallon. – Seuil, 2011. – (Les Livres du Nouveau Monde). – 428 p.

ISBN : 978-2-02-102347-3

Politiques sociales ? / Pascal Penaud, Yann-Gaël Amghar, Jean-François Bou. – Paris : Presses de sciences Po., Dalloz, 2011. – (Amphi). – 1 vol. – 756 p.

ISBN : 9782724612028

Les Assurances maladie / Pierre-Louis Bras, Didier Tabuteau. – Paris : PUF, 2012. – (Que sais-je ?, n° 3942).

ISBN : 978-2-13-059158-0

Le nouvel âge de la solidarité : pauvreté, précarité et politiques publiques / Nicolas Duvoux. – Paris : Seuil, 2012. – (La République des idées). – 104 p.

ISBN : 978-2-02-104843-8

La perte d'autonomie : un nouvel enjeu de société / Jean-Claude Henrard. – Paris : L'Harmattan, 2012. – (Questions contemporaines). – 145 p.

ISBN : 978-2-296-55913-4

La santé étatisée : triomphe ou échec ? / Jean-Marie Clément. – Bordeaux : Études hospitalières, 2012. – (Libres propos). – 134 p.

ISBN : 978-2-84874-341-7

Le droit des malades / Camille Kouchner, Aurélia Delhaye. – Paris : Dalloz, 2012. – (À savoir).

ISBN : 978-2-247-10954-8

Sauver l'Assurance maladie / Jean Vesale. – Paris : L'Harmattan, 2012. – 177 p.

ISBN : 978-2-296-96837-0

Universalisme et individualisme dans le régime des retraites : l'exemple du Chili / Pablo Andrés Arellano Ortiz. – Paris : L'Harmattan, 2012. – (Logiques juridiques). – 372 p.

ISBN : 978-2-296-96356-6

Lignes directrices de l'AISS en matière de bonne gouvernance à l'usage des institutions de Sécurité sociale / AISS. – 2011. – 76 p.

ISBN : 978-92-843-2195-7

L'Action sociale a-t-elle encore un avenir ? / Pierre Savignat. – Paris : Dunod, 2012. – (Action sociale).

ISBN : 978-2-10-056021-9

Reconfigurations de l'État social en pratique / Sous la direction de Marie-Christine Bureau et Ivan Sai. – Villeneuve-d'Ascq : Presses universitaires du Septentrion, 2011. – (Le regard sociologique).

ISBN : 978-2-7574-0345-7

La retraite : au miroir du genre / Jacqueline Fontaine, Bénédicte Gendron. – Paris : L'Harmattan, 2012. – (Savoir et formation). – 248 p.

ISBN : 978-2-296-96802-8

La nouvelle planification sanitaire et sociale / Sous la direction de Alain Jourdain, Pierre-Henri. – Rennes : Presses de l'École des hautes études en santé publique, 2012. – 1 vol. – 251 p.

ISBN : 978-2-8109-0069-5

Le Service public hospitalier / Didier Stingre. – Paris : PUF, 2012. – (Que sais-je ?) – 128 p.

ISBN : 978-2-130-59499-4

■ RAPPORTS EN LIGNE SÉLECTIONNÉS PAR LE CENTRE DE DOCUMENTATION

Avenir de l'Assurance maladie : les options du HCAAM. Avis adopté à l'unanimité lors de la séance du 22 mars 2012 / Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie. – Paris : Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie, 2012. – 31 p.

http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/l_avenir_de_l_assurance_maladie_les_options_du_hcaam.pdf

Bilan de la convention d'objectifs et de gestion 2007-2011 signée entre l'État et le Régime Social des Indépendants (RSI) et recommandations pour la future convention / Pierre-Yves Bocquet, Laurence Esclous, Frédéric Sal. – Paris : Inspection générale des affaires sociales, 2012. – (Rapport IGAS). – 405 p.

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics//124000130/0000.pdf>

Bilan de la RGPP et conditions de réussite d'une nouvelle politique de réforme de l'État / Marianne Bondaz, Sophie Delaporte, Werner Gagneron. – Paris : Inspection générale des finances, Premier ministre, 2012. – 367 p.

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/124000520/0000.pdf>

Dynamisation de la gestion des carrières des agents de direction : modification du dispositif relatif à la liste d'aptitude / Paris : UCANSS, Direction de la Sécurité sociale, 2012., – 33 p.

http://brise.en3s.fr/2012/Divers/carri%C3%A8res_AD.pdf

Évaluation du cumul emploi retraite / Christine Daniel, Laurence Esclous, François Roman. – Paris : Inspection générale des affaires sociales, 2012. – (Rapport IGAS). – 2 tomes. – 79 p. – 129 p. http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/RM2012-067P_Tome_1_def_ss_signature.pdfhttp://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/RM2012-067P_Tome_2_def.pdf

Fusions et regroupements hospitaliers : quel bilan pour les 15 dernières années ? / Françoise Lalande, Claire Scotton, Pierre-Yves Boc. – Paris : Inspection générale des affaires sociales, 2012. – (Rapport IGAS). – 273 p.

<http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/RM2012-020P.pdf>

L'accès aux soins : quel rôle pour la Mutualité ? Quel rôle pour les mutuelles ? / Préface Étienne Caniard. – Paris : Mutualité française, 2012. – 122 p.

http://www.mutualite.fr/content/download/7886/107769/file/rapport_congres_2012_nice.pdf

L'enquête Protection sociale complémentaire d'entreprise 2009 / Marc Perronin, Aurélie Pierre, Thierry Rochereau. – Paris : IRDES, 2012. – (Les rapports de l'IRDES). – 206 p.

<http://www.irdes.fr/Publications/Rapports2012/rap1890.pdf>

L'État et ses agences / Sous la direction de Thierry Wahl. – Inspection générale des finances. – Paris : ministère de l'Économie, des Finances et de l'Industrie, 2012. – (Rapport IGF). – 74 p.

http://www.igf.finances.gouv.fr/webdav/site/igf/shared/Nos_Rapports/documents/2012/Agences%20de%20l%27Etat/2011-M-044-01%20Agences%20de%20l%27Etat%202.pdf

L'évaluation de la performance des politiques sociales en Europe : rapport d'information déposé au nom du comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques / Michel Heinrich et Régis Juanico. – Paris : Assemblée nationale, 2011. – (Rapport d'information). – 694 p.

<http://www.assemblee-nationale.fr/13/pdf/rap-info/4098.pdf>

La Sécurité sociale : rapport 2012 sur l'application des lois de financement de la Sécurité sociale / Paris : Cour des comptes, 2012. – (Rapport de la Cour des comptes). – 576 p.

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/124000500/0000.pdf>

Les agences : une nouvelle gestion publique ? / Conseil d'État. – Paris : La documentation française. – (Les rapports du Conseil d'État). – 296 p.

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/124000501/0000.pdf>

Les enjeux de la prévention en matière de santé / Jean-Claude Étienne, Christian Corne, Conseil économique, social et environnemental. – Paris : Les Éditions du Journal officiel, 2012. – 58 p.

http://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Avis/2012/2012_03_prevention_sante.pdf

Les polypensionnés / Paris : DREES, 2012. – (Dossiers Solidarité et santé). – 72 p.

<http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier32.pdf>

Management et efficience hospitalière : une évaluation des déterminants / Dominique Acker, Anne-Carole Bensadon, Patrice Leg. – Paris : Inspection générale des affaires sociales, 2012. – (Rapport IGAS). – 118 p.

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/124000345/0000.pdf>

Livre blanc pour une stratégie pour des retraites adéquates, sûres et viables / Commission européenne. – Bruxelles : Commission européenne, 2012. – 44 p.

http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/livre_blanc-retraite-ce_2012.pdf

Livre blanc sur la Protection sociale : le système de santé et son financement – les évolutions nécessaires / Paris : MGEN, 2012. – 90 p.

http://www.mgen.fr/fileadmin/user_upload/Accueil/Communique_de_presse/2012/livreblanc.pdf

Mission hôpital public / Coordonnateurs Francis Fellingier et Frédéric Boiron. – Paris : ministère du Travail, 2012. – 103 p.

http://www.acteurspublics.com/files/pdf/nap/Mission_Hopital_Public_18avril2012.pdf

Pour une mise en œuvre effective du droit à des moyens convenables d'existence : analyse établie autour du concept de reste à vivre / Paris : Conseil national des politiques de lutte contre la ..., 2012. – (Rapports des groupes de travail du CNLE). – 151 p.

http://www.cnle.gouv.fr/IMG/pdf/CNLE_RAV_avec_sommaire_interactif.pdf

Propositions pour la maîtrise de l'ONDAM 2013-2017 / Paris : Inspection générale des finances, 2012. – (Rapport de l'Inspection générale des affaires sociales). – 100 p.

http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_ONDAM_IGAS-IGF.pdf

Rapport au Parlement : comité d'évaluation de la réforme de la gouvernance des établissements publics de santé / Jean-Pierre Fourcade. – Paris : ministère du Travail, 2011. – 75 p.

http://www.aef.info/public/fr/medias/docutheque/document/aef/2011/5126_rapport_du_comite_devaluation_de_la_reforme_de_la_gouvernance_des_hopitaux.pdf

Rapport d'information fait au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la Sécurité sociale de la commission des affaires sociales sur le financement des établissements de santé / Jacky Le Menn et Alain Milon. – Paris : Sénat, 2012. – (Rapport d'information du Sénat). – 341 p.

<http://www.senat.fr/rap/r11-703/r11-7031.pdf>

Rapport de certification des comptes du régime général de Sécurité sociale – Exercice 2011 / Cour des comptes, 2012. – 207 p.

<http://www.google.fr/url?sa=t&rct=j&q=rapport%20de%20certification%20des%20comptes%20du%20r%C3%A9gime%20g%C3%A9n%C3%A9ral%20de%20s%C3%A9curit%C3%A9%20sociale%20-%20exercice%202011&source=web&cd=2&cad=rja&sqi=2&ved=0CckQFjAB&url=ht tp%3A%2F%2Fwww.ccomp>

Retraites : la situation des polypensionnés – compléments et annexes / Conseil d'Orientation des Retraites. – Paris : COR, 2011. – (Rapports du COR). – 175 p.

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/114000578/0000.pdf>

Retraites : la rénovation des mécanismes de compensation / Conseil d'Orientation des Retraites. – Paris : La documentation française, 2011. – (Rapport du COR). – 125 p.

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/114000618/0000.pdf>

Retraites : perspectives 2020, 2040 et 2060 / Paris : Conseil d'Orientation des Retraites, 2012. – 145 p.

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/124000684/0000.pdf>

- Retraite, financement, équilibre financier, prospective, cotisation sociale, durée de cotisation, âge de la retraite...

À l'issue de la grande conférence sociale des 9 et 10 juillet 2012, le Conseil d'Orientation des Retraites (COR) a été chargé de réaliser un état des lieux du système de retraite et de ses perspectives financières. Ce nouveau diagnostic tient compte des modifications des règles intervenues en matière de retraite, des évolutions économiques depuis la mi-2011, sensiblement plus dégradées que prévu, ainsi que des nouvelles projections de population totale et des nouvelles projections de population active intégrant les effets de la réforme des retraites de 2010, publiées par l'INSEE. Ce document, complété par un second rapport adopté par le Conseil en janvier 2013, est organisé en quatre parties : Cadre général des nouvelles projections du COR et hypothèses sur lesquelles elles se fondent ; Perspectives financières des régimes de retraite et de l'ensemble du système ainsi obtenus, à différents horizons ; Perspectives de retraite pour les assurés ; Conditions d'équilibre du système de retraite.

Retraites : un état des lieux du système français – douzième rapport / Paris : Conseil d'Orientation des Retraites, 2013. – 150 p. – (Rapport du COR, n° 12)

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/134000053/0000.pdf>

- Assurance vieillesse, organisation, pilotage, équilibre financier, contributivité, solidarité, équité, sénior, emploi, pension de retraite, polypensionné

Dans le prolongement de son rapport sur les projections financières adopté par le Conseil d'Orientation des Retraites en décembre 2012 (« Retraites : perspectives 2020, 2040 et 2060 »), le présent rapport dresse un état des lieux du système de retraite français. Le Conseil a établi ce rapport sur la base des thèmes retenus à l'occasion de la conférence sociale des 9 et 10 juillet 2012 : équité du système de retraite (égalité femmes/hommes, personnes en situation de handicap, pénibilité), déterminants du niveau de pension, place respective de la solidarité et de la contributivité, pérennité financière du système de retraite, transition emploi/retraite, simplification et lisibilité du système de retraite au regard notamment de l'information des assurés et de la situation des polypensionnés.

État des lieux du financement de la Protection sociale en France : tome 1 : Note / Paris : Haut Conseil du financement de la Protection sociale, 2012. – 76 p.

http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/rapport_hcfi.pdf

- Protection sociale, financement, dépense sociale, plafond de ressources, dette sociale, comparaison internationale.

État des lieux du financement de la Protection sociale en France : tome 2 : Annexes / Paris : Haut Conseil du financement de la Protection sociale, 2012. – 82 p.

http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/annexes_rapport_hcfi.pdf

Protection sociale, financement, dépense sociale, plafond de ressources, dette sociale, comparaison internationale.

■ NOTES DE LECTURE PROPOSÉES PAR JULIEN DAMON, PROFESSEUR ASSOCIÉ À SCIENCES-PO, MEMBRE DU COMITÉ DE RÉDACTION DE LA REVUE REGARDS

Laurent Davezies, *La crise qui vient. La nouvelle fracture territoriale*, Paris, Seuil, « La République des idées », 2012, 111 pages, 11,8 €.

Le Davezies nouveau, sur la « nouvelle fracture territoriale », a toutes les vertus de l'auteur. Professeur au CNAM, il sait compter, écrire et provoquer. Compter, car il aime fouiller dans les bases de données afin de décrire les réalités et perspectives d'une France qui, rétive à la mondialisation, s'est adaptée par alourdissement de son système de redistribution sociale. Écrire, car il aime la synthèse et les formules frappantes (il en va ainsi de sa réserve sur l'INSEE qui aurait « le calcul entre deux chaises »). Provoquer, car sa thèse générale ne manque pas de faire sursauter. Loin d'être tirée d'affaire, la France va bientôt vivre la déflagration des conséquences du surendettement public. Le célèbre modèle social français constitue un formidable amortisseur de chocs économiques. Mais les mécanismes stabilisateurs, contenus dans l'importance de l'emploi public (majoritairement féminin) et de la Protection sociale, sont d'une efficacité coûteuse et, potentiellement, ruineuse. L'auteur invite à « déglobaliser » la crise afin de placer la focale à l'échelle territoriale. L'Île-de-France, moins dépendante des dépenses publiques, souffrirait moins de leur baisse que d'une augmentation des prélèvements. Il en va à l'inverse pour le Limousin. Davezies distingue, didactiquement, quatre France. Une France marchande dynamique (40 % de la population), qui rassemble les métropoles. Une France non marchande dynamique (40 % de la population) qui est une France « keynésienne » des retraités et des salaires publics. Ces territoires s'en sortiraient. Il n'en ira pas forcément de même pour les deux autres France (chacune représentant 10 % de la population), l'une marchande mais non dynamique, qui a déjà un genou à terre, l'autre ni dynamique ni marchande, vivant des revenus sociaux. Ces pages vives, peut-être par endroit trop bardées de chiffres, rappellent fondamentalement que les politiques sociales (implicitement territoriales) et les politiques territoriales (explicitement sociales) sont intimement liées. Elles rappellent également, comme une adresse à la ministre Duflot en charge du portefeuille, que la notion d'égalité des territoires ne va pas de soi. Et de moins en moins... Un ouvrage majeur, dont les qualités expliquent le succès.

Julien DAMON

Pierre Veltz, *Paris, France, Monde. Repenser l'économie par le territoire*, La Tour-d'Aigues, Éditions de l'aube, 2012, 238 pages, 15 €.

Pierre Veltz, ancien directeur de l'École des Ponts, aujourd'hui à la tête du projet d'aménagement du plateau de Saclay, propose un retour aux réalités et aux actualités géographiques. Analysant l'encastrement contemporain des dynamiques économiques et territoriales, il insiste, à rebours des déclinistes patentés, sur la « force agissante » de l'édifice territorial à la française. Sa perspective tient dans un constat qu'il partage avec Michel Serres : la France est une métropole dont le TGV est le RER. « Métropole distribuée », elle est constituée de territoires de front office ou de back office, de plaisir ou de relégation, de résidence ou de production. Cette configuration urbaine, avec ses lourdeurs (une gouvernance d'un autre âge) et ses difficultés (permanence voire amplification des clivages), est unique au monde. Alors que l'aménagement du territoire s'est appuyé sur une certaine urbaphobie et un souci de lutter contre le désert français, il faut aujourd'hui soutenir la puissance parisienne et le « concert français ». Toutes les agglomérations, en France, partagent un destin lié, ce qui est une force dans un monde « hyperindustriel » et postnational qui s'appuie sur un archipel de grandes métropoles. C'est un monde très concurrentiel où le capital va désormais au travail (qualifié) quand l'inverse a très longtemps prévalu. La France, dans ce contexte, a son unité, autorisée notamment par le système national de redistribution. Le Grand Paris (première ville universitaire mondiale) a des atouts : sa diversité de filières, sa qualité de vie, sa symbiose avec le reste du pays. Mais tout n'est pas rose. Paris court le risque d'une « patrimonialisation luxueuse » (à la Venise). L'équation francilienne d'allègement des coûts de logement et d'amélioration des conditions de transport est difficile à résoudre. La trop grande fragmentation communale pèse. D'où la nécessité de simplifier, de renforcer politiquement l'intercommunalité, et, concrètement, de faire absorber Montreuil ou Boulogne par Paris. Bien des propositions et observations pour une analyse particulièrement roborative. À relire dans quelques années, pour voir ce qui se sera passé.

Julien DAMON

Bertrand Fragonard, *Vive la protection sociale !*, Paris, Odile Jacob, 2012, 302 pages, 23,90 €.

Voici une synthèse magistrale qui vaut tous les traités (la clarté en plus), sur la protection sociale, les 30 points de PIB qu'elle représente, sa tuyauterie, ses principes, ses performances, ses limites, ses perspectives. Oui, le système, auquel tiennent les Français, atteint nombre de ses objectifs : limitation des inégalités, bon état de santé, etc. Il rencontre également de graves difficultés : déficits chroniques, « nouveaux » risques mal couverts (monoparentalité, dépendance, pauvreté). Au-delà du portrait didactique, le fil conducteur du livre tient dans les réformes possibles. Inscrit dans une ligne sociale-démocrate, l'auteur plaide pour des révisions paramétriques plutôt que systémiques, des adaptations plutôt qu'une révolution de l'architecture d'ensemble. Les pages fourmillent de pistes. De l'indexation des minima sociaux sur les salaires, à l'amélioration des aides au logement, en passant par une gestion plus volontariste du risque en assurance maladie et la poursuite de la réforme des retraites. Le scénario réformiste de l'auteur passe, notamment, par une hausse de la CRDS, la réduction sur dix ans de 1 point de PIB des dépenses sociales, et des redéploiements pour, à la fois, mieux dépenser et mieux couvrir. À lire, pour connaître, vraiment, la situation. Et pour se forger une opinion sur différentes options. Orfèvre hautement réputé de l'horlogerie sophistiquée de la Protection sociale, Bertrand Fragonard occupe les plus éminentes responsabilités, à la tête des Caisses nationales, dans les services de l'État ou encore à la présidence des comités d'expertise et de concertation, depuis quatre décennies. C'est peu dire qu'il s'y connaît. Une petite citation pour donner le ton : « Le vocabulaire est instructif : un trou, c'est plus vulgaire qu'un déficit — surtout si on le baptise noblement de keynésien ».

Julien DAMON

IMPRESSION, BROCHAGE



42540 ST-JUST-LA-PENDUE

MARS 2013

DÉPÔT LÉGAL 2013

N° 201301.0289



N° ISSN : 0988-6982

La loi du 11 mars 1957 n'autorisant, aux termes des alinéas 2 et 3 de l'article 41, d'une part que les « copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective », et d'autre part que les analyses et courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration « toute reproduction intégrale, ou partielle, faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause, est illicite ».

IMPRIMÉ EN FRANCE



www.en3s.fr

27, Rue des Docteurs Charcot
42031 Saint-Etienne Cedex 2
CS 53109
Tél. +33 (0)4 77 81 15 15
Fax +33 (0)4 77 81 15 00

Créée en 1987, la revue REGARDS est une publication bi-annuelle qui traite de la Protection sociale.

La revue REGARDS est composée de quatre parties :

La 1^{re} partie : « Les évolutions de la Protection sociale » traite d'un ou deux thèmes centraux décidés par le comité de rédaction.

La 2^e partie : « Le management de la Protection sociale – tendances et évolutions » comprend des articles sur une expérience de gestion ou de recherche menée dans un organisme de Protection sociale.

La 3^e partie : « Regards des acteurs » est alimentée par des articles très courts traitant de sujets du « moment » ou ayant trait aux thèmes traités dans la Revue.

La 4^e partie : « Bibliographie » fait référence à des ouvrages sélectionnés par le service documentation de l'Ecole et à des résumés d'ouvrages proposés ou rédigés par les membres du comité de rédaction et des élèves de la formation initiale.

Depuis 2010, la revue REGARDS est accessible en version dématérialisée sur le site internet www.en3s.fr/publications.

Vous pouvez également la commander au prix unitaire de 11 €

Pour en savoir plus :

Tél. 04.77.81.15.08

ou communication@en3s.fr



Flasher sur le QR Code
pour accéder à nos publications

ISSN 0988-6982