en3s
ECOLE DES DIRIGEANTS DE LA PROTECTION SOCIALE

N°46
SEPTEMBRE
2014

regards
PROTECTION SOCIALE

DOSSIER

ACTUALITÉS DE L'ACCÈS AUX DROITS

Regard d'un grand témoin,

Jean-Paul DELEVOYE

Sécurité sociale

www.en3s.fr

ECOLE DES DIRIGEANTS
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 13132
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

regards
PROTECTION SOCIALE

Comité de rédaction

Il est composé de 14 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,
Vice-Président du Haut Conseil du financement de la Protection sociale

Membres

Gérard ARCÉGA Président honoraire de l'association des anciens élèves de l'EN3S,
Directeur évaluateur, CNAMTS

Gilles ARZEL Directeur de la CPAM de Pau

Jean-Marc AUBERT Directeur conseil et services IMS Health,
Conseiller scientifique de l'EN3S

Jean-François CHADELAT Inspecteur général des affaires sociales,
Directeur honoraire du fonds de financement CMU

Alain CHAILLAND Conseiller référendaire à la Cour des comptes

Delphine CHAUFFAUT Ancienne Chef du département « Questions sociales »
au Commissariat général à la stratégie et la prospective

Julien DAMON Professeur associé à Sciences-Po
Conseiller scientifique de l'EN3S

Christophe DEMILLY Directeur de la CAF de la Gironde

Philippe GEORGES Inspecteur général à l'IGAS

Gilles HUTEAU Professeur en Protection sociale à l'EHESP

Dominique POLTON Présidente de la Commission des comptes de la Santé,
Conseillère auprès du directeur de la CNAMTS

Xavier PRETOT Conseiller à la Cour de cassation,
Ancien professeur associé à l'Université Panthéon Assas (Paris II)

Vincent RAVOUX Directeur du réseau des CAF, CNAF

regards
PROTECTION SOCIALE

SOMMAIRE

PAGE 9 | **Introduction au numéro**
Par **Dominique LIBAULT**, Directeur général de l'EN3S, Vice-Président du Haut Conseil du financement de la protection sociale

1 Actualités de l'accès aux droits

PAGE 13 | **L'interview du grand témoin**
Jean-Paul DELEVOYE, Président du Conseil économique, social et environnemental

A- Accès aux droits : doctrine et points de vue

PAGE 23 | **Le droit de l'accès aux droits : de quoi parle-t-on ?**
Par **Robert LAFORE**, Professeur de droit public, Université de Bordeaux

PAGE 33 | **Accès aux droits et assurance maladie : le regard de la Direction de la Sécurité sociale**
Par **Géraldine DUVERNEUIL**, Chef du bureau « Couverture maladie universelle et prestations de santé » à la Direction de la Sécurité sociale

PAGE 41 | **Les refus de soins opposés aux bénéficiaires de la CMU-C, de l'ACS et de l'AME : les principaux constats et préconisations du Défenseur des droits**
Par **Bernard DREYFUS**, Délégué général à la médiation avec les services publics

PAGE 51 | **Point de vue d'un médecin généraliste engagé sur l'accès aux droits**
Par **Christophe ADAM**, médecin généraliste, trésorier national de l'Association « Médecins du monde »

en3s
ECOLE DES DIRIGEANTS DE LA PROTECTION SOCIALE

www.en3s.fr

SOMMAIRE

B- Accès aux droits : illustrations concrètes dans l'actualité des réseaux d'organismes de protection sociale

PAGE 61

Comment expliquer le non-recours à l'Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé ? Les résultats d'une enquête auprès de bénéficiaires potentiels à Lille en 2009

Par **Sophie GUTHMULLER**, Chercheur au sein de l'Unité académique en économie de la santé (AUHE), University of Leeds
Et **Florence JUSOT**, Professeur à PSL, Université Paris-Dauphine (LEDA-LEGOS) et chercheur associé à l'IRDES
Et **Thomas RENAUD**, Consultant et Formateur Statistiques et Économie de la santé, TECSTA
Et **Jérôme WITTWER**, Professeur à l'Université de Bordeaux

PAGE 75

La lutte contre le non-recours : des enjeux pour la production des politiques sociales

Par **Philippe WARIN**, Responsable scientifique d'ODENORE
et **Pierre MAZET**, chargé de recherche à l'ODENORE

PAGE 83

L'accès au droit : un thème axial central de la convention d'objectifs et de gestion ÉTAT/CNAF

Par **Daniel LENOIR**, Directeur général de la Caisse nationale d'allocations familiales

PAGE 87

Le fondement des politiques d'accès aux droits dans la branche famille du régime général : le non-recours aux prestations

Par **Nadia KESTEMAN**, conseillère technique recherche à la Direction des statistiques, des études et de la recherche de la Caisse nationale d'allocations familiales

PAGE 99

PLANIR, une démarche concrète de l'Assurance Maladie pour favoriser l'accès aux droits et aux soins et mieux accompagner les situations à risques

Par **Christian FATOUX**, Directeur de la Caisse primaire d'assurance maladie du Gard
et **Charles SERRANO**, Directeur de la Caisse primaire d'assurance maladie du Hainaut
et **Vincent MAGINOT**, Directeur de la CPAM de Cahors, ancien responsable du Département Organisation et Marketing à la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)
et **Jean-Yves CASANO**, Directeur de la Caisse primaire d'assurance maladie de la Somme

PAGE 107

Le renoncement aux soins, un enjeu pour l'assurance maladie. Éléments de réflexion issus d'une étude menée par la CPAM du Gard

Par **Christian FATOUX**, Directeur de la CPAM du Gard

C- Accès aux droits : les nouvelles stratégies globales

PAGE 117 | La contribution du répertoire national de la protection sociale à la détection des droits potentiels et des droits ouverts indûment
Par Claude FRICONNEAU, chargé de mission à la Direction de la sécurité sociale, responsable du projet RNCPS

PAGE 123 | La coopération inter-régimes et inter-branches dans le domaine de l'accès aux droits à retraite
Par David CLAIR, Directeur national de la retraite à la Caisse nationale d'assurance vieillesse

PAGE 129 | Une mission de recherche-action pour réduire le non-recours aux minima sociaux
Par Anne-Laure MICHON, Chef de projet au Service « Innovation et service aux usagers », Secrétariat général pour la modernisation de l'action publique

PAGE 135 | La Déclaration sociale nominative (DSN) et l'accès aux droits
Par Jean-Louis BUHL, Président du comité de normalisation des données sociales déclaratives et de leurs échanges

D- Accès aux droits : vues d'ailleurs

PAGE 143 | Comment la Poste approche la question de l'accès aux droits dans son univers ? Ou comment faciliter l'accès au service pour les plus démunis pour réussir l'accès pour tous ?
Par Xavier QUERAT-HÉMENT, directeur qualité, groupe la Poste

PAGE 151 | OBAMACARE ou la longue marche des États-Unis vers l'accès aux soins pour tous
Par Claire AUBIN, Inspectrice générale des affaires sociales, Conseillère pour les affaires sociales à Washington

SOMMAIRE

E- Accès aux droits : cinq contributions des élèves en formation initiale

PAGE 163 | L'action des Agences régionales de santé face à la désertification médicale : une boîte à outils perfectible
Par **Thibaut L'HERMITTE, Raphael BONNIER, Bahar BILGIN, Emmanuelle CAYADO et Magali JACQUET**, anciens élèves de la 52e promotion de l'EN3S
Et sous la supervision de **Pierre-Jean LANCRY**, Directeur général de l'Agence régionale de santé de Basse-Normandie

PAGE 173 | Les Centres d'examen de santé de l'assurance maladie et l'accès aux soins des publics vulnérables
Par **Maud MOREIGNE, Laure VIVIES, Stéphane UGUEN et Frédéric FRÉNET**, anciens élèves de la 52e promotion de l'EN3S
Et sous la supervision de **Norbert DEVILLE**, Directeur du Centre technique d'appui et de formation des centres d'examens de santé

PAGE 185 | L'accès aux soins et l'action sociale des CPAM
Par **Léa DIVAY-FEILLET, Géraldine BRUN, Morgane JAVELLE, Antoine PASTOR et Stéphanie WILLOT**, anciens élèves de la 52e promotion de l'EN3S
Et sous la supervision de **Gisèle SANTA CRUZ**, Sous-Directrice de la CPAM du Rhône

PAGE 193 | Le recours à l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS)
Par **Anne-Claire LIBERSAC, Ludivine GIACALONE, Alix VIGNE, Gaël PÉROCHAU et Valentin COUBLE**, anciens élèves de la 52e promotion de l'EN3S
Et sous la supervision de **Raphaëlle VERNIOLLE**, Directrice adjointe du Fonds CMU

PAGE 201 | La gestion des bénéficiaires de la CMU-C par les organismes complémentaires agréés
Par **Ophélie BEAU, Amandine FLOTTES, Hélène MAGNON et Jonathan WINO**, anciens élèves de la 52e promotion de l'EN3S
Et sous la supervision de **Jean-François CHADELAT**, Président honoraire du Fonds CMU

2 Le management de la Protection sociale

PAGE 211 | La progression de la protection sociale dans le monde : synthèse des informations collectées par l'OIT
Par **Julien DAMON**, Professeur associé à Sciences Po, Conseiller scientifique de l'EN3S

PAGE 221 | Protection sociale et sécurité sociale
Réflexions à propos du colloque du Conseil d'État « Impôt et cotisations : quel financement pour la protection sociale ? »
Par **Jacques BARTHÉLÉMY**, Avocat - Conseil en droit social, ancien professeur associé à la Faculté de Droit de Montpellier, fondateur en 1965 du Cabinet éponyme

PAGE 227 | L'institutionnalisation de l'évaluation de politique au sein d'un organisme local de sécurité sociale : l'exemple de la CAF de la Gironde
Par **Nadia OKBANI**, Doctorante au Centre Émile Durkheim (Science-po Bordeaux)

PAGE 235 | Arrêts de travail : une problématique de santé publique
Par **Nathalie ROCHE**, médecin responsable qualité des centres d'examens et de santé du réseau et chargée de mission auprès de la direction de la Caisse primaire d'assurance maladie de la Gironde

3 Bibliographie et notes de lecture

Ouvrages sélectionnés par l'EN3S

Notes de lecture

Introduction au numéro

Par Dominique LIBAULT,
Directeur de l'EN3S et Vice-Président du Haut Conseil du financement de la protection sociale

Le non recours aux droits représente une véritable interpellation pour notre société toute entière et notamment pour les services publics chargés de mettre en œuvre les droits sociaux.

Comment se fait-il qu'alors même que des besoins sont criants, certains, souvent au cœur de la cible qui a justifié la création de ce droit, n'en bénéficient pas ?

Le droit est-il mal conçu ? Mal expliqué ? Trop complexe ? Le lien entre le service public et certains de nos concitoyens s'est-il distendu à ce point de défiance ou d'isolement que même des mesures positives, susceptibles d'aider, ne suscitent pas l'intérêt ? Quelles sont les véritables raisons de cette montée en puissance de questionnement sur l'accès aux droits ? Quelles sont les solutions ébauchées ou en cours de réalisation ?

Tel est l'objet de ce numéro de Regards qui bénéficie de contributions extrêmement variées et visant à explorer les différents aspects du sujet : de la définition même du concept d'accès aux droits (Robert LAFORE) jusqu'aux réponses en cours d'élaboration dans l'institution (Daniel LENOIR, Nadia KESTEMAN, Jean-Louis BÜHL, David CLAIR, Christian FATOUX, Charles SERRANO, Vincent MAGINOT, Jean-Yves CASANO, Anne-Laure MICHON), en passant par les regards extérieurs d'universitaires et de professionnels (Philippe WARIN, Pierre MAZET, Sophie GUTHMULLER, Florence JUSOT, Jérôme WITTWER, Thomas RENAUD, Christophe ADAM, Bernard DREYFUS) sans oublier la Direction de la sécurité sociale (Claude FRICONNEAU et Géraldine DUVERNEUIL) et les élèves de l'EN3S.

Deux éclairages très intéressants « venus d'ailleurs » sont proposés par Xavier QUERAT-HEMENT sur le groupe La Poste, et par Claire AUBIN sur la situation américaine (« Obamacare »).

Jean-Paul DELEVOYE, Président du Conseil économique, social et environnemental, a également accepté d'être notre grand témoin sur ce thème de l'accès aux droits, reliant ce sujet à un diagnostic sans fard des malaises de notre société.

Qu'ils soient tous remerciés de leur contribution.

Quelques idées et préconisations personnelles pour cette introduction :

- Travailler sur la confiance entre les organismes du service public de la prestation sociale et les assurés sociaux : il est vital d'enrayer le mouvement de défiance croissante entre une grande partie de nos concitoyens et les institutions publiques, mouvement qui n'épargne pas complètement les organismes de protection sociale, malgré l'image encore favorable qui se dégage des inégalités d'opinion.
- Utiliser des tiers médiateurs ayant un meilleur accès à ces populations ;

- Donner la parole aux assurés sociaux et les écouter ;
- Travailler sur des modalités de contact adaptées aux personnes ayant des problèmes avec l'écrit et la langue française ;
- Favoriser l'utilisation du contact numérique pour le maximum d'allocataires (ou de cotisants) afin de concentrer les capacités d'accueil personnalisé et l'accompagnement sur les assurés sociaux les plus vulnérables, fragiles, éloignés du système.
- Systématiser une approche des droits multi-branches et multi-régimes ;
- Renforcer la connaissance, la compréhension et la réflexion sur le droit et l'accès aux droits pour les dirigeants, les cadres et les salariés du service public, qui a eu tendance à s'amenuiser à mesure que l'application du droit sortait intégralement des programmes informatiques (certains documents récents laissent songeur…).
- Concentrer tous les efforts de simplification de la législation sur un point nodal : adopter la même appréciation des revenus pour l'ensemble des prestations, en nature (faisant appel à la connaissance des ressources de l'intéressé) d'une part, et les prestations en espèces d'autre part (hors retraite).
- Cette unicité appelle deux évolutions : sur l'assiette des ressources prise en compte, sur la périodicité d'appréhension des revenus (trimestrielle, année civile, année glissante…).
- Il est logique en revanche que subsistent des appréciations soit du seul revenu de l'intéressé, soit du ménage mais le passage de l'un à l'autre doit être aisé.
- Créer un portail internet « mes droits sociaux » qui permettrait, une fois la simplification ci-dessus réalisée, de guider l'intéressé vers l'ensemble de ses droits à partir d'un descriptif très simple de sa situation familiale et financière. Ceci suppose naturellement une approche multi-branches et multi-régimes, donc une gouvernance appropriée. Les progrès en la matière sont infiniment trop lents.
- Seule une approche totalement cohérente entre l'évolution du droit et l'évolution du service public permettra de progresser durablement, tout en respectant par ailleurs les contraintes d'efficience renouvelées par les COG récentes, qui sont amenées à durer dans le contexte économique et social de la France.

DOSSIER

1

Dossier central :

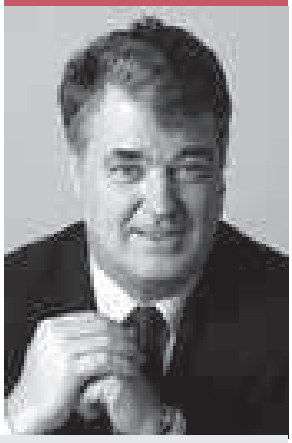
ACTUALITÉS DE L'ACCÈS AUX DROITS

en3s
ECOLE DES DIRIGEANTS
DE LA PROTECTION SOCIALE

www.en3s.fr

Par Dominique LIBAULT, Directeur de l'EN3S
Et Julien DAMON, Conseiller scientifique de l'EN3S

Regard d'un grand témoin



Jean-Paul DELEVOYE, Président du Conseil économique, social et environnemental

Jean-Paul DELEVOYE

Né le 22 janvier 1947, cet ancien directeur de sociétés agroalimentaires fut conseiller municipal de la commune d'Avesnes-les-Bapaume dès 1974, puis occupa notamment des fonctions de Conseiller général du Pas-de-Calais et de Maire de Bapaume de 1982 à 2014. Député du Pas-de-Calais de 1986 à 1988, il est en 1986 membre du comité directeur de l'Association des Maires de France (AMF), et Président de la commission des finances. Il fut également Président de l'AMF de 1992 à 2002. Sénateur du Pas-de-Calais de 1992 à 2002, président du groupe des sénateurs-maires, il dirigea et participa notamment à de nombreuses études et rapports sur les questions territoriales, de décentralisation.
Ministre de la Fonction Publique, de la réforme de l'État et de l'aménagement du territoire de 2002 à 2004, il a notamment engagé la réforme de l'ENA et celle de la retraite des fonctionnaires. Jean-Paul Delevoye a également été Médiateur de la République d'avril 2004 au 31 mars 2011.
Jean-Paul Delevoye a été élu Président du Conseil économique social et environnemental le 16 Novembre 2010.

M. LIBAULT
Pour ce numéro de la revue Regards, nous avons choisi le thème de l'accès aux droits, que vous abordez dans votre ouvrage « Reprenons-nous ! ».
Vous écrivez en effet : « Je ne parle pas uniquement de ceux qui, tout en étant dans leur droit, n'arrivent pas à les faire valoir et sont broyés par un système qui considère impossible de prendre en compte les exceptions et les cas particuliers, qui sont laminés par une administration, qui parfois se moque bien de répondre avec l'urgence nécessaire pour éviter un drame. Je pense à une catégorie dont il n'est jamais question, mais qui grossit inexorablement, d'hommes et de femmes qui sont tellement usés par leur propre quotidien qu'ils ne revendiquent plus rien. ». La première raison du non-accès au droit serait donc l'usure ou la fatigue, qui empêchent toute revendication des droits. Ceci serait donc révélateur de l'état d'une partie de notre société.

M. DELEVOYE
Après la seconde guerre mondiale, la société française était plutôt homogène. Il existait des lieux collectifs de socialisation, comme l'usine, et les ruptures de parcours étaient réversibles. Dans une perspective judéo-chrétienne de déculpabilisation, il y avait un souci de générosité à l'égard d'autrui. Cette préoccupation n'était pas toujours exempte d'un certain paternalisme.
Depuis les années 80, la situation a changé : le discours d'inclusion et d'accès aux droits masque de redoutables mécanismes d'exclusion, comme en témoigne le fait que l'école de la République profite avant tout aux élites. De plus, le système économique exclut les non-diplômés. Les compensations et les stages sont un leurre : les exclus du marché du travail n'y reviendront jamais.
Une étape supplémentaire a été franchie il y a quelques années : les mécanismes d'exclusion ont laissé la place à des mécanismes d'expulsion. Sachant qu'elles ne pourront jamais être réintégrées, les personnes expulsées

adoptent parfois des positions extrêmes.
Gilles KEPEL, qui analyse actuellement les résultats des dernières élections municipales dans les banlieues, a montré que certains jeunes qui se sentent rejetés ne s'engagent dans le djihad que pour manifester leur existence. De même, le besoin d'exister conduit parfois à affirmer violemment ses droits, y compris par la voie judiciaire.
Je me souviens d'un délégué du médiateur qui avait rapporté les propos suivants : « Lorsque le système me met dans cette situation, je n'ai que deux solutions : me supprimer ou supprimer le système. ».
À cet égard, nous n'avons pas été assez attentifs aux évolutions de la dépression et aux nouvelles formes de suicide, qui auraient dû nous alerter sur ce mécanisme d'expulsion. Il y a une dizaine d'années, c'est la honte qui l'emportait chez les malades dépressifs. Aujourd'hui, ces malades ont des explications à leur état : leur conjoint, leur patron, etc. Par ailleurs, une nouvelle forme de suicide émerge, le suicide après un passage à l'acte, qui consiste par exemple à commencer par tuer son conjoint et ses enfants. Il me semble que ces expressions de la souffrance ne sont que le révélateur de l'expulsion sociale.

M. LIBAULT
Comment expliquez-vous ce mécanisme d'expulsion et ce phénomène de non-recours aux droits ?

M. DELEVOYE
En effet, parmi les nombreuses personnes qui ne peuvent répondre à leurs besoins de logement, d'alimentation et d'habillement, certains refusent de s'adresser aux services sociaux. Les uns agissent ainsi par révolte contre le système, d'autres parce que leur sens de la dignité les empêche d'effectuer les démarches nécessaires ou parce que le poids du quotidien les paralyse. Tout ceci sans parler de la complexité des procédures ! En témoignent l'échec du RSA et le fait que d'aucuns préfèrent travailler au noir.
La collectivité a certes reconnu des droits. On peut donc avoir l'impression qu'elle fait son devoir. Personnellement, je crois que, dans le nouveau rapport qu'il importe d'établir entre individus et collectif, il faut passer de la responsabilité individuelle - autrement dit de l'exercice individuel des droits - à un mécanisme social d'accompagnement des individus pour les aider à surmonter les difficultés qu'ils ne peuvent résoudre seuls. L'accompagnement doit donc se substituer à la gestion. Il est d'autant plus nécessaire de simplifier l'accueil et l'accompagnement que la société se complexifie et que ce phénomène s'accélère. Si nous n'agissons pas, l'accès aux droits sera réservé à ceux qui seront en mesure de comprendre la complexité.

M. LIBAULT
Le service public doit donc changer de rôle et assurer une meilleure prise en charge globale ?

M. DELEVOYE
Il s'agit en effet de construire un contrat de confiance et de créer des relations nouvelles entre le monde de la protection sociale et les citoyens : le rapport

entre dominants et dominés peut être remplacé par une co-construction, avec des co-acteurs. Les patients, par exemple, doivent établir une pleine relation de confiance avec les médecins et cesser d'être de simples consommateurs. Le processus sera certes long, mais pérenne.

Il faut aussi encourager le réveil de la citoyenneté. Il me semble que nous vivons un moment charnière où l'individu risque d'adopter une vision utilitariste qui entraînera des chocs d'intérêts entre travailleurs et chômeurs, entre jeunes et retraités, entre bien portants et malades, etc. Une autre voie est possible : celle qui consiste à donner la priorité à la responsabilité collective et à opter pour un pacte de solidarité et de partage.

C'est un point particulièrement sensible en période de crise, propice au développement du « racisme d'assiette » et à la recherche de boucs émissaires : étrangers, fonctionnaires, grands patrons, médecins, etc.

M. LIBAULT

Quels remèdes suggérez-vous ?

M. DELEVOYE

Les solutions existent. Je pense en particulier à la stratégie d'investissement social. Il faut recréer l'espérance d'une vie collective compatible avec des perspectives d'épanouissement individuel. Nous avons perdu le sens d'un dessein collectif : le communisme et le libéralisme ont disparu, le premier avec la chute du Mur de Berlin et le second avec l'affaire LEHMAN Brothers. Par ailleurs, les projets politiques se résument parfois à des stratégies de conquête du pouvoir et ne sont pas au service d'un projet de société. En l'absence de perspective collective, le pouvoir ne fait plus que gérer les peurs et les humiliations. Face à cette peur, les citoyens revendiquent l'accès aux droits.

Je suis convaincu que nous devons passer d'une société de la performance et de la possession à une société de l'épanouissement, du bien-être et du partage. Par conséquent, la santé, entendue au sens large de protection de l'équilibre individuel, devrait prendre une importance majeure.

Il faut aussi s'interroger sur ce que représentent les recettes de la sécurité sociale. Ces ressources, au-delà de leur expression en milliards, constituent la traduction de la solidarité. Il me semble que chacun devrait être fier de contribuer au financement de la solidarité. Il s'agit du sens même de l'impôt.

Je regrette que ni la majorité ni l'opposition ne réfléchisse à l'adaptation de la fiscalité à la société moderne. De même, je regrette que l'on ne réfléchisse pas aux principes qui devraient régir les politiques de santé et de protection sociale. Les débats portent trop souvent sur les conséquences, sur la gestion, sur l'exercice de la présidence et pas assez sur les perspectives et les espérances.

Enfin, la complexité nous empêche de prendre conscience de la façon dont tout ceci est perçu par l'opinion publique. Nombre de nos concitoyens sont convaincus que le respect de la loi est inutile et que c'est celui qui détient argent et pouvoir qui réussit. Du reste, dans le domaine de la santé, n'est-il pas courant d'entendre dire qu'il est essentiel de connaître les numéros de téléphone portable des médecins ?

N'oublions pas que la démocratie vaut non par ses mécanismes mais par ses valeurs ! Dans ces conditions, chaque acteur doit s'interroger sur l'éthique procédurale. Il en va de même dans le monde de la finance, où la réflexion sur l'éthique procédurale émerge, en particulier dans les finances de caractère confessionnel.

M. LIBAULT

Vous dites que l'accès aux droits n'est pas un thème mineur et qu'il représente bien plus que la simple mesure du nombre des bénéficiaires de telle ou telle disposition. Au contraire, la réalité de l'accès aux droits révèle de nombreux éléments portant sur la citoyenneté, sur la confiance, sur l'espérance collective, etc. Si l'accès aux droits exige une autre posture du service public, n'exige-t-il pas aussi la redéfinition des droits. Vous avez évoqué la réversibilité des situations. On pourrait ajouter que ces droits, conçus pour « débarrasser le travailleur de l'incertitude du lendemain » selon l'expression de Pierre Laroque, l'ont été en fonction de risques sociaux parfaitement identifiés (maladie, chômage, etc.). Dans une société du vivre-ensemble, l'accès aux droits n'imposerait-il pas une double réflexion, portant aussi bien sur l'accessibilité que sur la définition des droits ?

M. DELEVOYE

Ceci nous conduit à nous interroger sur la contribution citoyenne. La communauté des acteurs de la protection sociale peut être au cœur de mobilisations

Jean-Paul DELEVOYE

Interview réalisée Par Dominique LIBAULT Et Julien DAMON

citoyennes dans une perspective non de contestation mais de modification des comportements. Entre 1995 et 2002, nous sommes passés de la fracture sociale au besoin de sécurité. La notion de fracture sociale impliquait que chacun se sentait citoyen et concerné par la nécessaire réduction des inégalités. Chacun se sentait responsable. En 2002, la croyance en la réussite collective a disparu : l'individu réclame de la collectivité des droits et devient un consommateur de la République. Il attend du service public des prestations qui lui conviennent à titre personnel et indépendamment de l'intérêt général. Ce comportement est d'autant plus marqué que les intéressés souffrent. Ceci peut expliquer que l'hôpital public soit l'une des institutions les plus appréciées car les patients y existent. Ils sont même le centre de l'attention des professionnels de santé !

De plus, l'individu demande à la collectivité qu'elle le protège d'autrui. Ceci apparaît nettement dans le comportement des patients dans les services d'urgence des hôpitaux.

Votre question en recouvre donc plusieurs : celle de l'élaboration des droits ainsi que celle de l'exercice des droits, aussi bien par les prestataires que par les usagers. Les droits devraient responsabiliser alors qu'ils déresponsabilisent actuellement. En effet, l'absence de confiance en la force du droit conduit au droit à la force. Nous constatons le développement de relations conflictuelles entre ceux qui répondent à l'exigence des droits et ceux qui réclament ces derniers dans une attitude de consommateur. Il faut promouvoir la co-responsabilisation et ce, dans tous les domaines. Ainsi, au Conseil économique, social et environnemental, nous avons réalisé une étude sur la parentalité, qui a conclu à la nécessité d'encourager l'accompagnement des familles.

De façon plus générale, on peut se demander si le droit cimente la vie collective ou s'il la fragmente en encourageant les revendications individuelles. Il y a là matière à débat. Ce débat me semble d'autant plus urgent que se développe la médecine prédictive et que se fait jour la possibilité de s'assurer en fonction des risques individuels. Nous vivons donc un moment essentiel quant aux choix politiques entre l'égalité individuelle dans le cadre d'un pacte collectif et des parcours individuels différenciés. Personnellement, je suis très réservé sur la médecine à plusieurs vitesses.

M. DAMON

Au-delà de la nature des droits et des principes, une question institutionnelle se pose : qui peut faire évoluer la situation ? Et quel est le rôle de chacun des acteurs ? En effet, chacun, qu'il soit ministre, représentant d'une administration centrale ou d'un organisme de sécurité sociale a tendance à se dire impuissant face à l'immensité de la tâche. Je pense au contraire que chacun peut apporter sa pierre à l'édifice.

M. DELEVOYE

Ne sous-estimons pas la capacité des minorités à transformer le monde ! Chacun a la possibilité de changer le regard qu'il porte sur le monde. Or, les individus s'intéressent souvent aux conséquences du changement sur leur situation personnelle, au lieu de regarder l'intérêt général.

De plus, la France privilégie le conflit aux dépens du dialogue, pourtant nécessaire à la conduite du changement. Il faut tenir compte de la capacité des acteurs à réaliser les changements. L'euphorie du pouvoir et le sentiment de supériorité qui caractérise les dirigeants dans tous les domaines - qu'il s'agisse de l'hôpital, de l'école ou de l'entreprise - l'empêchent. Les Français préfèrent la jouissance du pouvoir à l'exercice du pouvoir.

Cependant, des forces citoyennes sont en train d'émerger. Encore faut-il que le politique sorte du champ strictement politique. Je suis convaincu que la fertilisation est locale et qu'il ne faut pas négliger la capacité d'initiative et d'innovation des territoires, voire la volonté de changer. Tous les médecins, toutes les infirmières ont envie de faire le bonheur de leurs patients en corrigeant les dysfonctionnements dont ils ont parfaitement conscience. Les optimismes locaux se heurtent souvent au pessimisme national. Il faudrait donc déconcentrer, voire déléguer les pouvoirs sur le terrain.

Nous nous heurtons à un choc de temporalité. Le système selon lequel « Je décide et vous obéissez » ne fonctionne plus. Une respiration nouvelle se met en place en plusieurs étapes. La première phase est la pédagogie des enjeux : les acteurs qui subissent le changement doivent en comprendre les enjeux. Sinon, ils s'y opposeront. C'est par exemple le cas pour les fumeurs, qui doivent comprendre que fumer est dangereux. Ainsi, la Suède a mis sept ans pour convaincre l'opinion publique de la nécessité de réformer le système de retraites. Cette pédagogie des enjeux requiert la proximité. La deuxième étape est l'organisation d'un débat participatif, qui permet de faire émerger la décision.

Au-delà des révisions institutionnelles, c'est la réforme des pratiques qui s'impose. Les changements apparaîtront sur le terrain. Certes, le niveau central doit contrôler mais avec la mondialisation, la circulation des marchandises, des idées et des capitaux échappe au pouvoir du Prince. Ainsi, les citoyens ont la possibilité d'obtenir à l'étranger des prestations de soins interdites en France, comme l'assistance au suicide en Suisse ou la PMA pour les couples homosexuels en Belgique ou en Espagne. Les Princes devraient demander à leurs sujets de se responsabiliser et de co-construire un nouveau projet. Ceci se produira sur le terrain et lentement. Il faudra un laps de temps plus long que celui qui sépare deux élections. Or, tels de jeunes enfants, nous avons tendance à survaloriser le quotidien et à surconsommer l'instant présent. Cette voracité du temps s'accélère du reste, avec les moyens modernes de communication. De plus, comme la conduite du changement est liée, de façon positive ou négative, à la carrière de celui qui s'en est chargé, toute prise de risques est interdite. Ceci doit également changer : le politique ne doit pas sanctionner les hauts fonctionnaires qui échouent dans de telles entreprises et le droit à la faute doit être reconnu. La co-responsabilité doit s'exercer à tous les niveaux.

Le système n'a pas compris que tout bougeait en dehors de lui. Regardez par exemple les divers dispositifs de transport automobile qui se développe à côté des taxis traditionnels. Je pense par exemple à BlaBlaCar. Dans un tel contexte, il ne faut pas se raidir. Il faut au contraire s'adapter.

M. LIBAULT

S'agissant de l'articulation entre le niveau national et le niveau local, je reconnais que la fertilité se trouve au niveau local et qu'il faut renoncer à tous les vains enjeux de pouvoir. Néanmoins, si je prends l'exemple des parcours de soins des personnes âgées - il s'agit de la mise en œuvre d'un droit essentiel, celui de bien vieillir et de rester chez soi aussi longtemps que possible -, je constate qu'il est important de coordonner toutes les interventions et que la seule mobilisation des acteurs de terrain ne suffit pas. Des outils susceptibles de faciliter les échanges sont nécessaires au niveau local. De tels outils sont coûteux et risquent d'être inefficaces en l'absence de pilotage national.

M. DELEVOYE

L'égalité d'accès aux droits consiste non seulement en la gestion de la proximité mais aussi en l'égale qualité de la réponse. Il faut donc concilier l'efficacité globale et la proximité, l'unité et la diversité. Vous avez raison, car l'intendance requiert la cohérence, c'est-à-dire une contrainte normative centrale ainsi qu'un pilotage central. L'articulation entre le niveau local et le niveau central est donc déterminante.

M. LIBAULT

De même, bien que le médecin local agisse aussi bien qu'il le peut, il est apparu nécessaire de créer la Haute

Autorité de Santé, qui émet des recommandations, ce qui permet de limiter les divergences injustifiées de prise en charge.

M. DELEVOYE
C'est toute la problématique de l'éthique procédurale, qui est apparue en pleine lumière avec l'affaire SERVIER.

M. LIBAULT
L'accompagnement dans l'accès aux nouveaux droits, qui ne seront pas exclusivement monétaires si l'on s'achemine vers une société du bien-être - je pense en particulier à la stratégie de prévention et à l'éducation thérapeutique - exige une nouvelle posture de la part du service public. Quel est votre point de vue ?

M. DELEVOYE
Le service public s'est enfermé dans un rôle de stricte gestion de dossiers et de situations, au détriment de la dimension humaine. Ainsi, les agents de Pôle emploi ou de la CAF dialoguent plus avec leur ordinateur qu'avec les usagers, qui se sentent alors dépossédés du droit d'exister. En outre, le service public apparaît trop complexe à ceux qui en ont besoin. Je pense par exemple aux bornes interactives des bureaux de Pôle emploi, que certains sont incapables d'utiliser sans l'aide d'un agent d'accueil.
Dans le choc culturel que j'attends, l'exercice des droits devrait effacer les droits eux-mêmes, ceux-ci devraient se diluer dans la personne, tout comme les libertés publiques sont devenues invisibles par leur évidence. En effet, le droit à être bien soigné peut parfaitement ne pas être mis en œuvre si le système social dans son ensemble concourt au bien-être des individus.

M. LIBAULT
Quelle évolution politique souhaiter pour en arriver là ?

M. DELEVOYE
Je rêve d'une société dans laquelle les droits nouveaux seraient assortis de responsabilités nouvelles. Selon moi, les élus locaux ne doivent pas défendre des infrastructures mais ils doivent promouvoir une politique. Ils doivent soutenir la médecine et non les médecins, la santé et non l'hôpital, l'agriculture et non les agriculteurs, etc. Cet objectif politique rendrait les élus locaux responsables. C'est ce que nous avions fait dans la communauté de communes de Bapaume, où nous nous étions préoccupés de l'obésité à l'école. Nous devons appliquer notre capacité de mobilisation aux enjeux politiques. Il est manifeste que les individus se transcendent s'ils se rassemblent autour d'une cause alors qu'ils se déchirent autour d'intérêts. Vieillir le plus longtemps possible et le mieux possible peut devenir la cause des personnes âgées, avec l'espérance de rester à domicile. Le service public doit être renforcé et ne plus être la réponse automatique à la défausse des responsabilités individuelles. Il faut trouver le juste équilibre entre la solidarité collective et la solidarité individuelle. Il faut avoir un débat sur la pédagogie des enjeux, sur l'importance d'un pacte collectif autour de la santé et de la protection sociale ainsi que sur

les principes qui fondent ce pacte et sur la mobilisation qui rend chacun acteur de cette réalité.

M. DAMON
Vous avez beaucoup réfléchi à la stratégie d'investissement social. Quel lien y voyez-vous avec l'accès aux droits ?

M. DELEVOYE
Il s'agit exactement du même processus. L'étude du Conseil économique, social et environnemental sur l'investissement social a mis en évidence que plus l'investissement est précoce, plus les comportements sont modifiés, ce qui favorise la responsabilisation de chacun. Il faut changer le regard porté sur la protection sociale. C'est pour cette raison que j'ai soutenu des programmes alimentaires pour lutter contre l'obésité.
Par ailleurs, j'estime qu'il convient d'anticiper les ruptures : préparer son licenciement, sa vieillesse, sa mort, etc. Le système de protection sociale ne doit pas être conçu comme apportant seulement des réparations mais comme contribuant à l'équilibre et à l'épanouissement personnel.

M. LIBAULT
Vous insistez beaucoup sur les spécificités françaises. N'exagérez-vous pas les défauts du modèle français ?
Les études comparatives montrent que la France fait partie des pays où les inégalités sont les moins importantes.

M. DELEVOYE
Je suis convaincu que le thème des inégalités va se développer dans tous les pays du monde. Dans l'économie financière dans laquelle nous sommes entrés, les rentes seront plus productives que les revenus. Entre la fin de la guerre et les années 80, la croissance a profité à peu près de la même manière à tous. En revanche, depuis les années 80, ce sont les détenteurs de capitaux qui voient leurs revenus augmenter plus rapidement. Il s'agit de savoir jusqu'à quel point les pays vont accepter le développement de ces inégalités.
Il est vrai que la France fait partie des pays qui résistent le mieux à la montée des inégalités. Son contrat social lui permet de mieux absorber les crises mais freine le redémarrage de l'économie après la crise. Le problème se situe dans l'absence de compréhension collective du sens du contrat. Nous devons être attentifs à ce point.
Quant à la question sur la spécificité française, je réponds par l'affirmative pour ce qui concerne la psychologie. Le burn out que j'avais dénoncé se transforme en une inquiétude collective alimentée à la fois par la peur qu'éprouve la classe moyenne d'être déclassée et par la tentation qu'ont les jeunes d'émigrer, étant entendu que 70% des parents estiment que l'avenir de leurs enfants sera pire que le leur.

A

Accès aux droits : doctrine et points de vue

L'accès aux droits, de quoi parle-t-on ?

Par Robert LAFORE,
Professeur de droit public, Université de Bordeaux - Institut d'Études Politiques, Comptrasec (CNRS - Université de Bordeaux)

L'objectif de « l'accès aux droits » a fait une entrée progressive dans les conceptions de l'action sociale. Partant de la matrice qu'a constitué le dispositif RMI au tournant des années 1990, l'idée a été formalisée explicitement dans la loi du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions et, confortée progressivement au gré des réformes et adaptations diverses, notamment avec l'irruption de la notion « d'inclusion » dans le mouvement de refondation de la politique du handicap en 2005 ; elle constitue dorénavant l'objectif premier des grandes politiques relevant du bloc assistanciel originaire. Si l'on part de l'idée qu'il n'y a pas de mutation ou de novation langagière qui soit innocente, notamment lorsqu'elle apparait dans le discours juridique, on se doit alors de peser le sens de cette notion qui a acquis dans les textes et les représentations communes une forme d'évidence partagée. Par son « sens » elle ouvre évidemment une « direction » que les organisations et les pratiques sont censées emprunter pour lui donner des effets concrets dans les modes d'intervention sur les publics concernés ; mais son « sens » renvoie aussi à une « signification », c'est-à-dire à un cadre conceptuel qu'il convient d'appréhender et c'est sur ce terrain-là que les développements qui suivent vont tenter de se situer : que signifie la notion « d'accès aux droits », à savoir que nous dit-elle des façons de penser les publics de l'assistance, leurs difficultés et leurs écarts aux normes communes ainsi que les façons légitimes d'y remédier ?

Une tentative prosaïque de définition de « l'accès aux droits » permet rapidement de cerner l'idée que cela recouvre : il s'agit de ramener les bénéficiaires de l'action sociale au « droit commun », c'est-à-dire au bénéfice des biens, services et prestations disponibles pour tous les citoyens. Liée à l'origine au développement de « l'insertion » qui n'avait comme cible que des populations interstitielles ne relevant ni des statuts assistanciels ni des protections du système d'assurances sociales, la notion fait un bond qualitatif avec l'émergence de l'idée « d'inclusion » dans le champ du handicap et son extension vers l'ensemble de l'action sociale : l'accès aux droits consiste, à rebours du modèle institué de placement et de prise en charge par des filières spécialisées, dans la volonté « d'inclure » à savoir de référer potentiellement tous les publics aux structures et organisations de droit commun.

On reconnait là les politiques importées du monde anglo-saxon et dites de « mainstream[1] » qui, plutôt que de réserver des prises en charge spécifiques aux publics se situant aux marges et manifestant des difficultés pour tenir les normes sociales en matière de travail, de logement, de comportements et aptitudes en matières éducatives, relationnelles, professionnelles, etc…, entendent les immerger dans le cadre commun selon un dosage problématique, nous y reviendrons, entre l'adaptation requise de la personne et celle attendue du milieu qui se doit d'être « inclusif » et « non-discriminant ».

1 - Cette notion est apparue dans les années 1950 pour nommer un courant de la musique de jazz ; puis elle a été utilisée pour rendre compte des pratiques culturelles communes dans le champ du marketing (v. F. MARTEL, Mainstream, la culture qui plaît à tout le monde, Flammarion, 2010) et enfin pour traduire une logique empruntée par les politiques publiques.

En ce qui concerne notre système d'assistance établi sous la Troisième République et modernisé à compter des décennies 1950-1960, autant dire clairement qu'il s'agit d'une véritable rupture pour ses formes institutionnelles dont on peut situer la consécration dans la grande loi sociale du 30 juin 1975, ce texte étant d'ailleurs en parfaite congruence avec toutes les autres constructions organisationnelles de ces décennies, notamment celles relevant des collectivités publiques.

Pour en prendre la mesure, on peut tenter dans un premier temps d'appréhender en quoi « l'accès aux droits » constitue un bouleversement, cela en mettant en évidence les éléments constitutifs de ce que l'on peut considérer comme un nouveau paradigme pour l'action sociale. On pourra ensuite en cerner le contenu et la portée et par là les enjeux qu'il recèle, « l'accès aux droits » mettant en question les formes institutionnelles héritées de l'action sociale tant sur le plan organisationnel que fonctionnel.

I- Un nouveau paradigme

« L'accès aux droits » procède d'un large mouvement de reconfiguration des politiques publiques, notamment sociales, qu'il convient d'abord de caractériser pour ensuite en déterminer les effets et conséquences du point de vue de la conception tout à la fois des rapports entre la collectivité et les individus qui la composent, notamment les «pauvres », «exclus » et autres « handicapés » ainsi que des formes d'intervention, d'appui et de contrôle qui leurs sont liés.

I.1- Les éléments constitutifs

En considérant la structure juridico-institutionnelle, « l'accès au droit » s'insère dans un ensemble de normes et de principes qui, forgés progressivement et sans souci préalable de cohérence, chaque élément ayant sa logique propre de développement, en sont venus au terme d'un temps de sédimentation, à constituer un modèle relativement cohérent d'encadrement de l'action publique et singulièrement de l'action sociale et médico-sociale.

D'un côté et sur une assez longue période s'est établi le dispositif juridique des « droits fondamentaux[2] » et notamment des « droits sociaux fondamentaux »[3]. Il s'est agi de façonner une sorte de socle de droits, proclamés à la fois par les textes constitutionnels propres aux États notamment européens[4] et par des conventions internationales[5], ces droits ayant acquis, certes de façon diversifiée et avec des intensités variables selon les organes qui les portent et les systèmes juridiques dans lesquels ils s'insèrent, une certaine consistance et une certaine effectivité relativement à leur impact sur les législations et les pratiques.
Leur « fondamentalité » revêt deux dimensions. La première, qui intéresse prioritairement les juristes car cela concerne la structure même des systèmes juridiques dans leur mode d'aménagement des rapports entre les normes juridiques de niveaux différents, tient à l'idée qu'il s'agit de normes

2 - G. PECES-BARBA MARTINEZ, Théorie générale des droits fondamentaux, Droit et société, LGDJ, 2004, p. 271.
3 - D. ROMAN, L'universalité des droits sociaux à travers l'exemple du droit de la protection sociale, CRDF, n° 7, 2009, p. 117 ; C. M. HERRERA, État social et droits sociaux fondamentaux, in Actes du colloque État et régulation sociale, Un. Paris 1 Panthéon-Sorbonne, 2006 ; C. M. HERRERA, Les droits sociaux, PUF, QSJ, 2009.
4 - L. GAY, Les droits sociaux constitutionnels, Bruylant, 2007.
5 - L. GAY, E. MAZUYER, D. NAZET-ALLOUCHE (Dir), Les droits sociaux fondamentaux entre droits nationaux et droit européen, Bruylant, 2006.

« premières » ou de normes principielles à partir desquelles les autres normes de niveau inférieur doivent être élaborées (perspective de « l'opposabilité » de ces droits) ou a minima que ces dernières doivent prendre en compte selon un rapport au moins de compatibilité ou de non-contradiction[6]. La seconde renvoie à leur contenu concret et à leurs effets pratiques : il s'agit de circonscrire un ensemble de garanties matérielles et symboliques (éducation, protection, logement, emploi, santé, etc…) considérées comme constitutives d'un standard minimal dans les conditions d'existence en-deçà duquel la socialisation et l'intégration des personnes au sein de la société est compromise.

Ces droits sociaux fondamentaux procèdent, à l'origine, d'une réaction opposée aux catastrophes dont l'apogée est constituée par le seconde guerre mondiale, cela au nom de la dignité humaine : Charte de l'Atlantique, Déclaration de Philadelphie fondatrice de l'OIT, Déclaration universelle des droits de l'Homme, textes européens tant du Conseil de l'Europe (Charte sociale européenne et Convention européenne des droits de l'Homme) que de l'Union européenne (Charte communautaire des droits sociaux fondamentaux et Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne)[7]. Dans le même mouvement, les droits politiques internes les ont inscrits dans les instruments constitutionnels, notamment pour la France dans le préambule de la Constitution du 27 octobre 1946. Mais, alors que ces droits n'ont eu longtemps qu'un caractère déclaratoire et que les politiques sociales des États, européens notamment, se sont construites sans leur appui formel, ils se sont progressivement érigés non seulement en référence de ces politiques mais dorénavant en principes fondateurs[8].

Le second élément du paradigme centré sur « l'accès aux droits » tient dans l'émergence de principes structurants novateurs qui opèrent des déplacements par rapport aux références juridiques antérieures cadrant les politiques sociales, essentiellement le principe d'égalité[9]. Sans que ce dernier disparaisse pour autant[10], il a été partiellement recodé dans une autre notion[11] : le principe de non-discrimination[12].

Provenant là encore du monde anglo-saxon (le « droit des groupes ») et promu par l'Union européenne, la non-discrimination n'a pas directement été introduite dans le droit français[13] : principe d'égalité et de non-discrimination ont plutôt coexisté jusqu'à maintenant, bien que depuis l'année 2007 plusieurs procédures en manquement fondées sur le non-respect de ce dernier ont été engagées contre la France, notamment dans des domaines concernant l'accès à l'emploi, le handicap ou encore l'orientation sexuelle[14].

6 - D. ROMAN (Dir), La justiciabilité des droits sociaux : vecteurs et résistances, Ed. Pédone, 2012.

7 - Pour une analyse du contenu et de la portée de ces instruments ainsi que d'un ensemble d'autres textes internationaux v. M. BORGETTO, R. LAFORE, J-J. DUPEYROUX, Droit de la sécurité sociale, Dalloz, 18e ed., 2014, p. 361 et s.

8 - R. LAFORE, Les droits sociaux et le droit social, in D. ROMAN, La justiciabilité des droits sociaux, précité, p. 449.

9 - M. BORGETTO, Le principe d'égalité en droit public français, in Définir les inégalités. Des principes de justice à leur représentation sociale, DREES, Coll. MIRE, 2000, p. 41.

10 - J-F. AKANDJI-KOMBÉ, Égalité et droit social, IRJS Éditions, Vol. 2, 2014 ; v. not. R. LAFORE, L'égalité en matière de sécurité sociale, p. 253 et M. BORGETTO, L'égalité et l'aide sociale, p. 281.

11 - On peut évoquer aussi l'émergence de la notion « d'équité » qui a rencontré un certain succès dans le discours politique et qui procède de la même logique de recodage : au caractère « statutaire » de l'égalité (à savoir un principe se traduisant par l'affirmation de droits objectifs et stables construits selon des catégories génériques) on a préféré la logique dynamique et réciproque de l'équité qui appelle fondamentalement la recherche d'un équilibre entre avantages et obligations au niveau de chaque individu en restituant la dimension du droit comme rapport entre individus. Tout cela est à référer aux réflexions sur la « justice » ; v. M. BORGETTO, Égalité, solidarité… équité ? in CURAPP, Le préambule de la Constitution de 1946, antinomies juridiques et contradictions politiques, PUF, 1996, p. 239 ; M. BORGETTO, Quel type d'égalité défendre ?, Cahiers Français, n° 358, 2010, p. 38.

12 - G. BORENFREUND, I. VACARIE, (Dir), Le droit social, l'égalité et les discriminations, Dalloz, 2013.

13 - Cela dit, pour toute la part importante du droit applicable qui est issu de l'Union européenne, notamment dans le champ de l'emploi, du travail ou encore de la protection sociale, ce principe fonde directement nombre de législations.

14 - V. G. CALVES, L'égalité : le cas du droit de la non-discrimination, in. J-B. AUBY, L'influence du droit européen sur les catégories du droit public, Dalloz, 2010, p. 485.

L'égalité « républicaine » traditionnelle procède d'une logique autorisant de fortes différenciations pourvu qu'elles reposent sur des différences objectives ou qu'elles soient justifiées par l'intérêt général[15] ; fondamentalement, elle vise, en construisant des méta-catégories objectivées par le droit et en neutralisant les particularités liées à l'appartenance à des groupes ou à des minorités concrètement identifiables, à aménager la diversité réelle de la société et à l'apprivoiser pour la fondre dans la communauté politique. L'idée de non-discrimination n'intervient pas sur le même plan et elle a une portée essentiellement « sociétale » et non pas politique : elle entend reconnaître les différences réelles qui constituent des désavantages pour des groupes spécifiques ou des minorités (genres, ethnies, religions, handicaps, etc…), les nommer et les résorber, cela pour protéger les individus membres de la société civile et ainsi leur permettre à la fois de vivre leur « différence » et de participer avec les mêmes atouts que les autres au fonctionnement social. C'est une norme de régulation de la compétition sociale et de l'accès aux avantages qu'elle permet de distribuer[16], cela pour lui conférer un caractère transparent et relativement égalitaire. L'idée de non-discrimination sous-tend un droit non pas d'essence collective et solidariste comme l'égalité traditionnelle, mais foncièrement individualiste : certes les individus sont référés à des groupes fondés sur une spécificité ou un particularisme, mais il s'agit d'agrégats statistiques ou de récurrences sociologiques, le véritable titulaire du droit étant l'individu seul qui, par sa référence à un groupe « ségrégé », est doté de protections, de prérogatives et de capacités d'action.
Enfin, le troisième élément constitutif de ce paradigme, « l'accès aux droits » lui-même qui subsume les deux autres. Il en constitue effectivement l'élément dynamique, celui qui sous-tend à proprement parler les politiques que recouvre cette nouvelle représentation. Ce principe est la norme opératoire par laquelle les droits sociaux fondamentaux ainsi que le principe de non-discrimination vont s'incarner dans des formes concrètes d'action sociale ; c'est lui qui donne sa cohérence globale au montage juridico-institutionnel et qui en oriente les effets pratiques.

I.2 - La mise cohérence d'un modèle d'action sociale

Les droits sociaux fondamentaux ainsi que le principe de non-discrimination sont des constructions juridiques qui, en elles-mêmes, pour la première ne déterminent pas d'axes pratiques en ce qui concerne leur mise en œuvre et pour la seconde constitue une référence globale susceptible par hypothèse d'applications multiples et non définies a priori dans de multiples domaines de la vie sociale. En effet, les droits sociaux constituent une forme de cadre de référence devant orienter l'action publique (mais ils ne constituent pas à proprement parler un « programme » à réaliser) et le plus souvent la limiter (il s'agit de ne pas les vider de leur contenu[17]) sans que l'on puisse préjuger des modalités de leur concrétisation ; le principe de non-discrimination est un mécanisme ordonnateur qui opère comme une référence permettant de juger des éventuelles contradictions entre un cadre donné (accès à l'emploi, à la formation, au logement, établissement de droits et de prestations, etc…) et la norme d'égalité de traitement qui doit s'y imposer à l'égard de toute personne sans prise en considération directe ou indirecte de certaines particularités ou

15 - F. MELIN-SOUCRAMANIEN, Le principe d'égalité dans la jurisprudence du Conseil constitutionnel, PUAM - Economica, 1997.
16 - À cet égard, la généalogie du principe de non-discrimination en droit de l'Union européenne est significative, puisque ce principe est apparu dans le cadre de politiques de régulation du marché du travail où il convenait d'écarter toutes les entraves à l'accès égal de tous à ce marché (notamment dans le cadre de l'égalité professionnelle entre hommes et femmes ou entre travailleurs de nationalités différentes) ; ce n'est que par extension que ce principe a gagné les terrains des minorités, des religions, du handicap, etc...
17 - Il est intéressant de constater que, au-delà du fait que les politiques sociales se sont construites en réalité sans les droits qui n'avaient pas de portée reconnue à l'époque et qui n'intervenaient dans les débats qu'à titre de justifications argumentatives, l'émergence des droits sociaux dans nos pays a correspondu plutôt à une conjoncture de crise des politiques sociales et de menaces sur leur contenu, leur rôle consistant donc plutôt à minimiser les conséquences des difficultés rencontrées par les institutions sociales.

spécificités que l'on identifie comme d'éventuels désavantages ou entraves. Mais ces deux séries d'éléments ne font pas une politique, et notamment pas une politique d'action sociale.

C'est là qu'intervient, comme élément fédérateur et comme opérateur, la notion « d'accès aux droits ». C'est elle qui esquisse un système concret d'action collective.

C'est la loi du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions qui procède à la consécration juridique de cette notion : pour lutter contre les exclusions, il convient, y est-il proclamé, « de garantir l'accès effectif de tous aux droits fondamentaux ». L'idée est donc bien là : il s'agit, non de reconnaître des droits spécifiques au bénéfice des populations « exclues », mais au contraire de leur permettre de jouir des droits de tous. À rebours de la logique de construction de statuts protecteurs ou réparateurs propres aux inadaptés, on entend parvenir à leur intégration dans le droit commun[18]. La notion a été ensuite consolidée et elle figure à plusieurs reprises au livre premier du Code de l'action sociale et des familles, au rang des principes généraux (titre 1). Ainsi, concernant l'action sociale et médico-sociale en général, l'article L. 116-2 indique que cette dernière « doit garantir un accès équitable (aux droits) sur l'ensemble du territoire » ; il en est de même pour les personnes en situation de handicap qui se voient garantir « l'accès aux droits fondamentaux reconnus à tous les citoyens » (art. L. 114-1) et enfin pour l'ensemble des bénéficiaires des politiques de lutte contre la pauvreté et les exclusions à qui l'on doit « garantir sur l'ensemble du territoire l'accès effectif de tous aux droits fondamentaux » dans l'ensemble des domaines constitutifs des droits sociaux fondamentaux (emploi, formation, logement, etc…., art. L. 115-1).

La notion a un effet double et c'est ce qui lui donne son efficience.

D'une part, elle suture le paradigme juridique. Par sa connexion avec les droits sociaux qui sont explicitement définis par les textes comme les « droits » auxquels il convient de faire accéder, elle ouvre un horizon de finalités juridiquement constituées : le but de l'action publique est que les droits reconnus à tous en matière de logement, d'éducation, de santé, d'emploi et plus largement de citoyenneté ou encore d'accès à la justice soient garantis aux personnes relevant des politiques d'action sociale[19] ; avec le principe de non-discrimination, la notion « d'accès aux droits » trouve un allié puissant pour conforter sa logique : il s'agit bien de neutraliser les effets ségrégatifs de l'inscription dans telle ou telle catégorie de public de l'action sociale (handicapés, exclus sous toutes les formes statistiquement repérables, personnes dépendantes) de façon à ce que la jouissance des droits de tous ne rencontre pas d'entrave du fait même de l'appartenance à ces ensemble identifiés et particularisés. Les trois éléments forment donc un système cohérent de représentation et de référence : l'accès aux droits, à savoir aux droits fondamentaux constitutifs d'un socle reconnus comme minimal pour constituer l'appartenance sociale et qui doit éliminer toute stabilisation dans un statut particulariste et à plus forte raison infériorisé, cela sous la bannière de la non-discrimination, constitue la finalité des politiques d'action sociale.

D'autre part, la notion « d'accès aux droits » fait le pont entre le niveau du codage juridique dont il vient d'être fait état et les orientations pratiques des politiques. En effet, en lien avec le principe de non-discrimination ainsi que l'impératif de garanti d'un socle de droits sociaux, cette notion ouvre la voie à une nouvelle forme d'action sociale qui entend rompre avec le modèle hérité. Loin des placements spécialisés qui assignent les bénéficiaires à des statuts tutélaires, certes protecteurs, mais relativement infériorisé, le nouveau paradigme oblige à de fortes mutations des modes d'intervention : centrage sur la singularité des personnes ainsi que sur leurs demandes et leurs « besoins » au lieu de leur inscription dans un « public cible » objectivement construit par la réglementation,

18 - M. BORGETTO, Les enjeux actuels de l'accès aux droits, Informations sociales, n°120, 2004, p. 6.

19 - V. sur ce point Informations sociale, L'accès aux droits, n°120, 2004 qui comporte des contributions sur le droit de l'accès au logement (R. LAFORE), aux soins (M. LERICHE, N. SIMONNOT), à l'emploi (C. WILLMANN), à la justice (J. BOUGRAH) ; v. aussi en ce qui concerne la loi du 29 juillet 1998, F. MONÉGER (Dir), La lutte contre les exclusions, RDSS, n° 2, 1999.

logiques d'appui et d'accompagnement fondées sur la recherche d'un consensus et de l'adhésion de la personne, recours privilégié aux structures de droit commun où doivent être compensées les déficiences et difficultés de la personne de façon à rendre ces dernières accessibles ; du point de vue organisationnel, en lieu et place des filières cloisonnées affectées à des types prédéterminés d'inadaptation, il convient au contraire de connecter ces structures entre elles pour offrir un ensemble ou un continuum d'interventions, de les ouvrir vers l'extérieur (opérateurs en matière d'emploi, de logement, d'éducation et de formation, etc.…), tout cela de façon à adapter en continu les réponses, à les concevoir comme des « parcours » si possible évoluant positivement, bref, à gommer autant faire que ce peut la distance entre « l'usager » et les normes sociales globales par une adaptation constantes de ces dernières[20].

II- Des enjeux multiples

Le paradigme sous-tendu par la notion « d'accès aux droits » rencontre un assez fort soutien qui tient à son image très positive, image parfaitement en accord avec les mutations culturelles profondes qui sont intervenues depuis une trentaine d'années : qui peut s'opposer sérieusement à ce que l'on prenne en compte les demandes et « besoins » des personnes, que l'on neutralise leurs déficiences et difficultés pour les amener au droit commun, qu'on ne les ségrége plus par des placements dans des structures spécialisées et qu'on pratique une recherche systématique de leur adhésion et de leur participation ? Une telle présentation est évidemment trop superficielle : outre qu'elle dépeint la transformation en la positivant par le contraste avec un modèle hérité qui aurait été entièrement négatif (on se demande bien alors pourquoi on a pu le mettre en place.…), et outre de plus que ce modèle est toujours largement présent, cette construction charrie en elle-même bien des inconnues et des contradictions. Pour l'heure, en ayant conscience de la difficulté, on peut tenter de pointer les enjeux principaux que recèle ce paradigme, d'une part parce qu'il véhicule une nouvelle conception de la « question sociale » et d'autre part parce qu'il pose à nouveaux frais la question des institutions et des arrangements organisationnels de l'action sociale.

II.1- Une nouvelle lecture de la « question sociale »

La « question sociale » s'est posée dans le long mouvement de démocratisation et de développement de la société industrielle. Dans le cadre de l'État-providence, développé à compter de la fin du XIXe siècle et consolidé après 1945, la réponse a consisté essentiellement dans la mise en place d''interventions publiques dans la sphère économique, notamment pour réglementer l'utilisation de la force de travail, dans le développement massif de services publics se substituant au marché ou palliant ses défaillances et dans le contrôle de l'accès à certains biens et services tels le logement ou encore la santé ; pour le plus grand nombre, leur intégration à une société en plein bouleversement s'est opérée par la mise en place de grandes institutions de socialisation, dont l'école, par la constructions de statuts protecteurs, notamment socio-professionnels, ces éléments permettant à chacun de s'inscrire dans la vie collective positivement et d'être protégé contre un certain nombre d'aléas. Sur les marges, les personnes n'étant pas en capacité de tenir les contraintes et exigences des institutions de droit commun et des normes encadrant l'activité

20 - R. LAFORE, La pauvreté saisi par le droit : la construction juridique de l'assistance en France, in P. DU CHEYRON, D. GÉLOT, Droit et pauvreté, ONPES - DREES MiRe, 2008, p. 17 ; Les métamorphoses du modèle assistanciel français, RDSS, 2008, p. 111.

professionnelle ont été référées à des structures d'assistance qui échangeaient leur placement dans des filières contre un statut protecteur, même s'il est souvent infériorisé. Tout ce dispositif de l'État-social s'est construit dans le cadre de compromis entre forces sociales établis au niveau politique central, les conflits, divergences d'intérêts, inégalités et phénomènes de domination étant apprivoisés par l'inscription de chacun dans un cadre protecteur stable, les corporations professionnelles, les groupements intermédiaires et la famille.

Le paradigme attaché à l'accès aux droits, aux droits sociaux et au principe de non-discrimination est le fruit certainement d'une mutation dans les formes d'organisations sociales liées à une transformation de la façon de « faire société », c'est-à-dire d'articuler les individus et les ensembles collectifs. Cette mutation opère à trois niveaux.

Elle tient tout d'abord au surgissement de l'individu. Loin de pouvoir référer chacun à des groupes d'appartenance préalablement établis, dans lesquels on échange des avantages et des protections contre une allégeance aux normes du groupe et aux normes globales, l'individu du nouvel « éthos démocratique » se constitue comme une entité qui se veut beaucoup plus autonome, qui entend construire son existence librement, voir ses « choix[21] » reconnus et qui à la fois diversifie ses allégeances à des collectifs et les minimise le plus possible. À rebours de la logique stable des statuts qui tendaient à enserrer les sujets dans des constructions de droits et d'obligations fonctionnant comme un « donné », le sujet post-moderne doit s'engager dans des logiques plus fluides et instables, son destin social étant un construit permanent requérant de sa part mobilisation, stratégie, capacités à se faire reconnaître et à jouer le plus pleinement possible sa partition[22]. Tout ceci, qui est en pleine congruence avec l'émergence de sociétés beaucoup plus ouvertes et compétitives, conduit à déplacer le problème de l'articulation entre l'individu et la collectivité, non sur la protection du premier, mais sur la gestion de la tension entre la demande individuelle à s'auto-produire et à adopter les modèles et comportements considérés comme légitimes d'un côté, et de l'autre la nécessité d'accorder ces demandes pour les ordonner, les satisfaire plus ou moins, les limiter si nécessaire et les confronter avec celles des autres. Voilà pourquoi les normes collectives perdent toute substance et que l'on résout les contradictions par le développement de procédures destinées à établir des équilibres praticables. Le problème se déplace alors de la question de la socialisation par normalisation vers celle de la socialisation par développement des capacités individuelles pour jouer sa partition avec efficience ; d'où le socle de droits que tous ont en partage, les logiques de non-discrimination qui veulent neutraliser les effets sociaux des contraintes ou des choix individuels pour qu'ils n'entravent pas le bon fonctionnement social, cela dans une logique d'élaboration permanente d'un «modus vivendi ». À cet égard, l'action sociale reçoit mission d'offrir le maximum de reconnaissance à ceux dont finalement la déficience fondamentale est qu'ils ne sont pas des acteurs performants.

La mutation est relative aussi aux normes de justice. Le modèle social hérité, si l'on prend l'expression au sens large, est fondé sur une double orientation : dans un cadre où chaque individu est censé répondre de lui-même et, au-delà de l'égalité formelle (égalité en droit), il s'agit d'aménager des institutions concourant à l'égalité des chances pour que les statuts sociaux valorisés puisse bénéficier au moins en théorie à tous, d'où le rôle fondamental de l'éducation comme instrument principal de la méritocratie républicaine (la stratification sociale, opérant au travers de la hiérarchie socio-professionnelle, est censée refléter les mérites de chacun) ; pour les populations considérées comme inaptes à figurer dans ce mécanismes de distribution des ressources matérielles et symboliques, les logiques indemnitaires et réparatrices de l'assistance offrent des compensations. Certes, le nouveau paradigme semble reprendre le principe de l'égalité des chances, mais il le recode : avec les droits fondamentaux et la non-discrimination, il ne s'agit pas de rejoindre des collectifs arrimés à des statuts propres, mais de doter l'individu de ressources et de protections personnelles pour le constituer en un sujet

21 - N. DUVOUX, J. JENSON, Services publics à la carte ? Le choix comme valeur sociale, Lien social et politique, n° 66, 2011.
22 - A. HONNETH, La lutte pour la reconnaissance, Filio Essais, 2013.

efficient ; c'est pourquoi, ces principes ont une portée « sociétale » consistant à permettre le fonctionnement d'une société ouverte et non, comme l'égalité des chances traditionnelle, une portée politique, à savoir construire des collectifs et les intégrer dans une communauté.

Enfin, cette dernière remarque nous y ayant amené, le nouveau paradigme réévalue la place du politique et cela à un double point de vue. Tout d'abord, le politique est relativement minimisé, son rôle étant moins de fabriquer en permanence la communauté ainsi qu'organiser et contrôler les groupements médiateurs pour qu'ils y concourent ; il doit davantage s'attacher à pacifier une société d'individus, rendre compatible les demandes et aspirations diverses portées par ces derniers, aménager les moyens pour que ces même individus puissent construire leur existence le plus librement possible. Mais dans le même temps il garde une place éminente par son rôle de « régulation », de « gouvernance », la politique pouvant se ramener essentiellement à la production d'un droit, droit des normes et valeurs démocratiques juridicisés et droit de procédures cadrant l'action des individus, cela sans préjudice naturellement de l'aménagement de filet ultimes de protection pour ceux qui ne peuvent figurer positivement dans le nouveau cadre[23].

À ces trois niveaux, les évolutions comportent évidemment leur lot de difficultés et de désillusions. Finalement, la norme « sociétale » fondamentale est celle de l'autonomie avec l'impératif de la construction de soi-même. Reste que d'une part ceux qui n'y parviennent pas ou qui y parviennent très imparfaitement sont alors renvoyés à leur incapacité sans le secours des protections collectives ; d'autre part aussi, la cohésion de la communauté politique est problématique car, une fois dépassé les invocations au « respect des différences » et au « multiculturalisme », les voies concrètes pour faire cohabiter tous les modèles culturels restent énigmatiques.

II.2- Les institutions et les montages organisationnels

Dans le prolongement de ce qui vient d'être abordé, le second niveau d'enjeux concerne la question des processus institutionnels et des montages organisationnels.

Si l'on part de l'idée qu'une « institution » est le moyen, aux divers niveaux d'une structure sociale, de relier le subjectif et l'objectif[24], l'individuel et le collectif, les aspirations des sujets et les normes collectives, on aperçoit les mutations qu'implique le paradigme de « l'accès aux droits » s'incarnant dans les politiques « d'insertion » et « d'inclusion »[25].

En première approche, et c'est ainsi que le problème se pose concrètement notamment pour les opérateurs de l'action sociale, les gestionnaires d'établissements et services sociaux et médico-sociaux et les professionnels qui y travaillent, l'accès au droit commun et le principe de non-discrimination en matière éducative, de logement, d'emploi, etc… remettent en cause la logique de l'action sociale héritée qui a consisté justement à mettre en place des structures spécialisées de prise en charge des différentes catégories de publics ainsi que l'idée corrélative que chacune de ces structures recèle en elle-même tous les moyens pour répondre aux « besoins » de son public. Cet effet est d'ailleurs observable concrètement dans le processus d'ouverture et d'organisation

23 - De là probablement l'inflexion « assistancielle » de la protection sociale qui tendanciellement adopte des logiques de ciblage vers les « pauvres » ; M. BORGETTO, R. LAFORE, La protection sociale à la croisée des chemins, L'Économie politique, n° 13, 2002, p. 71.

24 - Ce qui s'opère par « l'intersubjectivité » : P. RICOEUR, HÉGEL et HUSSERL sur l'intersubjectivité, Du texte à l'action, Seuil, 1986, p. 281.

25 - J. LAGROYE, M. OFFERLÉ (Dir), Sociologie de l'institution, Belin, 2011 ; M. REVAULT D'ALLONES, Le pouvoir des commencements, Essai sur l'autorité, Essais, Point, 2012.

transversale qui amènent déjà fortement à décloisonner les structures et à les aménager dans des logiques réticulaires. Au-delà, le recours aux institutions de droit commun scelle évidemment, au moins en partie, le sort des établissements sociaux tels que conçus par le passé.

Plus profondément cela signe la crise d'un modèle institutionnel dont la matrice a été exportée dans la plupart des organisations collectives, à savoir le modèle « techno-bureaucratique ». Par sa dimension technico-scientifique, il a prétendu construire les problèmes sociaux et notamment les phénomènes « d'inadaptation » selon des savoirs rationnels, maîtrisés par des corporations professionnelles, tout cela constituant la légitimité des institutions ; sa logique bureaucratique, centrée sur la règle juridique, a conduit à le constituer sous forme de filières cloisonnées (à chaque filière un type de question à prendre en charge) et selon une hiérarchie fonctionnelle qui prétend assurer une intégration globale du système à partir de son centre ; dans un tel modèle, le « bénéficiaire » ou « l'usager » est mis en demeure de s'en remettre au « programme » de l'institution[26] parce qu'il y a une dissymétrie de principe entre celle-ci et celui-là. La logique de « l'accès aux droits » invalide ces montages au fond parce qu'il ne s'agit plus en principe de « prendre en charge » des personnes qui sont assignées à des organisations censées opérer le bon dosage entre les intérêts collectifs et leurs « besoins », cela en leur demandant une conformation aux contraintes organisationnelles atténuée par une petite marge d'adaptation individuelle ; mais il convient plutôt de les « prendre en compte » dans la singularité de leur situation et de leur demande, le cadre collectif devant au contraire s'aménager dans ce but.

Aussi, l'articulation entre « l'objectif » de la collectivité et le « subjectif » n'opère plus de la même façon, ce qui amène inéluctablement à reconsidérer la façon de construire les institutions et en conséquence de penser les organisations qui en sont la concrétisation. Le débordement du « subjectif », en germe dans le nouveau paradigme, altère inéluctablement la possibilité de construire des normes communes, à savoir un ensemble objectivé de règles, de principes, d'orientations qui sont censées représenter « l'intérêt général », « l'utilité commune », autrement dit la référence commune qui d'une part constitue la traduction d'un « projet collectif » (dimension de l'institution comme projection collective vers un but partagé) et qui d'autre part, borne et ordonne les prétentions individuelles (dimension de l'institution comme « limite »).

Le vieux problème de la philosophie sociale tout autant que politique, à savoir la façon dont s'articule l'individu et la communauté, se pose à nouveaux frais : « l'accès aux droits » postule une liberté individuelle qui s'éprouve dans la possibilité pour chacun d'accéder à des prérogatives (ses « droits ») et des capacités d'action (égalisées et donc ouvertes au maximum) dont est garante la collectivité, une collectivité abstraite à savoir « l'État » ; mais cela laisse entière la question de savoir au travers de quel cadre collectif se concrétisent ces droits, cadre qui comprend une dimension de « projet » donnant une visage concret à un « intérêt commun » et une dimension normative faite de règles de justice soutenue par le plus grand nombre et impliquant des obligations réciproques. Car, comme souligné ci-dessus, l'État comme institution des institutions se repliant sur des fonctions d'affirmation d'un cadre de principes et de normes procédurales, reste alors à savoir comment les institutions intermédiaires reprennent à leur compte la nécessité de donner une substance à ce cadre, c'est-à-dire d'établir les voies et moyens concrets permettant effectivement à chacun de bénéficier de ses droits, ce qui notamment, tâche nouvelle, suppose que les bénéficiaires puissent eux aussi y être associés : et cela, pas seulement parce qu'il s'agit d'un des « droits » qui leur est reconnu, mais parce qu'il ne peut y avoir de prérogatives subjectives sans qu'un cadre objectif, à savoir des institutions et des organisations, ne les établisse et ne les assume, c'est-à-dire dans le même mouvement ne les garantisse et ne les borne.

26 - F. DUBET, Le déclin de l'institution, coll. L'épreuve des faits, Seuil, 2002.

Ainsi, loin de promouvoir une action sociale de « services », entendue selon le paradigme du marché comme des dispositifs ordonnés à la satisfaction immédiate des « besoins » et des « demandes » individuelles de chaque usager, l'accès aux droits invite au contraire à redécouvrir les interdépendances qui nous contraignent mais aussi donnent en partage les ressources pour être des « individus ». De là la nécessité de penser l'institution de « la » et « des » communautés au travers desquelles nos aspirations individuelles parviennent à se fondre dans des visions collectives et par là s'inscrivent dans des projections communes qui confrontent le souhaitable avec le possible et les inscrivent dans des normes et des organisations ; bref, il s'agit d'instituer, c'est-à-dire de s'engager dans la dialectique infinie de sujets qui, faisant corps, s'ouvrent un avenir tout en s'inscrivant dans une histoire collective assumée.

Accès aux droits et assurance maladie : le regard de la direction de la Sécurité sociale

Par Géraldine DUVERNEUIL,
Chef du bureau « Couverture maladie universelle et prestations de santé » à la Direction de la Sécurité sociale

Géraldine DUVERNEUIL est chef du bureau Couverture maladie universelle et prestations de santé à la Direction de la Sécurité sociale.
Issue de la promotion Jean ZAY (ENA 2012-2013), elle a pris ses fonctions le 1er janvier 2014.

Si le thème de l'accès aux droits, et notamment au droit à la santé, n'est pas nouveau, il a été élevé récemment au rang de priorité gouvernementale et fait aujourd'hui l'objet d'une importante mobilisation comme le soulignent François CHÉRÈQUE et Simon VANACKERE dans le premier rapport d'évaluation du Plan pluriannuel pour la lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale. Le sujet est, à vrai dire, loin d'être épuisé comme en témoignent les résultats de la dernière enquête sur la santé et la protection sociale 2012 menée par l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé : malgré l'existence de nombreux dispositifs d'aide à l'accès aux soins, plus d'un quart des Français ont au cours de l'année renoncé à au moins un soin pour des raisons financières. Bien au contraire, la crise économique qui accroît les inégalités et crée de nouvelles vulnérabilités fait de l'accès aux droits un enjeu majeur, non seulement pour les populations les plus modestes qui constituent traditionnellement la cible des politiques de solidarité, mais bien au-delà, pour une part plus large de la population qui peut se voir, de manière plus ou moins brutale, pour une période plus ou moins longue de sa vie, fragilisée.

Pour autant, face à cet enjeu plus que jamais d'actualité, la question n'est plus d'améliorer la protection des individus par l'ajout, aux droits existants, de nouveaux dispositifs. La France s'est dotée en matière de santé d'un corpus juridique riche que la création de la couverture maladie universelle (de base et complémentaire - CMU-b et CMU-c) et de l'Aide médicale de l'État (AME) en 1999 puis de l'Aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé (ACS) en 2004 est venue compléter. Ainsi, les dispositifs, nombreux, constituent en réponse aux besoins identifiés, autant de déclinaisons du principe de protection de la santé inscrit dans le Préambule de la Constitution de 1946. Reste aujourd'hui, et là n'est pas la tâche la plus aisée, à résorber l'écart entre le droit juridiquement affirmé et le droit effectivement exercé. La politique d'accès aux droits est une politique d'accès - et souvent d'exercice (en ce qu'elle réclame une démarche active du bénéficiaire) - effectif des droits pour et par ceux qui y sont éligibles. Les ressorts sont alors difficiles à actionner car aux contraintes financières qui motivent la majorité des renoncements à l'exercice des droits et donc des soins auxquels ils ouvrent, s'ajoutent des déterminants socio-culturels plus complexes à moduler. Le champ de la santé a par ailleurs ceci de particulier que la dépense et par suite, les droits octroyés aux individus pour aider à sa prise en charge, s'articulent autour des différents maillons d'une même chaîne : assurance maladie obligatoire, assurance maladie complémentaire, reste-à-charge pour l'assuré. Ainsi tout l'enjeu de la politique d'accès aux droits en santé consiste à assurer une bonne cohérence entre ces dispositifs : de la qualité de la couverture complémentaire dépendra l'utilisation effective d'une couverture de base ; de même, de restes à charge modérés dépendra l'exercice des droits de base et complémentaires. L'effort porte aujourd'hui pour l'essentiel,

grâce à l'utilisation de nouveaux outils, sur les deux derniers maillons de cette chaîne à travers l'accès à une couverture complémentaire de qualité et à la limitation des montants que l'assuré doit avancer ou définitivement prendre en charge. Pour autant, l'amélioration de la gestion d'une couverture de base, devenue universelle, fait l'objet d'une attention croissante.

I- L'assurance maladie obligatoire : l'amélioration de l'exercice des droits à la couverture de base par la fluidification de la gestion des droits

1- La couverture de base de l'assurance maladie obligatoire : un droit universel dont l'exercice peut être contrarié en cas de changement de situation de l'assuré

Le choix a été fait, à travers la loi du 27 juillet 1999 et la création de la CMU-b, d'étendre la couverture de droit commun offerte par l'Assurance maladie obligatoire à toutes les personnes résidant de manière stable et régulière sur le territoire français. À l'affiliation historique au régime général sur critère professionnel, s'est ajoutée l'affiliation sur critère de résidence, permettant de couvrir indifféremment les actifs et leurs ayants-droits d'une part et les résidents d'autre part. Par le même texte, était également créée l'AME, donnant accès à une couverture de base aux étrangers en situation irrégulière. La couverture maladie de base étant devenue universelle, l'amélioration de l'accès aux droits à la couverture maladie de base réside désormais dans la prévention des situations de rupture de droits.

Une telle universalisation de la couverture maladie de base, synonyme a priori de simplicité d'accès, se heurte en effet dans la réalité à la structuration de l'Assurance maladie obligatoire et de ses prestations, construites à partir de l'affiliation des assurés sur le critère de l'activité professionnelle. Les prestations en nature, quoique très largement harmonisées entre les différents régimes qui les servent et ouvertes à l'ensemble des assurés depuis la création de la CMU-b, restent délivrées par différents régimes obligatoires d'assurance maladie, chacun correspondant à un type d'affiliation professionnelle (salariés du secteur privé, artisans et commerçants, exploitants agricoles, etc.). Elles restent par ailleurs, lorsqu'elles sont attribuées sur critère d'affiliation professionnelle, soumises à des conditions d'ouverture de droits. Aussi les démarches administratives qui résultent des règles d'affiliation et de détermination du régime gestionnaire voire de la caisse locale qui gère le dossier des assurés peuvent-elles constituer des obstacles à l'accès effectif aux droits d'assurance maladie de base, en particulier lorsque l'assuré change de situation (changement de domicile, d'activité, etc.) ou est pluriactif. Partant de ce constat, et au-delà du travail permanent de simplification mené sur les procédures et les formulaires d'affiliation que doivent respecter les assurés, les réformes récentes ont toutes tendu à alléger les démarches des assurés et à sécuriser leurs droits. Le contexte économique invite d'autant plus à adopter cette démarche que la précarisation du marché du travail peut être source de ruptures dans les parcours professionnels et par là-même dans la gestion des droits à l'assurance maladie-maternité.

2- Un accès à la couverture de base au titre de l'activité professionnelle facilité par l'assouplissement récent des mesures d'ouverture et de maintien de droit

Ainsi, le décret du 27 décembre 2013 a introduit de nombreux assouplissements en termes d'ouverture et de maintien de droits. Certains d'entre eux ont pour objectif de prévenir les ruptures de droits résultant directement de l'absence de démarches des assurés. Ainsi, les conditions d'ouverture de droits sont désormais présumées remplies et les droits aux prestations en nature ouverts, pour les salariés qui entrent dans le régime général, pour une durée de dix-huit mois. Elles ne l'étaient jusqu'ici que pour trois mois, obligeant le salarié à justifier du respect des conditions d'ouverture de droit à l'issue de son premier trimestre en emploi. Cette mesure permet ainsi, y compris en l'absence de démarche de l'assuré et grâce au traitement dans l'intervalle des données des déclarations annuelles de données sociales (DADS) fournies par les employeurs, de s'assurer que les assurés ont bien une activité salariée répondant aux conditions d'ouverture de droits[1]. D'autres visent plus particulièrement à prévenir des ruptures de droits dues à la précarisation du marché du travail qui pouvait, par inadaptation des conditions d'ouverture de droit, exclure certains actifs précaires d'une affiliation sur critère professionnel. C'est pourquoi, pour s'ouvrir des droits aux prestations en nature, un assuré doit au minimum justifier de 400 heures travaillées sur l'année, contre 1 200 heures auparavant, ou d'un montant minimal de cotisations dues de 400 SMIC, contre 2 030 SMIC précédemment. Dans le même objectif, la durée des droits aux prestations en nature, dès lors que les conditions d'ouverture ont été remplies, a été allongée à trois ans.

Poussée à son terme, une telle logique pourrait mener à s'interroger, non sur la simplification des processus, mais sur la pertinence d'une affiliation de tous les assurés à un régime maladie obligatoire unique. Le motif de l'affiliation ne sert plus en effet aujourd'hui qu'à déterminer le statut de l'assuré du point de vue de ses cotisations (cotisant sur ses revenus professionnels au titre de son activité professionnelle, non cotisant en cas de maintien de droit, cotisant sur ses revenus fiscaux au titre de la CMU-b), nullement à apprécier les prestations en nature afférentes ou même à déterminer le droit, universel, à en bénéficier, tout assuré étant affilié au régime général à raison des droits ouverts par la couverture maladie universelle au cas où il ne remplirait les conditions d'ouverture de droit à aucun autre titre.

Si l'amélioration de la gestion des droits demeure un enjeu de qualité de service et d'efficacité de gestion pour l'assurance maladie obligatoire, force est de constater que, sauf difficultés temporaires dans la gestion des droits, l'ensemble de la population bénéficie de la prise en charge de la part obligatoire de ses dépenses de santé. Celle-ci ne représente pas moins de 75,5 % de la dépense de santé soit l'un des taux de solvabilisation les plus élevés de l'OCDE. Pour autant, 13,7 % des dépenses consacrées en France à la consommation de services et biens médicaux restent pris en charge par les organismes complémentaires. D'où la nécessité pour les pouvoirs publics de mener une véritable action sur ce champ. En effet, les personnes dépourvues de complémentaire santé[2] sont de loin les plus nombreuses à déclarer renoncer à des soins pour des raisons financières. 24 % d'entre elles déclarent avoir renoncé à des soins d'optique contre 15 % pour les bénéficiaires de la CMU-c et moins de 9 % pour les bénéficiaires d'une complémentaire santé hors CMU-c[3]. La tendance est tout aussi marquée en matière de soins dentaires puisque 41 % des personnes sans complémentaire renoncent à se soigner contre 22 % et 16 % respectivement pour les personnes couvertes, que ce soit au titre de la CMU-c ou d'un contrat de droit commun[4]. D'où, la priorité donnée par le Président de la République et le gouvernement au développement d'une couverture maladie complémentaire de qualité.

1 - En l'absence de démarches des assurés, le bénéfice des prestations leur serait néanmoins attribué via la CMU-b, Cette mesure permet ainsi d'éviter les ruptures de droits liées à un problème d'identification du statut de l'assuré au regard de son affiliation.

2 - Environ 5% des assurés ne disposent pas à l'heure actuelle d'une couverture complémentaire en santé

3 - CÉLANT N., GUILLAUME S., ROCHEREAU T., Rapport n° 556, Enquête sur la santé et la protection sociale 2012, juin 2014, p. 127

4 - Ibidem, p. 125

II- L'assurance maladie complémentaire : l'amélioration du taux de recours aux dispositifs existants

1- La réévaluation récente de la population éligible aux dispositifs d'aide à l'accès à une protection complémentaire en santé

Les leviers d'action pour améliorer l'accès à une couverture maladie complémentaire diffèrent pour une large part de ceux employés en matière de couverture maladie de base. Dans les deux cas, des dispositifs existent d'ores et déjà qu'il s'agit de rendre effectifs. La loi de 1999, à l'origine de la CMU de base a également créé la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-c) ; elle a été suivie en 2004 de la loi relative à l'assurance maladie qui a créé l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé (ACS). Cependant, la logique qui préside à ces dispositifs n'est pas la même. Même si pour bénéficier de la CMU-b, l'assuré doit en faire la demande, ce dispositif a été pensé comme une affiliation au régime général à titre subsidiaire. Ainsi, la CMU-b permet d'inclure toute la population dans un seul et même dispositif de droit commun et offre, dans la plupart des situations, le maintien d'une couverture de base à laquelle l'assuré avait déjà accès. Au contraire, la CMU-c puis l'ACS constituent des droits ad hoc, plus ou moins proches du droit commun des contrats, qui garantissent aux assurés les plus pauvres l'accès à une couverture complémentaire. Tout l'enjeu consiste donc, en matière de couverture complémentaire à inciter les personnes éligibles à entrer dans le dispositif et à en devenir bénéficiaires avant même, dans un second temps, d'encourager l'utilisation effective du droit acquis.

De nombreuses mesures ont ainsi été récemment mises en œuvre afin d'accroître le nombre de bénéficiaires de ces dispositifs d'accès à une couverture complémentaire. Par définition circonscrits à une partie de la population, la CMU-c et l'ACS ont vu leur population cible réévaluée. La hausse exceptionnelle de 7 %[5] de leur plafond de ressources à compter du 1er juillet 2013 a en effet permis d'aligner le plafond de ressources de l'ACS sur le seuil de pauvreté et de garantir à toutes les personnes dont les revenus demeuraient en deçà de devenir éligibles à l'un des droits relatifs à la couverture maladie complémentaire. Avec en 2013 des plafonds de ressources mensuelles de 716,08 euros pour une personne seule pour la CMU-c et de 966,71 euros pour une personne seule pour l'ACS, la population éligible s'élevait à 10 millions de personnes soit une augmentation de 2,1 millions d'éligibles. Ces plafonds mensuels ont été revalorisés en fonction de l'inflation au 1er juillet 2014 (et ont été portés respectivement à 720,38 € et 972,51 €). Attentif à répondre à certaines situations individuelles difficiles, le gouvernement a également ouvert l'accès à la CMU-c et à l'ACS aux étudiants isolés en situation de précarité[6].

2- L'amélioration du taux de recours par la simplification des démarches : encourager l'entrée dans les dispositifs des personnes qui y sont éligibles

Au-delà de l'augmentation des populations cibles, c'est le souci d'améliorer les taux de recours et donc le nombre de bénéficiaires qui alimente les réflexions, notamment dans le cadre du plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale adopté le 21 janvier 2013 et porteur, derrière la notion de « juste droit », de la volonté d'accroître l'accès aux droits de ceux qui sont légitimes à y prétendre. Si le principe selon lequel l'attribution de tout droit doit résulter d'une

5 - Cumulée à la revalorisation annuelle déterminée en fonction de l'inflation, la hausse du plafond de ressources s'est établie à 8,3 %.

6 - Arrêté du 16 mai 2014 relatif aux prestations mentionnées à l'article L. 821-1 du code de l'éducation permettant aux étudiants de bénéficier de la protection complémentaire à titre personnel en application de l'article L. 861-1 du code de la sécurité sociale.

demande expresse de son futur bénéficiaire demeure inchangé, de nombreuses modalités d'obtention sont à l'étude afin de simplifier les démarches des bénéficiaires et de favoriser l'accès de populations parfois peu familières des caisses de sécurité sociale aux droits en santé auxquels elles peuvent prétendre. Ainsi, la réflexion autour du projet de demandes de prestations sociales simplifiées pourrait bientôt aboutir à de premières expérimentations. La présomption d'éligibilité est également mobilisée, notamment pour favoriser l'accès à la CMU-c : tous les bénéficiaires du RSA socle, présumés de ce fait remplir les conditions de ressources de la CMU-c, se voient proposer, lors de leur demande de RSA auprès des CAF, de renseigner à cette occasion une demande de CMU-c. Dans une logique similaire, le renouvellement automatique de l'ACS pour les bénéficiaires de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) devrait, comme annoncé par le premier ministre en janvier, être mise en oeuvre prochainement.

3- Le renforcement de l'attractivité des dispositifs par une lisibilité accrue et des garanties plus avantageuses : favoriser l'utilisation effective des droits

Pour autant, ces mesures en faveur de l'accroissement des populations éligibles puis des bénéficiaires ne suffisent pas à assurer l'exercice effectif des droits. L'entrée dans un dispositif n'en garantit en effet pas l'utilisation qui plus est s'il se révèle complexe et peu lisible, et les prestations auxquelles il donne accès restent trop faibles au regard des besoins et des restes à charge qui en résulteraient pour les bénéficiaires. C'est pourquoi, un important travail est mené sur la qualité de la couverture complémentaire garantie par les droits existants. Le panier des soins remboursés dans le cadre de la CMU-c vient par exemple d'être revalorisé. Deux arrêtés, publiés le 23 mai 2014, ont d'une part majoré les montants de prise en charge par la CMU-c des équipements optiques, permettant de prendre en compte l'amincissement des verres pour les plus fortes corrections et ont d'autre part acté une montée en gamme des appareils d'audioprothèse grâce à une importante revalorisation du forfait de remboursement et un passage à un équipement stéréophonique. Un troisième arrêté, publié le 28 mai 2014 a lui inclus les bridges dans le panier CMU-c dans l'attente d'une expertise plus approfondie des besoins à couvrir en prothèses dentaires.

La réforme de l'ACS, adoptée dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014, a pour ambition d'influer sur l'ensemble des paramètres. Elle prévoit une procédure de mise en concurrence et de sélection de contrats de complémentaire santé offrant a minima un niveau de garanties en-deçà desquelles ils ne peuvent descendre et ce, au meilleur prix pour les bénéficiaires. Elle vise ainsi à améliorer le rapport qualité/prix des contrats proposés, les garanties minimales étant définies par la puissance publique tandis que le prix résultera de la mise en concurrence des offres faites par les organismes complémentaires candidats. Pour un coût d'acquisition qui devrait être moindre, les garanties seront globalement meilleures que celles aujourd'hui contractées par cette population. Cette réforme devrait ainsi contribuer à améliorer l'accès aux soins, mais aussi le taux de recours au dispositif, aujourd'hui encore trop faible, par une meilleure lisibilité pour les bénéficiaires des organismes sélectionnés et des garanties offertes.

Si de nombreuses mesures ont ciblé les populations les plus modestes, à la fois les moins à même de financer seules la souscription à un contrat de complémentaire santé et les moins à même, faute d'une telle protection, d'assumer d'éventuels dépassements, le gouvernement a été attentif à ce que la couverture complémentaire devienne en France, sinon universelle car non-obligatoire, du moins la plus répandue et de meilleure qualité possible. D'où l'encouragement pour l'ensemble de la population à acquérir systématiquement des droits de qualité auprès des organismes complémentaires à travers l'obligation pour les entreprises de couvrir leurs salariés au plus tard le 1er janvier 2016 par une complémentaire santé offrant des garanties minimales prévues par l'accord national interprofessionnel du 11 janvier 2013 et la loi de sécurisation de l'emploi. Ces contrats devront

être « responsables », c'est-à-dire respecter les garanties fixées par ce dispositif et redéfinies dans la dernière loi de financement de la sécurité sociale pour 2014. Les contrats complémentaires, pour bénéficier des avantages sociaux et fiscaux attachés à ce dispositif, devront notamment offrir des garanties minimales telle la prise en charge du ticket modérateur sur l'ensemble des soins remboursables mais aussi celle d'un forfait minimal en matière d'optique.

La montée en gamme des couvertures complémentaires permet aux assurés, une fois remboursés des parts obligatoire et complémentaire, de réduire en partie ou en totalité le reste à charge qui leur incombe. Cependant, la protection contre le risque maladie dépend aussi, au-delà de la qualité de la couverture globale acquise grâce aux droits de base et complémentaires, de l'évolution du prix des soins. C'est pourquoi, le travail sur l'accès effectif aux droits requiert de limiter l'inflation dans ce secteur.

III- L'exercice effectif des droits en santé et la lutte contre les renoncements aux soins par la limitation des sommes qui incombent à l'assuré

1- La limitation des restes à charge pour les assurés

Les bénéficiaires de la CMU-c bénéficient d'une prise en charge complète de leurs dépenses de santé. Exempts de dépassements d'honoraires et bénéficiant d'une couverture complémentaire à hauteur des prix maximum qui peuvent leur être facturés pour les prestations à tarification libre (prothèses dentaires, équipements optiques, etc.), les bénéficiaires de la CMU-c, sauf à choisir des prestations hors du panier de soins de la CMU-c, n'ont aucun reste-à-charge. Mais malgré le champ très vaste couvert par la protection maladie et quoique de nombreux dispositifs exonèrent les assurés des frais de santé les plus importants, des restes-à-charge, aux montants parfois même très élevés, peuvent persister comme l'a récemment souligné le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) dans ses travaux[7]. C'est pourquoi, le gouvernement a choisi d'agir sur ce dernier volet de la dépense de santé et en particulier sur les postes de dépense où les tarifs sont libres et donnent lieu aujourd'hui aux plus forts restes-à-charge constatés.

Les mécanismes de limitation des prix qui existent aujourd'hui pour les bénéficiaires de la CMU-c sont peu à peu étendus aux bénéficiaires de l'ACS. Depuis la signature en 2012 de l'avenant 8 à la convention médicale, encouragée par l'État, ces derniers bénéficient en effet des tarifs opposables : aucun dépassement d'honoraire ne peut depuis le 1er janvier 2014 leur être demandé.

L'avenant 8 à la convention médicale a étendu cette préoccupation à l'ensemble des assurés et souhaité, au-delà de la limitation des tarifs proposés aux personnes les plus pauvres, réguler de manière plus globale les pratiques de dépassements. La création d'un contrat d'accès aux soins à travers lequel les médecins signataires s'engagent à stabiliser leur taux moyen de dépassement d'honoraires et la mise en place d'un dispositif conventionnel de régulation des pratiques tarifaires excessives participent de cette volonté[8].

7 - HCAAM, Rapport Annuel 2013, 273 p.

8 - Le déclenchement de cette procédure est notamment prévu en cas de dépassements supérieurs à 150 % du tarif opposable ou de non-respect de l'obligation d'appliquer le seul tarif opposable aux bénéficiaires de la CMU-c et de l'ACS.

Cette modération constitue également l'objectif du second volet de la réforme des contrats dits « responsables », adoptée dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014. Il s'agit là d'introduire au bénéfice de tous une régulation du secteur à travers le niveau des droits acquis par les assurés auprès des organismes complémentaires. Le niveau élevé de garantie de certains contrats complémentaires a en effet pu favoriser la hausse des prix. La détermination de plafonds de garanties sur certains postes de dépense (optique, dépassements d'honoraires), que les organismes complémentaires ne pourront dépasser sans perdre les avantages fiscaux et sociaux attachés à ce « label », devrait ainsi permettre de modérer l'évolution globale des tarifs. Le gouvernement entend ainsi d'une part conduire les organismes complémentaires à proposer des garanties minimales assurant une couverture complémentaire satisfaisante aux assurés, d'autre part éviter une solvabilisation excessive susceptible d'accroître le coût des contrats complémentaires qui, en particulier pour les contrats individuels[9], peut constituer un obstacle à la souscription et donc à la généralisation de la complémentaire santé.

2- La généralisation du tiers-payant

L'obligation pour les assurés de faire l'avance de frais auprès du professionnel de santé peut également constituer un obstacle au recours effectif aux droits en santé qui sont les leurs. Actuellement, la pratique du tiers payant est très hétérogène. Encadrée par les textes soit en fonction du profil du bénéficiaire soit en fonction de la nature des dépenses de soins, il peut par ailleurs soit concerner l'intégralité des frais engagés par l'assuré et pris en charge par les régimes de base et les organismes complémentaires soit uniquement la part de ces frais pris en charge par les régimes de base. Ces règles ne permettent donc pas de lutter efficacement et de manière égalitaire contre les renoncements aux soins liés à la nécessité pour les assurés de faire l'avance de frais.

Ainsi, le tiers payant s'applique de plein droit et sur l'intégralité de la dépense (part base ainsi que, le cas échéant, part complémentaire) pour les bénéficiaires de la CMU-c ou de l'AME. Il est également prévu uniquement pour la part prise en charge par les régimes de base notamment pour les soins dispensés en établissements de santé ou en centres de santé et pour les soins délivrés aux bénéficiaires de l'ACS. La convention médicale prévoit également la possibilité d'appliquer le tiers payant en cas d'actes coûteux, dans le cadre d'accords locaux ou en fonction de la situation financière de l'assuré.

Aussi, dans le cadre de stratégie nationale de santé, le gouvernement a annoncé la mise en place, en deux temps du tiers-payant intégral chez les professionnels de santé : d'abord, en 2015, pour les bénéficiaires de l'ACS puis à échéance 2017 pour l'ensemble des assurés.

9 - À la différence des contrats collectifs qui bénéficient d'un financement de l'employeur, les contrats individuels sont intégralement financés par leur souscripteur.

Les refus de soins opposés aux bénéficiaires de la CMU-C, de l'ACS et de l'AME : les principaux constats et préconisations du Défenseur des droits

Par Bernard DREYFUS,
Délégué général à la médiation avec les services publics

Bernard DREYFUS a commencé sa carrière dans l'administration territoriale où il a occupé de nombreux postes en qualité de Secrétaire général ou Directeur général des services.
Il a été, à plusieurs reprises, membre de cabinets ministériels.
Depuis 1999, il est le Professeur titulaire de la Chaire administration et gestion des collectivités locales du Conservatoire national des arts et métiers.
Auteur de plusieurs ouvrages, il a été également Directeur de la DATAR.
De 2004 à 2011, il a été Directeur général des services du Médiateur de la République.
Depuis 2011, il est Délégué général à la Médiation avec les services publics auprès du Défenseur des droits, autorité instituée par la loi organique du 29 mars 2011.

Propos introductif

Sur le fondement de la loi organique n° 2011-333 du 29 mars 2011, le Premier Ministre avait sollicité l'avis du Défenseur des droits sur « les pratiques actuelles de refus de soins opposés aux bénéficiaires de la couverture maladie universelle Complémentaire (CMU-C), de l'aide à l'acquisition d'une couverture maladie complémentaire (ACS) et de l'Aide médicale d'Etat (AME) », afin de mettre au jour des propositions destinées à faciliter la détection des refus de soins illégaux et de sensibiliser les professionnels.

Le droit positif ne consacre pas au profit des malades l'existence d'un droit aux soins opposable erga omnes. Il en résulte une dichotomie entre certains refus de soins qui sont illégaux, et d'autres qui ne le sont pas. On citera par exemple le cas du professionnel qui est tenu de refuser les soins sollicités lorsque ces derniers ne relèvent pas de sa compétence.

Les refus de soins directs illégaux se caractérisent en revanche pour un professionnel, par le fait de santé, de ne pas accepter de façon assumée, de recevoir certaines personnes du seul fait qu'elles sont bénéficiaires de la CMU-C, de l'AME ou de l'ACS[1]. Les manifestations des refus de soins implicites ou indirects peuvent être variées. On mentionnera notamment la fixation tardive, inhabituelle et abusive d'un rendez-vous, l'orientation répétée et abusive vers un autre confrère ou la consultation externe d'un hôpital, le refus de dispense d'avance des frais.

Les refus de soins illégaux, manifestes ou déguisés, contreviennent de manière évidente à la volonté du législateur, de même qu'à l'intérêt général. Ils nuisent aux mesures de prévention et de détection précoce des pathologies ainsi qu'à leur traitement. Ces pratiques ne sont, de loin, pas généralisées mais demeurent récurrentes.

1 - L'article L. 1110-3 du code de la santé publique dispose qu'« aucune personne ne peut faire l'objet de discriminations dans l'accès à la prévention ou aux soins ».

Afin de répondre à la demande du Premier Ministre et d'enrichir la réflexion du Défenseur des droits, un groupe de travail dédié associant représentants institutionnels (Conférence nationale de santé, Fonds CMU, …) et associations (le CISS, l'UNAF, Médecins du monde, …) a été constitué. Les échanges avec les membres du groupe de travail ont permis de contribuer à alimenter la réflexion de l'institution. Durant les séances du groupe de travail, de nombreux constats ont été établis sur une certaine persistance des refus de soins et les difficultés des usagers à faire valoir leurs droits en matière d'accès aux soins. La nécessité d'approfondir la problématique de la médiation a été rappelée à cette occasion en vue de permettre de responsabiliser les parties et de régler le litige opposant le bénéficiaire au professionnel de santé.

Une série d'entretiens a également été menée auprès de différents acteurs en vue de compléter les conclusions du groupe de travail (CNAMTS, Conseil national de l'ordre des médecins, Ordre national des chirurgiens-dentistes, Direction de la sécurité sociale, ATD Quart monde, Observatoire du non recours aux droits et aux services (ODENORE), Collectif des médecins généralistes pour l'accès aux soins (COMEGAS), …). Ces entretiens ont permis d'enrichir l'analyse et les propositions des travaux engagés dans le cadre du rapport.

À l'issue des travaux, le Défenseur des droits constate que le droit à la santé des personnes en situation de précarité ou vulnérables n'est pas forcément acquis. Celui-ci constitue cependant une exigence fondamentale à laquelle doivent s'attacher l'ensemble des acteurs du dispositif et, de façon plus générale, les pouvoirs publics, garants de l'égalité de tous.

Remis au mois d'avril 2014, le rapport du Défenseur des droits dresse un état des lieux des difficultés empêchant l'accès aux droits, et formule différentes recommandations destinées à favoriser une meilleure accessibilité des plus précaires à l'accès aux soins et un meilleur pilotage du dispositif de traitement des plaintes en matière de refus de soins.

Les difficultés relatives à l'accès aux droits (plus qu'à l'accès au praticien ?)

Si les dispositifs de protection permettent en principe de couvrir les différents publics (citoyens français et résidents étrangers, en situation régulière ou non) afin de leur permettre d'accéder aux droits, le bénéfice de ces droits demeure cependant conditionné à l'accomplissement d'un parcours administratif qui se caractérise par sa complexité pour l'usager, comme pour les personnes chargées de sa gestion.

Des aides existent mais les usagers ne les perçoivent pas, en raison de la conjugaison de plusieurs facteurs qui tendent à créer du « non recours ». Les prestations ou services ne parviennent pas à toucher le public visé et, plus particulièrement, les populations en situation de précarité, alors même qu'elles en ont le plus besoin. Entreprendre de telles démarches requiert une autonomie et une bonne compréhension des administrations de la part de ces populations davantage enclines au non recours.

Les taux de non recours sont élevés, s'agissant des prestations liées à la santé : 20 % des bénéficiaires potentiels n'ont pas recours à la CMU-C ; s'agissant de l'ACS, les taux se révèlent particulièrement élevés, avec 70 % de bénéficiaires potentiels qui ne la sollicitent pas (il est à noter que même les travailleurs sociaux ne la maîtrisent pas).

Les facteurs du non recours sont multiples : complexité des démarches administratives, manque d'information des usagers et des professionnels en charge de la gestion des droits, empilement des différents dispositifs, peur de la stigmatisation, …

Le manque d'information des usagers se double d'un déficit d'information des agents en charge de la gestion. Les efforts engagés par l'ensemble des acteurs pour pallier ce manque doivent être poursuivis et intensifiés. Ainsi, en avril 2013, l'Union nationale des centres communaux et intercommunaux d'action sociale (UNCCAS) et la caisse nationale d'Assurance Maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) ont signé un protocole d'accord pour favoriser l'accès aux droits et aux soins des plus démunis, s'agissant notamment des droits relatifs à la CMU de base, la CMU-C et l'ACS.

L'ouverture des droits à l'ACS illustre parfaitement la complexité de ces démarches administratives : le dépôt du dossier ne représente qu'une première étape. Après l'instruction des dossiers par la CPAM concernée, l'usager se voit délivrer un « chèque santé » qu'il doit faire valoir auprès d'un organisme de complémentaire santé, au moment de l'achat d'un contrat individuel. Une telle démarche est susceptible de constituer une difficulté supplémentaire, par exemple pour un jeune déjà exposé à un cumul des difficultés (hébergement précaire, rupture familiale etc.) et pour lequel les droits ne sont pas toujours adaptés ou pour une personne âgée éloignée des services et susceptible d'être isolée socialement.

En matière d'AME, de nombreux agents et professionnels de santé se plaignent de la complexité du dispositif, qui requiert notamment une bonne maîtrise du droit des étrangers. Les agents ne disposent pas toujours d'une information complète sur les conditions d'ouverture des droits et peuvent être confrontés à des consignes contradictoires de la part des administrations. Les bénéficiaires de l'AME doivent parvenir à justifier leur présence en France depuis plus de trois mois de manière ininterrompue, ce que l'irrégularité de leur situation peut rendre complexe. De plus, ces personnes peuvent se trouver dans des situations évolutives, pouvant alterner des périodes de régularité et d'irrégularité.

Le rapport a permis de montrer l'absence d'échanges naturels entre les différentes caisses (CPAM/CNAF) susceptibles de créer du non recours. Certains acteurs, durant les auditions, ont réaffirmé l'intérêt de rendre automatique l'accès à certaines prestations sous réserve que les conditions de ressources correspondent. C'est pourquoi, le rapport préconise d'ouvrir aux bénéficiaires du RSA socle un accès automatique, sans démarche à effectuer, à la CMU-C et aux bénéficiaires de l'ASPA, un accès automatique à l'ACS.

Pour les trois dispositifs, le maintien des droits par examen annuel avec des conditions de renouvellement pouvant varier selon les dispositifs mériterait d'être simplifié. Le renouvellement se faisant le plus souvent dans les mêmes conditions que la demande initiale, ceci exige de remplir le formulaire et de joindre de nombreuses pièces justificatives... Pour la CMU-C, l'usager doit faire sa demande de renouvellement dans un délai de deux mois avant la date d'échéance figurant sur l'attestation. Pour l'ACS, le renouvellement doit être demandé entre deux et quatre mois avant la fin de la période d'un an. Il conviendrait de simplifier les procédures de renouvellement et d'envisager un alignement des délais de renouvellement pour l'ACS, l'AME et la CMU-C.

La peur d'être stigmatisé ou la peur d'être assimilé à une personne « assistée » produit du non recours volontaire. Les usagers ne demandent pas certaines aides alors même qu'ils sont éligibles. Se rendre dans une administration pour réclamer une aide pour se faire soigner, fournir de nombreux justificatifs pour justifier des faibles ressources peut rappeler aux personnes leur condition sociale défavorisée créant un renoncement aux droits et aux services.

Au-delà des difficultés d'accès aux prestations générant du non recours, le bénéfice de la prestation ne garantit pas l'accès aux soins en raison de l'existence de situations de refus de soins illégaux. Des situations qui contreviennent au droit à la protection sociale et au droit à la santé.

Des refus de soins illégaux

En dépit de leurs limites, que traduit l'ampleur du non recours, la CMU-C, l'ACS et l'AME visent à rendre possible une meilleure couverture sanitaire et un accès aux soins pour les plus précaires. Les refus de soins opposés à leurs bénéficiaires contreviennent, dès lors, non seulement à l'efficacité du dispositif mais aussi à la jouissance du droit fondamental à la santé.

Depuis dix ans, les refus de soins, peu nombreux en masse mais réels, ont été attestés à de nombreuses reprises par des tests de situation (testing scientifiques[2]) réalisés auprès de professionnels de santé. Les enquêtes réalisées par testing permettent de recueillir les réponses données par le professionnel au patient bénéficiaire de la CMU-C à la suite d'une demande de consultation médicale par téléphone.

Ces enquêtes ont permis de mettre en évidence l'existence de disparités territoriales avec des refus de soins plus nombreux dans les villes, des disparités selon le secteur d'activité des professionnels de santé, les refus de soins apparaissent plus nombreux chez les médecins exerçant en secteur 2, en raison de l'interdiction qui leur est faite de ne pas pratiquer des dépassements d'honoraires aux bénéficiaires de la CMU-C, de l'ACS et de l'AME. Enfin, elles ont permis de montrer l'existence de disparités selon les catégories des professionnels avec des refus de soins plus fréquents chez les médecins spécialistes (gynécologues, psychiatres, …) et quelquefois chez les chirurgiens-dentistes.

Afin de pérenniser l'observation des pratiques de refus de soins illégaux, le Défenseur des droits propose de conclure des conventions avec les ordres des professionnels de santé et la CNAMTS prévoyant des opérations régulières de testing réalisées par des prestataires indépendants et des actions de promotion destinées à assurer un accès effectif aux soins.

Les contraintes administratives, les désagréments économiques ou des motifs liés à la condition sociale des bénéficiaires sont régulièrement invoqués par les professionnels de santé pour justifier les refus de soins.

Les délais de remboursement parfois très longs et les rejets de remboursement sont ainsi régulièrement avancés par les professionnels de santé en matière de contraintes administratives. Les médecins qui ne disposent pas d'outils de télétransmission peuvent rencontrer des difficultés de remboursement des patients relevant de la CMU-C, de l'ACS et de l'AME qui bénéficient du tiers payant. En effet, ces patients bénéficiant de la dispense d'avance de frais, il revient aux professionnels de santé de remplir et de transmettre une feuille de soins papier à la CPAM pour percevoir leurs honoraires. Si des efforts sont constatés du côté des CPAM pour réduire les délais de remboursement, il reste que pour certains professionnels cela peut représenter une réelle

2 - Le testing ou « test de situation », apparu en Grande-Bretagne et aux États-Unis, connaît aujourd'hui un remarquable essor en France notamment dans la lutte contre les discriminations. Le testing peut poursuivre deux finalités distinctes : l'une judiciaire et l'autre scientifique. Le testing judiciaire a pour objet de révéler un acte discriminatoire commis par un auteur déterminé et peut être un élément du débat sur la preuve alors que le testing scientifique est un instrument de mesure des discriminations. Il s'agit d'une utilisation en tant que méthode d'enquête.

difficulté. Ainsi, la gestion des paiements d'honoraires par les CPAM est souvent évoquée comme une cause de refus de la part de certains professionnels d'accueillir en consultation des bénéficiaires de ces prestations. C'est pourquoi, une implication renouvelée des CPAM sur ces questions devrait permettre d'aider les professionnels à recevoir des patients bénéficiaires.

S'agissant des bénéficiaires de l'AME, l'absence de carte Vitale des bénéficiaires de ce dispositif ne permet pas une réelle reconnaissance de leur qualité d'assuré social, pourtant gage pour les professionnels de santé que ces patients respectent bien le parcours de soins coordonnés avec l'obligation de désigner un médecin traitant. Or, l'inscription dans le parcours de soins contribuerait à faire diminuer le nombre de bénéficiaires de l'AME renonçant à se faire soigner, et recourant finalement à l'hôpital, avec des pathologies plus lourdes et plus coûteuses pour la collectivité. Aussi, le Défenseur des droits considère-t-il que la fusion administrative des dispositifs CMU et AME présenterait de sérieux avantages pour les professionnels de santé : simplification des démarches, réduction des délais de remboursement et sécurisation des procédures par la délivrance d'une carte Vitale pour s'assurer de l'ouverture des droits.

Largement évoqués durant les séances du groupe de travail et les entretiens, les motifs liés à la condition sociale et les stéréotypes/préjugés existants à l'égard de ces patients mettent en évidence que certains professionnels de santé considèrent les bénéficiaires comme moins vigoureux que les autres assurés sociaux (pas d'annulation des rendez-vous, absence de suivi du traitement, oublis fréquents de la carte vitale, moins respectueux, ...). Pour certains acteurs, la loi de 1999[3] a créé un « étiquetage social » des bénéficiaires qui se voient ainsi attribuer les stigmates de la grande pauvreté à distinguer de la précarité. Or, les bénéficiaires ne constituent pas un groupe homogène, certains ont un emploi tandis que d'autres se trouvent dans des situations de grande exclusion.

Favoriser un meilleur pilotage du dispositif de lutte contre les refus de soins illégaux

La mise en place d'un système de signalement et de sanction des refus de soins découle de la même logique que celle qui a conduit à créer la CMU-C, l'ACS et l'AME : celle de permettre aux plus précaires un accès aux soins de qualité, pour rendre effectif le principe fondamental et universel de droit à la santé.

Durant la mission, force est de constater que le dispositif de signalement mis en place dans le cadre de la loi HPST[4] est relativement inadapté et inefficace.

La loi HPST a permis une reconnaissance des refus de soins fondés sur le type de protection sociale. En effet, les critères de discrimination énoncés par la loi ne comprenant pas la situation sociale ou le type de protection sociale, la loi HPST a complété l'article L. 1110-3 du code de la santé publique en ajoutant à la liste des refus de soins discriminatoires, les refus de soins fondés sur le type de protection sociale (CMU-C, ACS et AME) en vue de permettre de prononcer des sanctions juridiques.
Une circulaire de l'assurance maladie[5] qui rappelle l'obligation faite aux professionnels de santé de recevoir les patients bénéficiaires de la CMU-C et les sanctions applicables permet de caractériser les refus de soins directs et les refus de soins indirects, dont la forme est plus insidieuse (non-respect des tarifs opposables, refus de dispense d'avance de frais, fixation tardive d'une rendez-vous, orientation répétée ou abusive vers

3 - Loi n°99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle.
4 - Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, santé et territoires.
5 - Circulaire 33/2008 du 30 juin 2008.

un autre confrère ou un centre de santé, refus d'élaborer un devis, …). Cependant ne visant que les seuls bénéficiaires de la CMU-C, il conviendrait de prévoir une mise à jour du texte afin de viser aussi les bénéficiaires de l'ACS et de l'AME. En particulier pour l'ACS dont les bénéficiaires disposent désormais des mêmes droits que pour la CMU-C (dispense d'avance de frais et interdiction des dépassements d'honoraires). De nouveaux droits qui risquent de les exposer à des refus de soins illégaux.

Rareté des saisines en matière de refus de soins

La loi HPST a prévu une procédure particulière de signalement en cas de refus de soins en complétant l'article L. 1110-3 du code de la santé publique. Elle permet à une personne qui s'estime victime d'un refus de soins, de saisir le directeur de l'organisme local d'Assurance Maladie ou le président du Conseil territorialement compétent de l'ordre du professionnel concerné. La saisine vaut dépôt de plainte et vise à sanctionner le professionnel en cause. La plainte est communiquée à l'autorité qui n'en a pas été destinataire, la CPAM ou le Conseil territorial de l'ordre du professionnel concerné, qui en accuse réception auprès de l'auteur et en informe le professionnel de santé mis en cause qui peut être convoqué dans un délai d'un mois à compter de la date d'enregistrement de la plainte.

Face à une remontée des informations très inégale des CPAM en matière de refus de soins, la CNAMTS a confié de nouvelles missions aux conciliateurs, chargés désormais du traitement en première instance des plaintes et signalements formulés par les bénéficiaires de la CMU-C ou les professionnels de santé. Les saisines des conciliateurs sont transmises par la suite à la direction de conciliation de la CNAMTS chargée de réaliser un bilan annuel.

Le bilan annuel 2012 de conciliation de la CNAMTS fait apparaitre plus de 1 000 saisines relatives à des refus de soins opposés aux bénéficiaires de la CMU-C sur un total de 19 517 saisines. Les résultats montrent une forte augmentation des refus de tiers payant (32 %), suivi du non-respect des tarifs opposables (29,9 %) et des refus de soins ou de poursuite de soins (17,6 %). En revanche, il est constaté une diminution des refus directs de prise en charge des bénéficiaires de la CMU-C (15,9 %).

Le Défenseur des droits invite la CNAMTS à mettre en place un dispositif de recensement des pratiques des professionnels de santé (dépassements d'honoraires et refus de tiers payant) afin qu'ils puissent faire l'objet d'une sanction prononcée par le directeur de l'organisme local d'assurance maladie.

En 2012, le Conseil national de l'ordre des médecins déclare avoir enregistré 19 plaintes pour des refus des soins opposés à des bénéficiaires de la CMU-C. Ce qui, on en conviendra, est infime. Plus de deux tiers concernent des spécialistes (13 contre 6 pour les généralistes). Une moitié de ces plaintes porte sur un refus de prise en charge des bénéficiaires. L'autre moitié émane de particuliers, 4 d'associations et une seule plainte provient des services de l'Assurance Maladie. Du côté de l'Ordre national des chirurgiens-dentistes, 19 plaintes ont également été enregistrées.

Ainsi, une grande partie des signalements ne prospèrent pas, les réclamants abandonnant la procédure, ou trouvant une solution amiable pour rétablir l'accès aux soins (le plus souvent par un simple changement de médecin ou un remboursement des dépassements d'honoraires indument perçus par le professionnel de santé). Il conviendrait que les résolutions amiables, notamment par

la réorientation du patient vers un autre praticien, ne conduisent pas à l'absence d'instruction de la saisine pour refus de soins. L'identification des difficultés la prévention des pratiques illégales des professionnels de santé s'en trouveraient facilitées, ces derniers pouvant concrètement, dans le cadre actuel, continuer en toute impunité à refuser des bénéficiaires au sein de leur patientèle. Les CPAM devraient donc inviter les usagers à faire valoir leurs droits en allant jusqu'au bout du recours. De surcroit, l'effet dissuasif des sanctions contribuerait ainsi à une évolution des pratiques des professionnels de santé.

Si la procédure de signalement ne favorise pas une remontée des pratiques illégales de refus de soins, on ajoutera également que l'absence de sanctions prononcées à l'égard des professionnels de santé est susceptible de dissuader les usagers à entamer un recours.

Des usagers encore démunis pour faire valoir leurs droits

Le faible nombre de signalements confirme la difficulté des usagers à faire valoir leurs droits. Ces derniers ignorent les obligations faites aux professionnels de santé de les accueillir, de pratiquer la dispense d'avance de frais et de respecter les tarifs opposables. Certains bénéficiaires peuvent être convaincus que les professionnels de santé ont le droit de refuser de les prendre en charge.

Les usagers disposent de peu d'informations sur leurs droits et devoirs en tant que bénéficiaires de la CMU-C, de l'ACS et de l'AME. Une campagne de sensibilisation des patients à leurs droits et devoirs, sous l'égide du Ministère des Affaires sociales et de la Santé en lien avec l'Assurance maladie et les ordres des professionnels de santé, permettrait à n'en pas douter de lutter contre ces situations, tout en rappelant aux intéressés leurs obligations, notamment en matière de présentation de leur carte Vitale à jour de droits, et d'information préalable du praticien en cas d'annulation du rendez-vous.

Enfin, la complexité des démarches nécessaires pour entamer un recours explique la rareté des signalements et dissuade les usagers d'entamer un recours qui nécessite une forte volonté afin d'aller jusqu'au bout de la procédure.

Face à la difficulté des usagers d'établir la preuve d'avoir fait l'objet d'un refus de soins illégal, le Défenseur des droits propose d'instaurer un aménagement de la charge de la preuve en cas de plainte pour refus de soins fondé sur le type de protection sociale en faveur des victimes. Devenu une norme en droit français, l'aménagement de la charge de la preuve a été transposé aux procédures administratives et civiles, il permet de préserver une égalité des armes par une meilleure répartition. Initialement conçu par la Cour de justice de l'Union européenne pour lutter contre les discriminations sexistes, ce régime a été mis en place afin de pallier aux difficultés suivantes : rareté des signalements et sanctions, victime disposant de peu d'éléments de preuve, travaux d'enquêtes qui montre l'ampleur du phénomène,… Ainsi, il appartient au mis en cause de prouver que la mesure en cause est justifiée par des éléments objectifs étrangers à toute discrimination. Essentiel pour combattre les discriminations, l'aménagement de la charge de la preuve est souvent mobilisé par les services du Défenseur des droits notamment dans le domaine de l'emploi, privé et public, et du logement afin de caractériser une discrimination. L'instauration d'un tel régime dans le code de la santé publique permettrait d'aider les usagers à faire valoir leurs droits.

De plus, le Défenseur des droits préconise d'autoriser les usagers à se faire accompagner et/ou représenter par une association de défense des droits des patients, des usagers du système de santé ou des personnes en situation de précarité dans les procédures de conciliation ou les recours en justice. Cette recommandation qui

fait l'objet d'un large consensus auprès des différents acteurs vise à soutenir les victimes durant la phase de conciliation ou durant le recours à la justice ordinale. L'intervention des associations aux cotés des victimes permettrait une meilleure reconnaissance des droits des personnes exposées aux refus de soins illégaux.

Un manque de connaissance de la part des travailleurs sociaux

Les difficultés liées à la méconnaissance et au déficit d'information sur les recours et dispositifs existants en matière de refus de soins ne visent pas les seuls usagers. Durant la mission, le Défenseur des droits a pu constater que les travailleurs sociaux disposaient d'informations parcellaires sur les droits ouverts par les prestations (tarifs opposables, dispense d'avance de frais, ...) et les obligations qui s'imposent aux professionnels de santé. Les travailleurs sociaux méconnaissent le cadre légal en matière de refus de soins, de même que la procédure de conciliation et de sanction prévue par la loi HPST.

Lorsqu'une situation de refus de soins illégale est portée à leur connaissance, les travailleurs sociaux ne vont pas forcément encourager l'usager à entamer un recours en raison de la complexité des démarches. À l'instar de l'Assurance maladie, la priorité est donnée à l'accès aux soins, la victime doit avant tout pouvoir se faire soigner, elle est donc orientée vers un professionnel connu pour recevoir des bénéficiaires de prestations comme la CMU-C. Néanmoins, en agissant de la sorte, les professionnels contribuent à saturer les cabinets médicaux connus pour accepter de recevoir les bénéficiaires de prestations santé.

Cependant, les entretiens ont permis de prendre connaissance de la mobilisation et la volonté des travailleurs sociaux de répondre aux difficultés croissantes en matière d'accès aux soins. Ainsi , comme déjà évoqué, l'Union nationale des centres communaux d'action sociale (UNCCAS) et la CNAMTS ont signé courant 2013 un protocole d'accord visant à favoriser l'accès aux soins des personnes en situation de précarité. Ce protocole vise notamment à diffuser une meilleure information sur les prestations liées à la santé comme l'ACS.

Créer un guichet unique pour garantir le traitement effectif des plaintes ?

Les membres du groupe de travail ont déploré la complexité de la procédure de conciliation et de sanction estimant cette dernière incompréhensible, aussi bien pour les usagers que les professionnels, et inefficace car ne permettant pas une remontée des situations de refus de soins observés sur le territoire.

Parce que l'accès aux droits est une des priorités du Défenseur des droits, le rapport s'est attaché à proposer une mesure destinée à garantir un traitement effectif des plaintes par la mise en place d'un guichet unique de réception des plaintes sous l'égide des Agences régionales de santé (ARS). Conformément à leur mission d'assurer l'accès aux soins des plus démunis inscrite dans le code de la santé publique, les ARS jouent un rôle de premier plan. En outre, le Défenseur des droits propose que les ARS soient chargées de recevoir les plaintes, de les communiquer aux acteurs en charge du traitement et de suivre leur instruction. L'objectif est de garantir un traitement effectif des plaintes en matière de refus de soins et de simplifier les démarches des usagers.

Dès réception d'une plainte, l'ARS informerait les parties, la CPAM concernée et le Conseil départemental de l'ordre compétent. Ces derniers seraient tenus de réunir la commission mixte de conciliation à l'instar de ce qui était prévu par la loi HPST, composée des professionnels de santé, de la CPAM mais aussi des représentants des usagers. Afin d'éviter que les délais de traitement ne soient trop long, l'ARS fixerait un délai.

En l'absence d'accord amiable, le Conseil de l'ordre aurait l'obligation de transmettre la plainte à la juridiction ordinale de première instance. Si cette dernière ne prend pas les dispositions nécessaires pour garantir le traitement de la plainte, les ARS pourraient remettre un rapport au Défenseur des droits et l'ordre national concerné. Les modalités d'application devront être fixées par voie réglementaire.

Cette nouvelle procédure présenterait plusieurs avantages : mettre en place une instance unique compétente en matière de refus de soins illégaux, faciliter les démarches des usagers, garantir une communication entre les acteurs en charge du traitement des plaintes (CPAM et ordre des professionnels de santé) et mettre en place un recueil et un suivi des plaintes.

Mais nous sommes aussi conscients que l'accès aux droits passe davantage par la facilitation de l'accès aux soins des plus précaires et la lutte contre les non recours que par de la « procédure », fusse-t-elle facilitée et simplifiée.

Point de vue d'un médecin généraliste engagé sur l'accès aux droits

Par Christophe ADAM,
médecin généraliste, trésorier national de l'association « Médecins du Monde »

Christophe ADAM, médecin généraliste installé en libéral, est également coordonnateur des lits halte soins santé gérés par le centre communal d'action sociale de la ville de Bordeaux. Il est maître de conférences associé au Département de Médecine Générale de l'université de Bordeaux et trésorier national de Médecins du Monde-France.

La question de l'accès aux droits dépasse largement le seul domaine de la santé et ne peut se réduire à l'analyse simple de procédures et de leurs limites.

Rappelons avant tout, que dans notre organisation sociale actuelle, les droits à la protection sont d'abord le résultat de choix et de combats. Choix en référence à une éthique, à des valeurs, à une conception de l'individu et de son lien à une collectivité nationale ou supra nationale. Choix aussi démocratiques de définir un périmètre de droits, universels ou spécifiques, faisant suite le plus souvent à des confrontations d'opinions ou des mobilisations collectives. La protection, c'est l'association de volontés.

Notre modèle d'État et de l'intervention publique a produit des normes, des cadres, construisant ainsi un référentiel de droits à être protégé ou à bénéficier de la solidarité nationale, qui font de la France l'un des pays les plus « social » au monde. Ce bouclier principalement issu de la rencontre de trois histoires, celle de la résistance, l'autre de lecture chrétienne de la fraternité et la 3e du communisme, s'est bâti sur cette volonté de combattre la barbarie par la solidarité. S'unir d'abord pour reconstruire notre unité nationale, mais s'unir aussi au-delà même de nos frontières, pour éviter la répétition du pire.

Donc parler de l'accès aux droits, c'est s'inscrire dans cette histoire collective qui vient de structurer quasiment un siècle de notre vie commune, en France, mais aussi en Europe et même au-delà. Car nos droits sont aussi devenus pour certains dans le monde, un modèle de reconstruction. Ils sont aussi celui de l'Autre, d'un étranger. Ils se sont globalisés. Ils sont donc requestionnés par d'autres lectures du collectif, au niveau européen particulièrement, mais aussi sous les assauts de la mondialisation et des mouvements des peuples.

L'accès aux droits à la santé n'échappe donc pas à cette lecture complexe de notre environnement, aux liens de dépendance entre différents facteurs sociaux (les déterminants sociaux de la santé) et à la confrontation de nos visions de ce que nous nommons la protection sociale.

Replacer l'accès aux droits à la santé dans cette histoire, parait fondamental car il offre un cadre d'analyse un peu décalé, moins axé sur les procédures donc ouvre des pistes de discussions.

C'est de ma position de soignant, comme médecin généraliste de ville et comme professionnel exerçant auprès des populations exclues des systèmes de droits communs, bénévolement au sein de Médecins du Monde ou comme médecin salarié sur le circuit de l'hébergement d'urgence, que je vous propose une lecture de l'accès aux droits à la santé, avec l'envie de souligner avant tout que s'ils sont essentiels, les droits ne sont pas tout… Car l'obtention de droits à une couverture maladie n'entraine pas uniquement l'accès aux soins. Le rappeler souligne une fois encore qu'au-delà de systèmes c'est d'un Homme dont nous parlons et d'un

Homme malade… Réinterroger l'accès aux droits à la santé vient donc toucher un large panel d'interrogations, d'où nos probables difficultés à penser, autrement, cette question.

Les grandes causes du non accès aux droits à la santé

La non ouverture des droits

Les centres de soins, d'accueil, de soins et d'orientation (CASO) de Médecins du Monde en France ont accueillis plus de 30 500 personnes en 2012. Dans les consultations, les médecins des CASO constatent que 43 % des personnes recourent trop tardivement aux soins et que 22 % ont renoncé à se soigner au cours des douze derniers mois.

En 2012, 98,2 % des personnes reçues en consultation dans les centres de Médecins du Monde vivaient sous le seuil de pauvreté et seules 12,3 % des personnes majeures ont des droits effectivement ouverts à une couverture maladie qu'elles soient françaises ou étrangères, en situation régulière ou non. Pour des raisons multiples : barrière de la langue, lourdeur des procédures administratives,…. L'observatoire de la mission France de Médecins du Monde[1] recueille chaque année des données sociales, médicales afin de mieux décrire le parcours et les obstacles que ces patients vulnérables rencontrent, alors que de nombreux rapports d'expertises rappellent qu'ils doivent être les cibles prioritaires de nos politiques publiques de solidarité et de santé publique… Mais cette non ouverture des droits n'est pas l'apanage du champ de la santé car il touche d'autres dispositifs de redistribution. Revenu de solidarité active, dispositif de préparation opérationnelle à l'emploi, aides à la rénovation énergétique… On parle beaucoup d'abus, mais les dispositifs d'aide sociale sont souvent sous utilisés, mal employés…ou saturés.

De nombreuses hypothèses ont été émises sur cette non ouverture des droits potentiels.

D'abord la lourdeur des dossiers administratifs. Le timbre de 30 euros imposé en 2012 pour l'ouverture de l'aide médicale d'état a été un très bon exemple de la complexification inutile et néfaste, en termes d'ingénierie administrative et de santé publique. N'oublions pas aussi que le montage d'un dossier de demande de CMU, d'ACS, d'AAH… a un coût, financier et humain. Quel impact négatif sur des équipes sociales, de temps passé à trouver la faille ou le levier, contourner l'obstacle, tenir la juste ligne pour ouvrir des droits pourtant indispensables ? Fraude-t-on quand on est malade ? Comment sortir de cette discordance entre la volonté politique d'aider et sa mise en œuvre sous l'angle du contrôle et de la preuve opposable ? Comment retrouver la sincérité sereine de cette volonté initiale de solidarité et d'équité ?

La nécessité d'accompagner apparait aussi comme un point central ou devient une nécessité, conséquence de cet imbroglio administratif, de juxtaposition de règles, parfois totalement en opposition avec l'égalité républicaine. Comment comprendre les divergences d'exigence de pièces administratives entre caisse primaire d'assurance maladie ? En tous les cas, s'il y a accompagnement, il devra se construire sur le modèle de l'entretien motivationnel, pour ré-inscrire le patient dans un parcours, pour qu'il reprenne en main sa trajectoire. Un accompagnement pour libérer des espaces, ceux du bénéficiaire ou de l'usager et ceux aussi souvent bloqués, face à un guichet ou à une exigence administrative arbitraire.

1 - Observatoire de l'accès aux soins de la mission France. Médecins du Monde, octobre 2013

Les effets de seuil

Dénoncer avec force, l'effet de seuil pour l'obtention de la CMU-C est une vraie question. À l'heure où l'on parle du tiers payant généralisé, la non prise en compte du seuil de pauvreté dans les barèmes d'obtention d'une aide de solidarité parait totalement illogique. Exclure de ce dispositif les titulaires de l'AAH ou du minimum vieillesse est incompréhensible.

L'effet seuil est une cause de clivage, d'exacerbation du sentiment d'exclusion entre catégories de populations précaires, dépendantes plus ou moins de la solidarité collective. Cette mise en tension est péjorative pour la cohésion sociale.

Comment lutter alors contre l'effet seuil ? D'abord ne l'oublions pas, en aidant chacun à créer la richesse dont il a besoin pour vivre. Lutter contre la pauvreté est le meilleur outil de lutte contre les effets seuils de dispositifs qui seront toujours limitant ou excluant. En 2000, la France et 189 pays ratifiaient les objectifs du millénaire pour le développement. En France et en Europe ces objectifs devraient se traduire d'abord par une juste rémunération du travail.

La loi de 1998 a été la traduction législative d'une forme d'ambition pour lutter contre la pauvreté. Nous sommes-nous résolus aujourd'hui, à admettre l'inacceptable ? Le plan quinquennal de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale, annoncé en janvier 2013, a ouvert quelques pistes. Quelles sont aujourd'hui nos nouvelles ambitions dans la lutte contre la pauvreté au niveau national, européen et international ?

En attendant, que chacun puisse vivre de son travail ou de son activité, les dispositifs sociaux sont construits en fonction de barèmes dont les grilles sont parfois autant d'outils à exclusion d'où la nécessité de contrecarrer les effets de seuil.

Dans un travail de thèse de médecine générale[2], nous avons voulu étudier la perception de médecins généralistes dans la prise en compte des difficultés d'accès aux soins des patients ne disposant pas d'une couverture maladie complémentaire. 81 % des médecins généralistes ayant inclus des patients sans couverture maladie complémentaire avaient bien repéré la précarité de leur patient. Par contre 37 % n'avaient pas dépisté les retards d'accès aux soins dans ces patients qui pour 68 % d'entre eux ont renoncé aux soins dans l'année écoulée pour raisons financières et qui considéraient en grande majorité (70 % de l'effectif) que l'obtention d'une complémentaire santé était une priorité s'ils en avaient les moyens financiers. Il faut donc développer le sens clinique des acteurs de soins mais aussi de l'aide sociale, au dépistage des vulnérabilités individuelles. Il faut sensibiliser et former les professionnels de soins libéraux à rechercher les signes de fragilités sociales, car ces acteurs qui couvrent la totalité du territoire, sont aussi des leviers efficaces pour mobiliser les patients à ouvrir les droits dont ils ont besoin (l'aide à la complémentaire santé particulièrement). L'aide sociale n'est pas uniquement une question des professionnels de l'action sociale. Elle est aussi une responsabilité des acteurs de soins primaires, des systèmes de 1er recours, libéraux compris.

Le pendant de la création de richesse est de ne pas s'enrichir de la fragilité d'un Autre. Ou d'en vivre justement… Ce qui signifie donc d'encadrer les tarifs des services et biens médicaux, mais aussi des assurances maladie complémentaire, dont l'explosion des coûts est une source d'effet seuil inversé. D'un côté, la collectivité lutte pour limiter l'exclusion de dispositifs d'aide sociale, de l'autre des prestataires privés augmentent leurs bénéfices. Les effets seuils renvoient au pilotage démocratique de nos dispositifs de santé, car l'arbitrage entre des obligations collectives et des intérêts individuels ou corporatistes, doit se situer dans l'espace politique et représentatif, lieu du compromis indispensable pour toute vie collective.

2 - « Comment les médecins généralistes appréhendent les difficultés d'accès aux soins de leurs patients. Analyse de la trajectoire d'accès aux soins de patients sans complémentaire santé ». Thèse pour l'obtention du diplôme d'état de docteur en médecine. Benoit Gibert. Septembre 2013. Université Bordeaux 2.

Le non-respect des droits ouverts

Refuser l'accès aux soins à des patients titulaires d'un CMU ou d'un AME est une faute grave. Il y a dans cette attitude une forme de rejet des fondements de notre système social. Ces pratiques sont minoritaires mais elles doivent être dénoncées et recherchées de manière systématique.

On peut aborder cette question dans le sens de la dénonciation et la juridiciarisation du refus de soins. Elle est légitime et utile. Des progrès notables ont été faits pour faciliter ces déclarations.

On peut aussi la penser en interrogeant la formation des acteurs de soins et particulièrement des médecins. Les études médicales sont actuellement essentiellement centrées sur un apprentissage biomédical. Dans un travail de thèse de médecine générale récent[3] nous avons voulu évaluer la formation en santé précarité des futurs médecins. Sur 35 universités métropolitaines interrogées, 8 (23 %) délivrent une formation obligatoire dans le champ de la précarité au cours du cursus commun. 21 (60 %) une formation optionnelle. La formation obligatoire intervient, essentiellement en 1ère année, sur un volume horaire de 1,9 heures… À l'issue de ce travail, nous proposions de développer au cours du cursus général de médecine mais aussi durant le DES de médecine générale, des temps de formation pluridisciplinaire, unissant sciences sociales, histoire des idées et sciences politiques, sur les inégalités sociales de santé (ISS) et les approches médico-sociales. L'ouverture inéluctable de l'université médicale française à la concurrence intra-européenne oblige à revisiter d'urgence le cadre de la formation médicale initiale. En effet, la lecture française du service public de la santé, d'une approche globale de la santé, la lutte contre les ISS et l'objectif de permettre un accès universel aux soins, doit se traduire par un enseignement qui prenne en compte l'ensemble de ce qui détermine notre rapport aux soins. Ne pas former les futurs médecins, en lien avec les autres professionnels du secteur, à ces enjeux de santé globale ou intégrée, c'est prendre un risque pour l'avenir…

Le non-respect des droits interroge aussi le fonctionnement des organismes publics et para-publics qui gèrent notre système de santé. Les demandes arbitraires de justificatifs complémentaires par certaines caisses primaires d'assurance maladie, le non accompagnement dans le décodage de la machinerie administrative ou l'oubli que la simplification n'est pas uniquement un objectif de rationalisation financière mais avant tout un choix de faciliter l'accès aux dispositifs pour des personnes en difficultés peu enclin à s'inclure dans des procédures normalisées ou normalisantes, sont autant d'équivalents de non-respect des droits ouverts.

Quelles sont alors les pistes pour faciliter l'accès aux droits à l'assurance maladie des populations précaires ?

Ne pas transiger sur l'universalité du droit à la santé et aux soins

D'abord, défendre l'universalité du droit aux soins, lutter contre les idées fausses du surcoût et de l'abus, en faire une ambition collective à un moment ou le risque est grand de voir démembrer notre système collectif et universel de santé. Et l'universalité dans le champ du droit aux soins doit se structurer autour de deux grands axes, celui des soins de 1er recours et de proximité, et celui des filières coordonnées et intégrées de soins spécialisés.

3 - « Santé et précarité : enjeux de formation pour les futurs acteurs de soins primaires. Enquête et analyse de l'offre universitaire de formation spécifique en France en 2012 ». Thèse pour l'obtention du diplôme d'état de docteur en médecine. Virginie AUSTRY. Janvier 2014. Université Bordeaux 2.

Aujourd'hui, le lieu privilégié de l'accès aux soins des populations les plus vulnérables est le service d'urgence du centre hospitalier de proximité. Ces patients n'ont pas accès ou mal à la médecine générale, très peu globalement à la médecine de ville. Il s'agit probablement d'une question d'organisation (consultation sans RDV, nécessité d'inventer des nouvelles formes de coopérations professionnelles, structuration de cabinets médicaux de ville), de coût du fait des dépassements d'honoraires ou de la non pratique du tiers payant, mais aussi de formation des professionnels de santé à une approche médico-sociale, à la coordination ou la facilitation entre professionnels issus de métiers différents, à la gestion de cas complexes cumulant des facteurs de vulnérabilités médicaux, sociaux et / ou psychologiques. Les soins primaires sous leurs différentes formes organisationnelles (médecine libérale, soins primaires hospitaliers, centre mutualiste, maisons de santé…) doivent être accessibles à tous. La création de pôles expérimentaux, transversaux ville-hôpital, médical et social, santé précarité serait un moyen de développer une pratique médico-sociale de 1er recours. Ces plateformes pourraient être des pôles de référence pour un territoire et aussi des lieux de recherche et de formation[4].

Les filières de soins spécialisés s'organisent aujourd'hui autour de parcours normés, structurés pour l'application de protocoles qui fractionnent le temps des malades. Les prises en charge ambulatoire sont incompatibles avec le manque de repères (absence ou hébergement instable, instabilité administrative ou professionnelle, labilité thymique, fragilité des liens et isolement social) de patients en situation de précarité. Nous disposons en plus aujourd'hui pour des pathologies qui sont de plus en plus chroniques, de traitements efficaces mais aussi coûteux. Les protocoles de soins appliqués parfois au long court, imposent des contraintes de suivi, d'où la nécessité de formaliser un projet de soins et d'accompagnement cohérent, adapté au patient pour obtenir son adhésion et son observance. Les paramètres psychosociaux et sa participation du patient devraient être recherchés et pris en compte au sein de ces filières bio-médicales hyper-spécialisées au risque si on en fait l'impasse, d'une mise en échec ou d'un échappement thérapeutique.

Que ce soit dans le champ de soins primaires ou dans celui des filières de soins spécialisés, nous devons avoir la volonté de replacer systématiquement le patient au centre, c'est à dire lui conserver ses capacités de choix, de négociation et d'élaboration de ses propres stratégies de santé. La loi de mars 2002 a ouvert des espaces. La création des conférences régionales de santé et de l'autonomie peut être aussi une autre manière de partager la responsabilité d'une co-construction avec les patients, des projets de soins et de santé. La place du patient aux différents étages de l'élaboration du projet de la stratégie de santé, reste encore à construire avec l'obligation de structurer un véritable volet d'éducation du citoyen et de ses représentants (élus et représentant des malades) au système de soins et de santé. Les outils numériques sont probablement une piste pour développer ce savoir partagé et la démocratie sanitaire, en s'appuyant sur l'accès pour tous aux données de santé ? Redonner le pouvoir aux patients, sans démagogie, c'est lui redonner l'accès à une information juste et éclairée. Pourquoi ne pas créer une agence nationale de la santé globale et de l'innovation médicale, mettant en ligne informations, conseils, référentiels et débats essentiels dans le champ de la santé ?

Repenser la solidarité sous l'angle de la vulnérabilité individuelle

Redéfinir ensuite notre approche de la solidarité sous l'angle de la vulnérabilité individuelle et non pas uniquement sous celui d'une simple lecture économique. Cette approche permettrait de prendre en compte les mouvements individuels, les changements de cap, les ruptures, mais aussi les capacités d'adaptation ou de résilience des personnes. Elle offrirait aussi la possibilité de mieux coller aux contextes évolutifs d'un monde en constant mouvement, non figé dans une série de codes, changeant vite, plus vite que la capacité des

4 – « La prise en charge des personnes vulnérables. Agir ensemble à l'hôpital et dans le système de santé ». Les propositions de la Fédération Hospitalière de France et de Médecins du Monde. Mai 2014.

dispositifs à modifier leurs cadres d'engagement. Elle redonnerait enfin un espace de liberté et d'évaluation aux professionnels de l'aide souvent contraints à des contorsions pour faire rentrer un bénéficiaire dans un cadre opérationnel le plus souvent inadapté ou débordé. Fixer un socle de base de solidarité et un 2e niveau pour ces moments de vulnérabilité, que nous sommes tous potentiellement appelé à traverser, au moment de la vieillesse, d'un accident, d'une maladie, de la perte d'un emploi ou du fait d'un handicap. Cette approche serait plus adaptée au moment ou au contexte. Penser l'aide sociale comme une exigence de solidarité et d'équité au moment d'une période ou d'un état de vulnérabilité, par éthique mais aussi pour maintenir, soutenir, étayer. Pour éviter l'effondrement.

Cette approche nécessite donc de repérer et de prendre en compte dans l'analyse globale d'un patient, particulièrement dans la prise en charge d'une maladie chronique, les critères de sa vulnérabilité, en utilisant des outils de dépistage et d'évaluation. Non pas pour exclure ou pour ne pas intégrer dans un protocole de soins un patient, mais pour adapter et prendre en compte. Cela nécessite donc une lecture pluridisciplinaire et partagée, afin d'éviter l'arbitraire et l'iniquité. La recherche sur la vulnérabilité individuelle, les déterminants sociaux de la santé et la résilience, constituent des axes de travail fondamentaux afin de mieux mobiliser les ressources disponibles (individuelles et collectives) aux besoins exprimés du patient ou de son entourage, en s'appuyant sur l'analyse des professionnels sous l'angle biomédical, psychique ou social.

Redonner aux patients leurs capacités d'initiatives

Éviter que le processus d'ouverture des droits à une aide sociale rigidifie la notion de droit à la solidarité ou à une aide, produise des impasses ou des systèmes captifs. En effet, au fil du temps, la formalisation d'un corpus normé d'aides et des modalités d'accessibilité à des droits, au nom de l'égalité républicaine, a construit un empilement de dispositifs, de procédures et de métiers, avec l'ambition initialement juste de répondre au mieux à la diversité des situations individuelles. Mais ce maillage a aussi enfermé des bénéficiaires dans des postures desquelles il leur était parfois difficile de s'extraire. L'enjeu est donc de redonner aux intéressés la capacité d'initiatives ou de décisions. Renouer aussi avec la possibilité, pour chacun, d'exploiter des espaces de solidarité de proximité, en dehors du droit opposable. Tenter de lier une approche universelle, républicaine, un seuil commun de solidarité avec des espaces de singularité, ou des initiatives collectives ou territoriales. Favoriser l'initiative et l'innovation dans l'aide sociale. En partie, la libéraliser.

Simplifier et optimiser l'accès aux droits aux soins

Tout ce qui complexifie l'accès aux droits, défavorise les personnes les plus fragiles économiquement et psychologiquement. Pour cela, Médecins du Monde et d'autres partenaires soulignent l'importance de simplifier et faciliter la domiciliation, proposent de fusionner l'AME et le dispositif de la CMU, invitent à renforcer le dispositif PASS dans les hôpitaux.

Au-delà de ces propositions spécifiques, n'oublions pas que la complexité des procédures d'ouverture des droits entraine aussi des surcoûts. Du fait de l'augmentation du temps de travail nécessaire pour monter un dossier, à la suite des recours inéluctables ou des délais de paiements engendrés par des périodes de carence (trois mois d'ouverture de l'AME ou preuves de présence sur le territoire pour un patient européen ou période de travail pour ouverture de droits par

exemple…) ou des entre-deux droits. Du fait aussi de retard de l'accès aux soins et à la prévention, donc du risque d'aggravation de la maladie du patient.

De nombreux travaux ont aussi démontré l'impact positif sur le niveau de santé pour une population, de l'exemption d'avance de frais pour accéder au service de soins primaires ou de prévention. Le tiers payant n'est pas qu'une formule de style. C'est aussi un outil de redistribution et d'efficience pour les politiques de santé publique. Mais il doit s'accompagner à la fois d'une éducation, d'une explication du fonctionnement et de la régulation des différents services ou biens de santé. En effet la gratuité a comme corollaire la perte d'une vision globale par les bénéficiaires de ce que coûte réellement le service rendu, donc une perte de sens du service public. On parle plus des déficits et des surcoûts, que du juste prix et de la pertinence d'une dépense sociale. Qui fait encore le lien, aujourd'hui ou uniquement pour les dénoncer parfois de manière populiste, entre le budget de l'éducation nationale et le niveau de connaissance d'une classe d'âge ? La « gratuité » nécessite une pédagogie forte pour en rappeler le sens au risque, si ce travail d'explication n'est pas fait, de se retrouver quelques années plus tard, contraint de justifier et de défendre au prix fort politiquement, des évidences ou une nécessité.

Il s'agit aussi de simplifier les mécanismes de redistribution et d'améliorer l'effectivité du fléchage des financements style MIGAC (missions d'intérêt général et à l'aide à la contractualisation). Il faut abandonner l'idée d'une tarification spécifique de la prise en compte des critères sociaux dans le monde de financement de l'activité hospitalière ou libérale. Le financement forfaitaire parait être la seule piste vraiment cohérente. Cela impose donc de disposer d'outils de suivi comptable afin de piloter les masses financières investies aux bénéfices des patients en situation de précarité et d'évaluer l'efficience de ces engagements financiers.

Évaluer qualitativement l'impact des politiques publiques de solidarité dans le champ des soins

L'évaluation d'impact des politiques publiques de santé doit se faire en prenant en compte aussi, des critères qualitatifs. La seule analyse comptable n'est pas satisfaisante. Dans cette logique, les inégalités sociales et territoriales de santé doivent être au centre des grilles de lecture d'impact, des objectifs définis entre autre par la stratégie nationale de santé.

Repenser l'accès aux droits aux soins au regard de la globalisation des enjeux de santé

Nous ne pouvons continuer à penser l'accès aux droits à la santé uniquement dans les limites de notre espace national. L'accès à la santé est une question européenne et internationale. D'abord car l'offre de soins s'élargit à l'Europe mais aujourd'hui aussi au Monde. La question de l'accès aux soins de populations européennes pauvres est majeure. On le voit très précisément avec les populations roms. Construire à court terme, un socle commun de droits sociaux européens doit être un objectif affirmé, car les restrictions de l'accès aux soins en France des européens pauvres contredit la volonté d'une union construite comme un espace libre, mais pas uniquement pour les marchandises… On voit aussi apparaitre une migration internationale, même mineure, pour des raisons de santé, perçue positivement lorsqu'il s'agit de capter une clientèle riche capable d'assumer d'importants dépassement d'honoraires, et négativement lorsqu'il s'agit de financer l'accès aux soins des patients étrangers les plus pauvres. Pourquoi ne pas saisir cette opportunité ? En imaginant par exemple, un financement de l'aide médicale d'État par une taxation des patients fortunés de nationalité étrangère consultant dans nos structures hospitalières ou en intégrant une quote-part solidarité au sein des conventions de coopération signées par certains pôles médicaux d'excellence français avec des pays étrangers ?

Le développement des moyens médicaux de pointe, le coût des plateaux techniques ou de la rémunération des meilleurs techniciens, la recherche médicale, nécessitent des investissements de plus en plus lourds. Certains territoires seront incapables de débloquer les financements nécessaires. Accepterons-nous cette inégalité territoriale qui va se renforcer, entre régions mais aussi entre États ? La santé n'échappe pas à la mondialisation… Nos frontières traditionnelles sont donc, comme dans d'autres domaines, dépassées. À nous maintenant de trouver les outils pour les civiliser, qu'ils soient intérieurs, entre régions pauvres et riches, entre villes et territoires ruraux, ou extérieurs, afin de ne pas construire des ghettos ou des zones d'exclusion. De l'hôtel Dieu à aujourd'hui le système de santé a su trouver l'équilibre pour rester un lieu contraint mais toujours ouvert à tous et non discriminatoire. Maintenons cette exigence d'ouverture.

Pour que notre système de santé reste l'un des 1ers du monde, il doit pouvoir se développer, investir tout en maintenant l'équité et l'accès pour tous. S'ouvrir au monde, prendre en compte l'étranger et ce, tout en maintenant la solidarité comme un pilier central de notre système de santé, dans un esprit d'accessibilité pour tous, même aux sans droit au séjour sur notre territoire, est dont une nécessité éthique mais aussi une opportunité. Une chance car les patients d'origine étrangère font référence à l'universalité, interrogent nos pratiques et nos modèles, donc nous poussent à nous décentrer[5]. Ensuite, tout ce que nous pouvons faire pour les plus exclus, les plus marginaux bénéficient toujours à un moment ou à un autre à la population générale. Car les patients étrangers précaires, cumulent les vulnérabilités médicales, sociales, culturelles, administratives et obligent donc les équipes qui les prennent en charge, à dialoguer et à se mobiliser pour penser autrement leurs modèles de prise en charge. Ils font grincer les systèmes médicaux trop bien codifiés…et poussent à prendre en compte l'ensemble des dimensions d'un patient. Ensuite, accueillir dans notre système de soins des patients sans papier, n'est pas faire acte de charité mais doit être une ambition, une nécessité pour maintenir la cohésion sociale ou les équilibres collectifs.

Nous sommes sûrement à un tournant dans notre organisation sociale. D'abord car nous arrivons au terme de 70 ans d'histoire. 70 ans d'un modèle d'organisation de notre système de soins, de son financement et plus globalement d'une conception de la protection sociale. Ensuite car le lien entre des luttes collectives et les acquis qui en ont découlé, s'est distendu peu à peu, faisant perdre à chacun le sens de ce dont nous bénéficions aujourd'hui. Enfin car les difficultés économiques et le développement d'un marché de la santé mettent à mal nos dispositifs de répartition et leurs différentes articulations. Il nous faut donc repenser et réinventer l'idée que nous nous faisons d'un accès pour tous aux soins et à la santé. C'est une nécessité et une chance que nous devons saisir, car la solution viendra de nos confrontations d'idées. C'est l'objectif de cette contribution de participer à cette refondation. Avec convictions.

5 - « Migration : une chance à saisir ». Revue humanitaire, N°33, novembre 2012.

B

Accès aux droits : illustrations concrètes dans l'actualité des réseaux d'organismes de protection sociale

Comment expliquer le non-recours à l'Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé ? Les résultats d'une enquête auprès de bénéficiaires potentiels à Lille en 2009

Par **Sophie GUTHMULLER,**
Chercheur au sein de l'Unité académique en économie de la santé (AUHE), University of Leeds

Et **Florence JUSOT,**
Professeur à PSL, Université Paris-Dauphine (LEDA-LEGOS) et chercheur associé à l'IRDES

Et **Thomas RENAUD,**
Consultant et Formateur Statistiques et Économie de la santé, TECSTA[1]

Et **Jérôme WITTWER,**
Professeur à l'Université de Bordeaux

Résumé

L'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) est un dispositif, sous la forme d'une aide financière, mis en place en 2005 pour favoriser l'accès aux soins des personnes ayant un revenu juste au-dessus du plafond de l'éligibilité à la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C). Malgré sa montée en charge, le non-recours à l'ACS est important : seules 30 % à 40 % des personnes éligibles auraient fait valoir leur droit en 2012 (Fonds CMU, 2014). Comprendre les raisons du non-recours apparaît, dans ce contexte, essentiel pour améliorer l'efficacité du dispositif et permettre aux personnes aux revenus modestes d'accéder à une complémentaire santé. Suite à une expérimentation sociale, une enquête a été réalisée en 2009 à Lille auprès de personnes potentiellement éligibles à l'ACS afin de mieux connaître leurs caractéristiques et leurs motivations ou blocages à recourir au dispositif. Les résultats de cette enquête montrent que la population identifiée comme éligible à l'ACS à Lille est confrontée à des difficultés économiques et sociales et fait face à des besoins de soins importants. Le taux de recours à l'ACS est néanmoins faible puisque seules 18 % des personnes ont entrepris des démarches pour l'obtenir. Les raisons les plus souvent invoquées pour expliquer ce non-recours sont : penser ne pas être éligible, le manque d'information, la complexité des démarches et, pour les personnes non couvertes, le prix de la complémentaire, même après déduction du chèque santé.

1 - Cette étude repose sur une enquête qui fait suite à une expérimentation sociale initiée par le Laboratoire d'économie et gestion des organisations de santé (LEDA-LEGOS) de l'Université Paris-Dauphine en collaboration avec l'IRDES et qui a donné lieu à une première publication en 2011 (GUTHMULLER et al., 2011 ; GUTHMULLER et al., 2013a ; GUTHMULLER et al., 2014). Cette enquête a bénéficié du soutien financier du Haut-Commissariat aux solidarités actives contre la pauvreté dans le cadre de l'appel à projets d'expérimentations sociales 2008, de celui de la Chaire Santé, placée sous l'égide de la Fondation du risque (FDR) en partenariat avec PSL, Université Paris-Dauphine, l'ENSAE et la MGEN, ainsi que du Fonds CMU. L'enquête et l'expérimentation n'auraient pu voir le jour sans l'aide de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (Sophie Guthmuller remercie la CNAMTS pour la bourse de thèse), la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) de Lille-Douai, la Caisse d'allocations familiales (CAF) de Lille et la Caisse régionale d'assurance maladie (CRAM) Nord-Picardie. L'exploitation de l'enquête a donné lieu à un rapport pour le Fonds CMU (GUTHMULLER et al., 2013b).

I- Introduction

La généralisation de l'accès à la complémentaire santé est au cœur de la stratégie nationale de santé énoncée par la ministre de la santé, Marisol TOURAINE, le 13 septembre 2013. L'Assurance maladie couvre en moyenne 75,5 % des dépenses de santé mais seulement 63 % des soins courants, ses remboursements concernant principalement les dépenses hospitalières et les dépenses des 15 % de la population souffrant d'une affection de longue durée (ALD) (BRAS et TABUTEAU, 2012). L'absence de couverture complémentaire, et les restes à charge conséquents qui en découlent constituent donc un obstacle au recours aux soins, en particulier pour les ménages les plus pauvres. De nombreux travaux ont souligné l'importance des inégalités sociales d'accès aux soins en France par rapport aux autres pays européens, surtout pour les soins préventifs et de spécialistes, et le rôle joué par l'assurance complémentaire (DOURGNON et al., 2012a ; JUSOT et al., 2012 ; JUSOT, 2013 ; DEVAUX, 2013).

Plusieurs dispositifs ont été mis en place pour généraliser l'accès à la complémentaire santé (JUSOT et al., 2012), en particulier dans la population modeste : depuis 2000, la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) propose une couverture complémentaire gratuite aux ménages les plus modestes (en 2012, cela concerne les 5 % de population ayant un revenu inférieur à 716 euros pour une personne seule en 2012) ; depuis 2005, le dispositif de l'Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) vise à aider les ménages ayant des revenus juste au-dessus du seuil donnant droit à la CMU-C à accéder à une couverture complémentaire santé (cf. Encadré 1). Il s'agit d'une aide financière pour réduire le montant de la prime annuelle d'un contrat d'assurance complémentaire santé acheté à titre individuel. Si la CMU-C a effectivement permis de réduire le renoncement aux soins des plus pauvres (DOURGNON et al., 2012b), le succès de l'ACS est en revanche plus mitigé en raison d'un non-recours considérable. Un an après la mise en place du dispositif, on comptait environ 200 000 bénéficiaires de l'ACS alors que le nombre de bénéficiaires potentiels initialement estimé par le gouvernement était d'environ 2 millions de personnes. Le nombre de bénéficiaires a augmenté depuis et se chiffre au début de cette étude, en décembre 2008, à un peu moins de 600 000. Malgré sa montée en charge, le non-recours à l'ACS reste très élevé : plus de 80 % fin 2008 selon les estimations du Fonds CMU (2009). Selon les dernières estimations du modèle de micro-simulation INES (INSEE-Études sociales), seules 30 à 43 % des personnes éligibles à l'ACS avaient fait valoir leurs droits en 2012 (Fonds CMU, 2014).

Le non-recours à l'ACS est un obstacle à la généralisation de la couverture complémentaire santé en France, les raisons financières restant le premier motif de non-couverture. Malgré une baisse rapide du nombre de personnes non couvertes depuis cinq ans, 4 % restent sans couverture complémentaire aujourd'hui, la plupart étant pourtant éligibles à cette aide (DOURGNON et al., 2012a). De plus, les deux tiers des personnes éligibles à l'ACS ne faisant pas valoir leurs droits sont en fait couvertes par une complémentaire santé souscrite individuellement. À ce titre, elles pourraient bénéficier de plein droit d'une réduction du coût de leur contrat, ce qui pourrait leur permettre soit d'alléger leurs dépenses de complémentaire santé, soit de souscrire des contrats de meilleure qualité.

Dans ce contexte, comprendre les raisons du non-recours à l'ACS est essentiel pour améliorer l'efficacité du dispositif et permettre aux ménages modestes d'accéder à une complémentaire

santé. Trois types de facteurs peuvent expliquer la non-perception d'une aide : la non-connaissance, c'est-à-dire le manque d'information ; la non-demande, soit par choix (l'aide n'est pas assez avantageuse, l'achat d'une complémentaire santé laissant, une fois déduit le montant du chèque santé, un reste à payer trop important pour de nombreux ménages) soit par contrainte (découragement devant la complexité des démarches ou crainte de stigmatisation) ; la non-perception : l'individu fait la demande mais ne perçoit pas l'aide (ODENORE, 2012). Ces facteurs dépendent également de l'environnement culturel et social qui peut affecter la capacité de l'individu à recueillir des informations et demander une prestation. La décision de recourir à une prestation sociale varie en fonction des caractéristiques individuelles (REMLER et al,. 2001). Il peut exister des « facteurs déclencheurs », par exemple une baisse soudaine du revenu ou une dégradation de l'état de santé (VAN OORSCHOT, 1991). Ces facteurs peuvent être pertinents pour expliquer le non-recours à un programme d'assurance santé comme l'ACS car les coûts liés à sa demande (s'informer sur le dispositif et sur les conditions d'éligibilité, compléter et retourner le formulaire de demande, rassembler les justificatifs nécessaires…) sont immédiats, alors que le bénéfice de la prise en charge des soins par la couverture complémentaire peut se présenter seulement dans le futur, c'est-à-dire quand un choc de santé survient (REMLER et al., 2001).

Afin de mieux connaître les caractéristiques des personnes éligibles à l'ACS et les déterminants qui conditionnent le recours ou le non-recours à cette aide, une enquête spécifique a été réalisée en septembre 2009 auprès d'une population aux revenus modestes, potentiellement éligibles à l'ACS au regard de leurs revenus fiscaux 2007 déclarés à la Caisse d'allocations familiales (CAF) en 2008 dans la métropole lilloise. Cette enquête fait suite à une expérimentation sociale dont l'objectif était de tester l'influence d'une modification du dispositif ACS sur le comportement des bénéficiaires potentiels dont les principaux résultats sont rappelés dans l'encadré 2 (GUTHMULLER et al., 2011 ; GUTHMULLER et al., 2013a ; GUTHMULLER et al., 2014). Elle vise à approfondir et compléter cette analyse en dressant le profil des individus éligibles et en étudiant les motivations de la demande d'ACS et à l'inverse, les blocages persistants. En effet, la cible de l'ACS est trop étroite pour que la population des personnes éligibles puisse être étudiée à partir des enquêtes réalisées en population générale.

II- Données

Cette étude repose sur l'échantillon de 4 209 assurés sociaux de la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) de Lille-Douai qui ont participé à une expérimentation sociale en 2009 (GUTHMULLER et al., 2011 ; GUTHMULLER et al., 2014). Il s'agit d'assurés identifiés comme potentiellement éligibles à l'Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS), dans le cadre de la campagne nationale d'information sur le dispositif ACS lancée en 2008, sur la base de la déclaration des ressources de 2007 donnant droit aux prestations délivrées par la Caisse d'allocations familiales (CAF) de Lille en 2008. L'analyse présentée ici s'appuie principalement sur les réponses des assurés à une enquête réalisée après l'expérimentation en septembre 2009 afin de recueillir des informations sur les caractéristiques sociales, l'état de santé, le recours aux soins et la couverture complémentaire, ainsi que des informations subjectives sur les raisons du non-recours (voir GUTHMULLER et al., 2013b pour une présentation exhaustive).

Parmi les 4 209 assurés ayant participé à l'expérimentation, seuls les individus vivant en ménage ordinaire (hors institution), disposant d'un numéro de téléphone fixe ou portable, n'étant ni sous tutelle ni curatelle, ont été retenus. Parmi les 3 249 personnes de la population de référence de l'enquête, seuls 1 449 entretiens ont été réalisés. Cette déperdition est majoritairement imputable aux personnes injoignables et aux numéros de téléphone erronés et dans une moindre mesure, aux refus de participer à l'enquête, aux abandons en cours d'entretien et aux difficultés de maîtrise et de compréhension du français. À ces écueils classiques, un dernier motif d'exclusion s'ajoute a

posteriori : le fait de bénéficier de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C). Sur la base des ressources de l'année 2007, 156 personnes tirées au sort et contactées se sont avérées en fait être bénéficiaires de la CMU-C au moment de l'enquête et ont donc été exclues de l'échantillon.

Ces données d'enquête ont été appariées aux données administratives de la CPAM. Les informations contenues dans les fichiers de l'Assurance maladie permettent de calculer pour chaque assuré (en ALD ou pas) le reste à charge sur l'ensemble des soins ambulatoires pris en charge pour l'année 2008 (le reste à charge = coût du soin - part prise en charge). En outre, les données de ressources de 2008 déclarées à la CAF afin de bénéficier de prestations en 2009 ont été recueillies auprès de la CAF en 2011 afin de réévaluer l'éligibilité des enquêtés à l'ACS en 2009. De plus, la connaissance de la perception de certaines prestations en 2008, comme l'Allocation logement, l'Allocation adulte handicapé (AAH) ou les prestations d'accueil des jeunes enfants (Paje), permet d'affiner le calcul de l'éligibilité.

Parmi les 1 449 ménages interviewés, les données d'enquête n'ont pas pu être appariées avec les données CAF pour 301 enquêtés qui n'étaient plus allocataires de la CAF en 2011. Ces derniers sont plus jeunes (37 ans en moyenne contre 45 ans pour les enquêtés allocataires en 2011), ont plus souvent un emploi et sont 42 % à avoir un diplôme universitaire (contre 10 % pour les enquêtés allocataires). Ils sont enfin plus nombreux à déclarer un très bon ou un bon état de santé. Outre les enquêtés non allocataires de la CAF en 2011, ont été exclus de l'analyse les 110 enquêtés qui avaient un revenu par unité de consommation (UC) supérieur au deuxième décile de niveau de vie en 2008 (= 13 330 € en 2008 ; INSEE, 2010) afin de concentrer l'analyse sur les individus pauvres potentiellement éligibles à l'ACS. L'échantillon final se compose ainsi de 1 038 individus.

III- Quel est le profil des bénéficiaires potentiels de l'ACS ?

Les personnes dont le profil est présenté composent l'échantillon de 1 038 individus âgés de 18 ans et plus bénéficiaires potentiels de l'ACS de Lille enquêtés en septembre 2009. Ce profil est comparé aux caractéristiques des répondants âgés de 18 ans et plus de l'Enquête santé et protection sociale de l'IRDES de 2008 (ESPS, 2008) disponibles dans le rapport de l'enquête 2010. Le but de cette comparaison est de souligner les spécificités socio-économiques et de santé de la population des bénéficiaires potentiels de l'ACS de Lille par rapport à la population générale. Certaines différences peuvent toutefois être liées au mode d'échantillonnage de l'enquête dans les fichiers des bénéficiaires de la CAF et aux caractéristiques spécifiques des personnes ayant participé à l'enquête. Cependant, la diversité des aides utilisées pour le ciblage garantit l'hétérogénéité de la population ciblée en termes de groupes d'âge (minimum vieillesse, Allocation adulte handicapé (AAH, etc.). Enfin, l'enquête porte sur des personnes identifiées comme potentiellement éligibles sur la base des informations sur les revenus de 2007 dont disposait la CAF au moment de l'enquête. Une partie de l'échantillon pouvait donc être finalement inéligible, comme l'a montré l'examen des ressources de l'année 2008 dans les fichiers de la CAF après cette enquête.

Une population confrontée à des difficultés économiques et sociales

L'âge moyen de la population enquêtée est de 45,5 ans (46,8 ans dans l'enquête ESPS 2008) et l'échantillon est composé de 45 % d'hommes. On note des spécificités en termes de configuration

familiale : les personnes seules sont largement surreprésentées par rapport à la population générale (25,8 % contre 19,0 % dans ESPS 2008), notamment les femmes (18,2 % contre 11,1 %). C'est aussi le cas des couples avec enfants (54,4 % contre 40,7 %), alors que les couples sans enfant, le plus souvent des seniors (10,1 % contre 29,1 %), sont sous-représentés. Les familles monoparentales sont très légèrement surreprésentées (9,7 % contre 8,2 %).

La majorité des enquêtés sont actifs occupés, proportion comparable à celle observée en population générale (53,8 % contre 59,6 % dans ESPS 2008). Cependant, cette population se révèle plus souvent en situation de précarité. Parmi les salariés, 33,4 % sont à temps partiel (contre 16,9 % de la population en emploi selon l'enquête Emploi de l'INSEE en 2008), 26,0 % ont un contrat précaire (Contrat à durée déterminée (CDD), intérim, saisonnier, contrat aidé) contre 11,7 % de la population salariée en 2008 (enquête Emploi) et 26,0 % craignent de perdre leur emploi (contre 8 % des salariés selon ESPS 2008). Par ailleurs, les chômeurs représentent 11,7 % de notre échantillon contre seulement 5,7 % des chefs de ménage selon ESPS 2008. On compte également beaucoup plus d'inactifs dans l'enquête (19,9 % contre 4,5 %), en raison d'une proportion importante de personnes en invalidité (12,5 %). À l'inverse, la population retraitée est très largement sous-représentée (14,6 % contre 30,1 %), ce qui peut s'expliquer par le niveau de vie assez élevé de cette population mais aussi par la procédure de ciblage de la population éligible. Les personnes étant repérées par les prestations reçues de la CAF, celles n'en percevant aucune sont par définition exclues. La précarité de cette population apparaît également dans les anticipations sur l'évolution des ressources et des dépenses dans l'année à venir : plus de la moitié de l'échantillon pense que celles-ci vont connaître des hauts et des bas (31,2 %) ou diminuer (17,0 %). Une très large majorité anticipe dans l'année à venir des difficultés probables s'agissant des dépenses de la vie courante (pour 77,3 % des enquêtés), des dépenses de santé (66,8 %) et d'autres dépenses plus exceptionnelles (51,3 %).

Un peu plus d'un quart de la population enquêtée déclare rencontrer des difficultés de lecture ou d'écriture, pour des raisons différentes (et non exclusives) : 15,8 % en raison de problèmes de santé (troubles de la vue, handicap, troubles cognitifs, problème de santé mentale), 12,2 % déclarent être (partiellement ou totalement) illettrés et 3,0 % avoir des difficultés liées à une moindre connaissance de la langue française. Enfin, 4,5 % déclarent avoir des difficultés spécifiques pour comprendre les termes techniques et le jargon administratif.

Une population avec un état de santé dégradé, mais en contact avec le système de soins

La population enquêtée présente un plus mauvais état de santé que la population générale : 41,6 % déclarent ne pas avoir un bon état de santé perçu (contre 27,5 %, ESPS 2008), 35,6 % déclarent une maladie chronique (contre 27,1 %), 32,9 % être fonctionnellement limités (contre 19,7 %), 47,7 % déclarent suivre un traitement régulier et 27,7 % ont une prise en charge à 100 % par la sécurité sociale en raison d'un problème de santé (contre 16,4 %).

En dépit de ses difficultés sociales, cette population dont l'état de santé est plus dégradé entretient des contacts réguliers avec le système de soins. 96,2 % des enquêtés ont déclaré un médecin traitant à la sécurité sociale, taux comparable en population générale (ESPS 2008), 94,4 %. Au cours des douze derniers mois, 88,5 % ont vu au moins une fois un généraliste (contre 84 %) et 51,2 % au moins une fois un spécialiste (contre 50,7 %). Les difficultés d'accès aux soins de cette population sont toutefois patentes : 12,7 % déclarent avoir renoncé à voir un médecin ou à des soins médicaux dont ils avaient besoin au cours des douze derniers mois. Cette proportion est certes inférieure à celle mesurée dans ESPS 2008 (16,6 %), mais la notion de

renoncement est complexe et reflète un écart entre les attentes envers le système de soins et les soins effectivement reçus (DOURGNON et al., 2012a). Cette différence peut donc indiquer des attentes inférieures de la part de la population enquêtée ici. Ainsi, les renoncements pour raisons financières sont légèrement plus fréquents qu'en population générale (10,3 % de notre échantillon contre 9,8 % dans ESPS 2008). Il en est de même pour les renoncements liés aux délais d'attente (4,1 % contre 2,8 %). En revanche, certains types de renoncements sont déclarés avec une fréquence comparable à celle constatée en population générale, comme ceux liés à la complexité de la démarche (1,2 % contre 1,0 %) ou au fait d'attendre que les choses s'arrangent d'elles-mêmes (2,8 % contre 2,5 %). Comme en population générale, ces renoncements aux soins concernent en premier lieu les soins dentaires (déclarés par 7,3 % de l'échantillon) et les lunettes et les lentilles (4,4 %), mais aussi pour une part importante les soins de spécialistes (8,4 %) et les médicaments (3,3 %), ce qui révèle de réelles difficultés d'accès aux soins, notamment pour raisons financières.

Une population moins couverte par une complémentaire santé

La population enquêtée est plus fréquemment non couverte par une complémentaire que la population générale : 12,2 % de l'échantillon contre 6 % de la population dans ESPS 2008. Par ailleurs, 63,9 % des enquêtés sont couverts dans le cadre d'un contrat individuel (contre 52 % de la population française en incluant les bénéficiaires de l'ACS) et 23,1 % dans le cadre d'un contrat collectif fourni par leur employeur ou par celui d'un membre de leur famille (34 % en population générale)[2].

Cette distinction entre contrat collectif et individuel est importante, le fait de bénéficier d'un contrat collectif faisant partie des critères d'inéligibilité à l'ACS. Au sein de la population jugée éligible au regard des critères pris en compte dans la requête nationale et ayant participé à notre enquête, un quart s'avère en fait non éligible à l'ACS.

IV- Les déterminants socio-économiques et sanitaires du non-recours

Le taux de recours à l'ACS de l'échantillon est faible : 18,1 % des enquêtés ont entrepris des démarches pour obtenir l'ACS, ce taux s'élevant à 25 % une fois exclues les personnes couvertes par leur employeur et celles identifiées postérieurement à l'enquête comme non éligibles sur la base de leurs revenus fiscaux 2008. Quelles sont, dans ce cadre, les caractéristiques des bénéficiaires potentiels qui pourtant ne recourent pas à l'ACS ?

Afin d'identifier les principaux déterminants du non-recours, les individus qui ont recours à l'ACS ont été comparés à ceux qui n'y ont pas recours à partir des facteurs suivants : démographiques (âge, sexe, configuration familiale) ; socio-économiques (occupation, difficulté à lire ou écrire, anticipation de difficultés financières à venir, revenus en 2008) ; état de santé (santé perçue, limitations d'activité, existence d'une maladie chronique) et attitudes face aux soins (renoncement aux soins pour raisons financières) ; profil de l'assuré en termes d'assurance maladie (couverture complémentaire, exonération pour ALD, couverture par la CMU-C l'année passée). Une régression logistique a été réalisée afin d'étudier les déterminants

2 - En 2008, 7 % des personnes étaient couvertes par la CMU-C.

du fait de déclarer ne pas avoir entamé versus avoir entamé des démarches pour obtenir l'ACS (1/0) (tableau). Cette analyse a été menée au sein de la population complète enquêtée puis dans la population restreinte aux personnes non couvertes par un contrat collectif, celles-ci n'étant pas éligibles au dispositif.

L'impact du revenu et des difficultés de réalisation des démarches administratives

Parmi les facteurs démographiques, l'impact de la configuration familiale sur le non-recours à l'ACS est limité aux cas des familles avec enfants, qui ont significativement plus de chances de ne pas entamer de démarche que les personnes vivant seules. En revanche, toutes choses égales par ailleurs, la probabilité de ne pas faire de démarche pour obtenir l'ACS n'est pas significativement différente entre les hommes et les femmes. De même, l'âge n'a pas d'influence.
L'impact de l'occupation principale est observé essentiellement à travers des personnes en situation d'invalidité, qui se différencient de la catégorie de référence (les actifs occupés) par un non-recours moins fréquent à l'ACS.

La probabilité de ne pas recourir à l'ACS varie avec le revenu. Les personnes identifiées comme éligibles à l'ACS postérieurement à l'enquête à partir de leurs revenus fiscaux de 2008 ont plus de chances d'initier une démarche, ce qui suggère que certains ménages savaient que leurs revenus n'étaient plus dans la cible de l'ACS et n'ont donc pas entamé de démarche. Les personnes qui pensent que leurs ressources resteront les mêmes dans l'année à venir ont plus de chances d'entamer des démarches comparées à celles qui estiment que leurs ressources augmenteront ou diminueront. L'anticipation d'une évolution des ressources semble ainsi être un frein au recours à l'ACS et peut s'expliquer notamment par la durée d'éligibilité au programme ACS. En effet, de peur de ne plus avoir des ressources dans la cible, ces derniers engageront moins souvent de démarche.

Certains des indicateurs de difficultés dans la réalisation des démarches administratives ont un impact : ceux qui ne recourent pas à l'ACS sont relativement plus nombreux à déclarer des difficultés à lire le jargon administratif (4,9 % contre 2,6 % parmi ceux qui y recourent), et à avoir des difficultés avec les administrations - 29,2 % déplorent qu'on les renvoie d'un organisme à l'autre et pour 19,1 %, les horaires ne conviennent pas.

Dans l'analyse toutes choses égales par ailleurs (**Tableau 1**), avoir des difficultés administratives dans les démarches en général est un facteur significatif de non-recours à l'ACS. De même, les individus ne recourant pas à l'ACS ont plus de chances de déclarer avoir renoncé à des aides ou à des prestations parce que la démarche était trop compliquée.

Le rôle de l'état de santé, des dépenses de santé à venir et de la protection sociale

Si la santé déclarée n'a pas d'impact sur le recours à l'ACS, les personnes déclarant souffrir d'une maladie chronique semblent avoir plus de chances de recourir à l'ACS, cet effet atteignant le seuil de significativité de 10 % lorsque les variables non significatives sont exclues du modèle. En dehors de cet effet « besoin » induit par les maladies chroniques, les résultats suggèrent l'existence d'un effet inverse des limitations dans les activités, bien que ce second effet n'atteigne pas le seuil de significativité de 10 %. Ainsi, pour les personnes limitées dans leurs activités, faire une demande et constituer le dossier pourrait s'avérer trop lourd à mettre en œuvre, alors que le fait de souffrir d'une maladie chronique induit des dépenses de santé très importantes qui nécessitent une complémentaire santé.

Tableau 1 : **Probabilité de ne pas avoir entamé de démarche pour obtenir l'ACS**

		Echantillon total N=1538		Echantillon hors contrat collectif N=810	
		Odds-ratio	Pr > Chi2	Odds-ratio	Pr > Chi2
Femme		0,9	0,57	0,91	0,64
Age		1,00	0,60	1,01	0,38
Composition familiale	*Personne seule*	Ref.		Ref.	
	Famille monoparentale	1,16	0,63	1,28	0,45
	Famille avec enfant(s)	**1,58**	**0,06**	**1,54**	**0,09**
	Famille sans enfant(s)	1,27	0,43	1,27	0,46
Occupation	*Actif occupé*	Ref.		Ref.	
	Chômeur	0,74	0,27	0,79	0,43
	En invalidité	**0,52**	**0,04**	**0,52**	**0,05**
	Retraité	1,13	0,74	0,99	0,98
	Autre inactif	0,71	0,31	0,7	0,33
Revenus par UC en 2008	*Eligible à la CMU-C*	Ref.		Ref.	
	Eligible à l'ACS	**0,55**	**0,04**	**0,5**	**0,03**
	Revenus > plafond d'éligibilité à l'ACS	0,64	0,13	**0,58**	**0,09**
Anticipation sur des ressources	*Vont rester les mêmes*	**0,71**	**0,07**	**0,63**	**0,02**
	Vont augmenter ou diminuer	Ref.		Ref.	
Difficultés à faire face dans l'année qui vient à	*... des dépenses de la vie courante*	0,99	0,96	0,95	0,84
	... des dépenses de santé	**0,65**	**0,03**	**0,63**	**0,04**
Difficultés à lire ou à écrire		1,08	0,68	0,97	0,87
Etat de santé, recours aux soins et couverture complémentaire					
Etat de santé perçu	*Très bon*	1,45	0,21	1,17	0,64
	Bon	1,21	0,43	1,05	0,89
	Moyen	Ref.		Ref.	
	Mauvais ou très mauvais	1,24	0,45	1,09	0,77
Déclaration de limitation(s) dans ses activités		1,33	0,22	1,38	0,19
Déclaration d'une maladie chronique		0,77	0,24	0,69	0,11
Pris en charge à 100% pour une ALD		1,08	0,73	1,03	0,9
Renoncement à des soins pour raisons financières		0,81	0,43	0,88	0,6
Ont des restes à charge en 2008		**0,41**	**0,06**	**0,45**	**0,1**
Couverture complémentaire en 2008	*Non couvert*	Ref.		Ref.	
	Contrat individuel	0,81	0,38	0,82	0,37
	Contrat collectif	**1,94**	**0,04**	-	-
Bénéficiaires de la CMU-C l'année passée		**0,47**	**0,05**	**0,42**	**0,03**
Rapports à l'administration et aux aides					
Ne trouvent pas les informations facilement		1,08	0,69	1,16	0,44
Isolement social		1,1	0,74	1,28	0,44
Difficultés administratives		**1,48**	**0,03**	**1,55**	**0,02**
Difficultés en raison de problèmes de santé		1,69	0,27	1,57	0,35
Renoncement à des aides ou prestations sociales		**1,69**	**0,04**	**1,65**	**0,03**
Pourcentage de paires concordantes		82,10%		79,60%	

Lecture : Les personnes déclarant avoir des difficultés administratives ont environ 50% de plus de risques de non recours à l'ACS (Odds ratio=1,48). Au contraire les personnes qui ont eu des restes à charge après remboursement de l'assurance maladie obligatoire en 2008 ont environ 60% de plus de chances de recourir à l'ACS (Odds ratio=0,41)

Source : Données de l'exploitation ACS de l'Université Paris-Dauphine à la CPAM de Lille-Douai

De manière cohérente, les enquêtés qui craignent de faire face à des dépenses de santé importantes dans l'année à venir, en raison sans doute d'un besoin plus important d'assurance santé, ont un recours plus fréquent. De même, les personnes qui ont dû faire face à des restes-à-charge importants ont plus de chances d'entamer une démarche. En revanche, le fait d'avoir renoncé à des soins pour raisons financières l'année passée n'est associé à aucun accroissement du non-recours à l'ACS.

L'ACS n'a pas été plus souvent demandée par les enquêtés non couverts par une complémentaire santé que par ceux couverts à titre individuel. La dotation ACS a donc été mobilisée dans les mêmes proportions par ceux qui souhaitaient réduire le montant de leurs cotisations de complémentaire et par les individus non couverts afin d'accéder à la complémentaire santé.

De même, le fait d'être déjà pris en charge à 100 % par l'Assurance maladie et exonéré de la plupart des frais de santé n'est pas significativement associé à la demande d'ACS, ce qui peut là encore s'expliquer par deux effets antagonistes. Le fait d'être déjà pris en charge à 100 % peut diminuer la demande de complémentaire santé et donc le recours à l'ACS. Par ailleurs, le fait d'être en ALD indique également des besoins de soins importants laissant aux patients des restes à charge souvent substantiels qui peuvent donc induire une demande de complémentaire santé plus importante (HCAAM, 2011).

En revanche, la probabilité de demander l'ACS est supérieure chez les personnes qui bénéficiaient de la CMU-C l'année précédente et qui n'en bénéficient plus. Ces personnes, déjà familiarisées avec les demandes d'aides sociales ou disposant de plus d'informations, voient leur recours facilité. Les individus couverts par une complémentaire santé collective ont moins de chances de faire la demande, une partie du prix de leur contrat étant généralement prise en charge par l'employeur. Certains d'entre eux sont aussi certainement mieux informés sur les critères d'éligibilité à l'ACS et savent qu'ils ne peuvent pas en bénéficier.

V- Quelles sont les justifications données par les enquêtés à leur non-recours ?

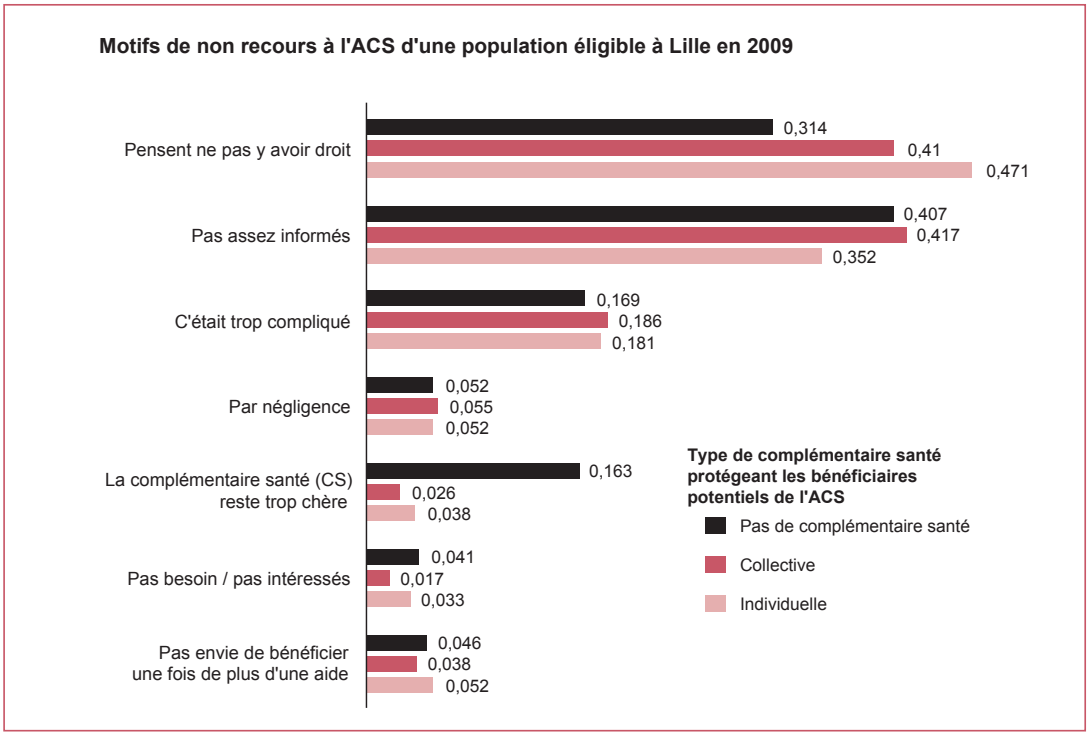
Quelle connaissance ont les enquêtés du dispositif de l'ACS ? Quelles principales raisons invoquent-ils pour expliquer leur non-recours à ce dispositif ? Une première question posée dans l'enquête a permis de savoir si les enquêtés connaissaient le dispositif de l'ACS et le cas échéant, par quel biais ils auraient souhaité être informés. Une seconde question leur demandait s'ils avaient entamé des démarches et, le cas échéant, pourquoi ils n'avaient pas demandé cette aide. Par ailleurs, plusieurs questions avaient été posées en amont à l'ensemble des enquêtés concernant leur rapport aux aides et prestations sociales.

Les deux tiers des bénéficiaires potentiels ne connaissent pas le dispositif

Le faible recours à l'ACS semble avant tout expliqué par un manque d'information : les deux tiers de l'échantillon ont déclaré ne pas connaître le dispositif, en dépit du courrier envoyé par la CPAM six mois avant (GUTHMULLER et al., 2011 ; GUTHMULLER et al., 2013a ; GUTHMULLER et al., 2014). Parmi eux, 92,6 % auraient souhaité l'être par leur caisse d'assurance maladie. Les autres vecteurs d'informations les plus fréquemment cités sont les médias (63,0 %), les médecins et services de santé (50,6 %), loin devant les services sociaux (31,9 %), la mutuelle (3,1 %) ou les institutions et administrations diverses (2,0 %). De manière cohérente, le manque d'information est cité comme motif de non-recours par 39,9 % des personnes n'ayant pas entamé les démarches.

Figure 1

Source : Données de l'expérimentation ACS de l'Université Paris-Dauphine à la CPAM de Lille-Douai.



L'incertitude sur son éligibilité

Le manque de connaissance et l'incertitude sur son éligibilité constituent également des freins importants. 40,6 % des personnes n'ayant pas entamé de démarche pensaient « ne pas avoir droit à l'ACS ». Ce motif déclaré est parfois justifié. Certaines personnes identifiées comme potentiellement éligibles à l'ACS dans les fichiers CAF connaissaient les critères d'éligibilité et savaient qu'ils ne les remplissaient pas. Par exemple, la proportion de personnes déclarant « penser ne pas avoir droit à l'ACS » est plus grande chez celles couvertes par un contrat collectif (47,1 % comparativement à 38,4 % chez les autres personnes, graphique). Cependant, parmi eux, nombreux sont ceux qui connaissent mal les modalités de leur contrat de complémentaire santé. En effet, les fonctionnaires ainsi que les retraités et les chômeurs qui continuent d'être couverts par la mutuelle de leur ancienne entreprise pensent, en grande majorité mais à tort, qu'ils sont couverts par un contrat collectif et donc à ce titre qu'ils n'ont pas droit à l'ACS.

La complexité des démarches à entreprendre

La complexité des démarches est également l'un des freins à l'œuvre : c'est le motif de non-recours déclaré par 18,1 % de l'échantillon (figure 1). De manière cohérente, 75,6 % des enquêtés déclarent rencontrer des difficultés dans leurs démarches pour obtenir des aides en général, induites manifestement par un manque d'information : c'est le cas pour 42,1 % de l'échantillon. Les enquêtés semblent également avoir des difficultés à trouver le bon interlocuteur. L'information semble plus souvent trouvée auprès des médias (59,1 % de l'échantillon), des brochures administratives (54,2 %) et de l'entourage (51,3 %) qu'auprès des agents d'accueil des organismes versant les aides (38,2 %) ou des travailleurs sociaux (24,4 %).

Outre le manque d'information, la lourdeur administrative est relevée : 67,9 % déclarent rencontrer des difficultés logistiques, 34,4 % estiment que les formulaires sont trop compliqués et 28,3 % se plaignent qu'on les renvoie sans cesse d'un organisme ou d'un guichet à un autre. 17,7 % trouvent les horaires des administrations inadaptés et 12,3 % que les administrations sont difficiles d'accès. 10,1 % déclarent ne pas être aidés dans leurs démarches car ils ne savent pas à qui s'adresser dans l'entourage, signe d'un certain isolement social. Enfin, dans 2,6 % des cas, ce sont des difficultés de compréhension et de maîtrise du français ou des problèmes de santé et cognitifs qui posent problème.

Pour 36,9 % des enquêtés, ce manque d'information et ces difficultés se traduisent souvent par un renoncement aux aides sociales, le plus souvent en raison de la complexité des démarches (20,2 % de l'échantillon) mais également d'un manque d'envie, ou de la négligence (6,6 %), voire du fatalisme et du découragement (5,3 %). Ce découragement est exprimé par le sentiment de ne pas recevoir toutes les aides auxquelles on a droit (33,0 %) et l'impression de « n'avoir jamais droit à rien » (11,4 %). Enfin, si le prix de la complémentaire santé est un motif faiblement invoqué (5,6 %), il est le quatrième motif parmi les personnes non couvertes (16,3 %).

VI- Conclusion

L'étude des caractéristiques de la population identifiée comme éligible sur la base de ses revenus à l'ACS à Lille montre que celle-ci est confrontée à des difficultés économiques et sociales et fait face à des besoins de soins importants. Près de la moitié des répondants ne se déclare pas en bonne santé et 36 % souffrent d'une maladie chronique alors qu'un quart est pris en charge à 100 % en ALD. Ils sont 13 % à déclarer avoir renoncé à des soins lors des douze derniers mois alors même que plus de 85 % sont couverts par une complémentaire santé.

Le taux de recours à l'ACS de l'échantillon est pourtant faible, 18 % des individus ayant entrepris des démarches pour l'obtenir. Les trois raisons les plus souvent mentionnées sont le fait de penser ne pas être éligible, le manque d'information et la complexité des démarches ; et pour les personnes non-couvertes, le prix de la complémentaire, même après déduction du chèque santé. Le dispositif de l'ACS semble ainsi, dans sa forme actuelle, insuffisant pour garantir l'accès à la complémentaire santé des ménages ayant un revenu juste au-dessus du plafond d'éligibilité à la CMU-C.

L'analyse révèle que les individus dont les besoins de soins sont importants ont une probabilité plus grande d'avoir entrepris des démarches. Ce résultat atténue dans une certaine mesure la portée négative du faible recours à l'ACS et laisse penser qu'une sensibilisation au dispositif par les médecins ou, plus largement, les acteurs de l'offre de soins, pourrait être une méthode d'information efficace.

Les personnes ayant bénéficié de la CMU-C l'année précédant l'interview ont plus de chances d'avoir fait des démarches, à l'inverse de celles déclarant avoir eu des difficultés avec les procédures administratives. Ce résultat confirme que l'accès à l'information et la compréhension des démarches sont des déterminants importants du recours à l'ACS.

Dans notre enquête, une perception erronée de l'éligibilité est un motif souvent évoqué pour expliquer le non-recours. La réévaluation du plafond de la CMU-C depuis la date de l'enquête (permettant d'inclure les bénéficiaires de l'AAH et du minimum vieillesse) a donc probablement été un moyen efficace de réduire cette cause majeure du non-recours. Il serait utile de vérifier aujourd'hui si cela a bien été le cas. Il est enfin important de souligner que la grande majorité des personnes enquêtées bénéficie d'une couverture complémentaire santé. Le relais des organismes de complémentaire santé pour promouvoir le dispositif de l'ACS serait certainement profitable.

Encadré 1 : L'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé

Le dispositif de l'Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) a été instauré par la loi du 13 août 2004 et mis en place au 1er janvier 2005. Il s'agit d'une aide financière qui s'applique uniquement aux contrats individuels et dits « responsables ». Elle s'adresse aux ménages ayant des ressources juste au-dessus du seuil de la CMU-C. Ce niveau de vie est calculé sur la base des revenus des douze mois précédant la demande. Depuis son introduction en 2005, le champ des personnes éligibles ainsi que le montant de l'aide ont été revus à plusieurs reprises. En 2014, elle concerne les ménages ayant des ressources jusqu'à 35 % supérieures au plafond de l'octroi de la CMU-C (entre 716 € et 967 € par mois pour une personne seule en métropole). Au moment de cette enquête, en 2009, l'ACS concernait les ménages ayant des ressources jusqu'à 20 % supérieures au plafond de l'octroi de la CMU-C (entre 620 et 744 € par mois pour une personne seule en métropole).

Après instruction de la demande par la CPAM compétente, un ménage éligible se voit délivrer un « chèque santé » (sous forme d'avoir ou de voucher dans la terminologie anglo-saxonne) qu'il peut faire valoir auprès d'un organisme de complémentaire santé (quel qu'il soit à ce jour) au moment de l'achat d'un contrat dès lors que le contrat est souscrit à titre individuel (les individus bénéficiant d'un contrat à titre collectif, par l'intermédiaire de leur employeur, ne sont pas éligibles à l'ACS).
La demande doit être renouvelée chaque année.

Le montant des chèques varie en fonction de la composition du ménage bénéficiaires et de l'âge des membres de ces ménages. En 2014, le montant de l'aide est de 100 € par personne de moins de 16 ans, 200 € par personne âgée de 16 ans à 49 ans ; 350 € par personne âgée de 50 à 59 ans ; et 550 € par personne âgée de 60 ans et plus. En 2009, le montant de l'aide était de 100 € par personne de moins de 25 ans, 200 € par personne âgée de 25 ans à 59 ans ; et 400 € par personne âgée de 60 ans et plus.

Pour plus de détails, cf. site du Fonds CMU, http://www.fonds-cmu.fr/.

Encadré 2 : L'expérimentation sociale sur l'ACS de l'université Paris-Dauphine à Lille

Pour comprendre les motifs du non-recours à l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) et tester des modalités d'aménagement de ce dispositif afin d'en améliorer le recours, une expérimentation sociale contrôlée a été définie et mise en place par l'université Paris-Dauphine en janvier 2009 auprès de 4 209 assurés sociaux de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Lille-Douai, potentiellement éligibles à l'ACS au regard de leurs ressources ayant donné droit à prestations de la Caisse d'Allocations Familiales de Lille et n'ayant pas fait valoir leur droit à l'ACS à cette date.

Cette expérimentation a consisté à tester deux modalités de modification du dispositif ACS fondées les deux hypothèses principales pouvant expliquer ce non recours important : l'insuffisance du montant de la subvention et le manque d'information sur le dispositif. La première modification testée a donc été une augmentation du montant de la subvention allant

de 62,5 % à 75 % selon les groupes d'âge. La seconde a consisté à proposer aux personnes éligibles des réunions d'information sur le dispositif, animées par une assistance sociale. Les 4 209 assurés a priori éligibles à l'ACS ont été aléatoirement repartis en trois groupes : le groupe témoin s'est vu proposer par courrier le montant d'ACS en vigueur, le premier groupe traité a reçu une proposition d'aide majorée et le second groupe traité a reçu, en plus d'une proposition d'aide majorée, une invitation à une réunion d'information sur le dispositif.

L'analyse des taux de dossiers de demande retournés à la CPAM ainsi que le nombre d'ACS accordées rend compte des conclusions suivantes : la majoration du « chèque santé » a un effet faible mais significatif sur le recours à l'ACS et semble permettre de mieux cibler les personnes effectivement éligibles, les taux de recours et d'ACS accordées étant significativement supérieurs dans le groupe traité 1 à ceux du groupe témoin. Les résultats confirment également que l'ACS est un dispositif compliqué qui touche difficilement sa cible : au total, seuls 17 % des assurés de cette expérimentation ont fait une demande d'ACS. Seuls 9 % des assurés invités à participer à une réunion d'information sur le dispositif y ont effectivement assisté et l'invitation cette réunion a largement découragé les autres assurés. Au total, le taux de recours des individus du groupe traité 2 ayant reçu la proposition d'aide majorée et l'invitation à la réunion d'information est significativement inférieur à celui du groupe traité 1 ayant reçu uniquement la proposition d'aide majorée. Enfin, seuls 55% des assurés ayant déposé une demande ont effectivement reçu l'aide, en raison le plus souvent de ressources trop élevées. Cette incertitude importante sur l'éligibilité au dispositif est certainement un frein s'ajoutant à la complexité des démarches.

Pour en savoir plus :

- GUTHMULLER S, JUSOT F, WITTWER J, DEPRÈS C. 2011. Le recours à l'Aide Complémentaire Santé : Les enseignements d'une expérimentation sociale à Lille. Questions d'économie de la santé 162. IRDES.
- GUTHMULLER S., JUSOT F., WITTWER J., DESPRÉS C. 2013. Faire valoir ses droits à l'Aide complémentaire santé : les résultats d'une expérimentation sociale. Économie et Statistique. 455-456 : 53-70.
- GUTHMULLER S, JUSOT F, WITTWER J. 2014. Improving Take-up of Health Insurance Program: Evidence from a Social Experiment in France. Journal of Human Resources. 49(1):167-194.

Références

- BRAS P-L, TABUTEAU D. 2012. Les Assurances maladie, Presses universitaires de France (PUF), coll. « Que sais-je ? », Paris.
- DEVAUX M. 2013. Income-related inequalities and inequities in health care services utilisation in 18 selected OECD countries, European Journal of Health Economics, DOI 10.1007/s10198-013-0546-4.
- DOURGNON P, GUILLAUME S, ROCHEREAU T. 2012a. Enquête sur la santé et la protection sociale 2010. Rapport IRDES, 1886, IRDES.
- DOURGNON P., JUSOT F., FANTIN R. (2012b), « Payer nuit gravement à la santé : une étude de l'impact du renoncement financier aux soins sur l'état de santé », Économie Publique, 28-29 : 123-147.
- Fonds CMU. 2009. Rapport d'évaluation de la loi CMU N°4. Juillet 2009.
- Fond CMU. 2014. Références. La lettre du Fonds de financement de la couverture maladie universelle. 54.
- GUTHMULLER S, JUSOT F, WITTWER J, DEPRÈS C. 2011. Le recours à l'Aide Complémentaire Santé: Les enseignements d'une expérimentation sociale à Lille. Questions d'économie de la santé 162. IRDES.

- GUTHMULLER S., JUSOT F., WITTWER J. 2013a. Faire valoir ses droits à l'Aide complémentaire santé : les résultats d'une expérimentation sociale. Économie et Statistique. 455-456 : 53-70.
- GUTHMULLER S, JUSOT F, RENAUD T., WITTWER J. 2013b. Le non recours à l'Aide Complémentaire Santé : Les enseignements d'une enquête auprès d'une population éligible de la CPAM de Lille, rapport pour le Fonds CMU, disponible sur le site www.cmu.fr.
- GUTHMULLER S, JUSOT F, WITTWER J. 2014. Improving Take-up of Health Insurance Program: Evidence from a Social Experiment in France. Journal of Human Resources. 49(1):167-194.
- Haut conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie. 2011. Rapport 2011 du Haut conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie.
- JUSOT F, PERRAUDIN C, WITTWER J. 2012. L'accessibilité financière à la complémentaire santé en France : les résultats de l'enquête Budget de Famille 2006. Économie et Statistique. 450(1) : 29-46.
- JUSOT F. (2013), « Les inégalités de recours aux soins : bilan et évolution », Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique, 61S : S163-S169.
- ODENORE (2012), L'envers de la « fraude sociale ». Scandale du non recours aux droits sociaux. Collection Repères-la Découverte.
- REMLER DK., RACHLIN JE, GLIED SA. 2001. What Can the Take-up of Other Programs Teach Us About How to Improve Take-up of Health Insurance Programs? NBER Working Paper. 8185.
- VAN OORSCHOT W. 1991. Non Take-up of Social Security Benefits in Europe. Journal of European Social Policy. 1(1):15-30.

La lutte contre le non-recours : des enjeux pour la production des politiques sociales

Par **Philippe WARIN,**
Responsable scientifique d'ODENORE

Et **Pierre MAZET,**
Chargé de recherche à l'ODENORE

Philippe Warin est directeur de recherche au CNRS et enseignant à Sciences-Po Grenoble. Il a cofondé l'observatoire des non-recours aux droits et services (ODENORE). Ses travaux portent sur la réception des politiques par les publics et questionnent les notions de pertinence de l'offre et d'adhésion à l'offre.
Pierre Mazet est chargé de recherche à l'ODENORE et enseignant à Sciences-Po Grenoble. Il mène des travaux sur le phénomène du non-recours appréhendé sous l'angle des comportements individuels et collectifs en situations normatives.

La question du non-recours aux droits et services est posée sur différents agendas politiques et institutionnels. Le Plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale présenté par le gouvernement le 21 janvier 2013 en tient compte directement dans ses orientations pour venir en aide aux personnes les plus démunies et les accompagner vers l'autonomie. Les nouvelles conventions d'objectifs et de gestion des organismes sociaux inscrivent ou réinscrivent la question au cœur de leurs priorités. Au niveau des collectivités locales, la recherche de solutions est souvent innovante.

Ce contexte général incite à s'interroger sur les enjeux de la lutte contre le non-recours pour la production des politiques sociales. Le point de vue présenté ici est celui de l'Observatoire des non-recours aux droits et services (ODENORE) qui, modestement, a contribué depuis 2002 à faire reconnaître le phénomène. Il s'agit donc d'un propos situé. Celui-ci n'est en rien exhaustif et surtout ne cherche pas à dire à la place des acteurs ce que les enjeux de la lutte contre le non-recours devraient être.

Pour percevoir les enjeux de la lutte contre le non-recours pour la production même des politiques, il convient de se demander de quoi le non-recours est-il la critique ? Répondre à cette question permet de discuter de ce que la lutte contre le non-recours aurait à changer : ces changements étant ses enjeux.

La littérature internationale fait apparaître le non-recours comme la « contradiction » même du ciblage qui organise l'accès aux droits [CONNING, KEVANE, 2002 ; GWATKIN, 2000 ; Sen 1995]. C'est en partant de l'observation de taux de non-recours plus élevés lorsque les prestations sont ciblées que l'explication institutionnelle des obstacles dans l'accès aux droits sociaux est venue contrebalancer les premières explications comportementales qui renvoyaient le non-recours aux manques et incapacités des individus. Du coup, la critique est aussi directe que la relation entre ciblage et non-recours paraît mécanique. Et la solution l'est tout autant : pour éviter le non-recours, il faudrait sortir des politiques ciblées. Des acteurs avertis vont dans ce sens et s'interrogent publiquement sur la nécessité de revenir à davantage d'universalité dans la construction des droits sociaux, mais sans dire généralement comment. Cela étant, il n'est pas certain que la critique du non-recours s'adresse en premier au ciblage, qui est un ensemble de critères d'éligibilité (niveau de ressources, âge, handicap, degré de formation, quartiers défavorisés, etc.) et de modalités techniques de mise en œuvre des prestations (dispositif spécifique pour une population donnée, mesure

de sélectivité dans l'accès aux ressources, différenciation tarifaire, modulation du niveau d'une prestation financière en fonction de critères particuliers, mécanisme d'individualisation de l'offre selon la situation ou le comportement du bénéficiaire). En effet, si l'on rassemble les griefs auxquels conduisent les faits et les chiffres sur le non-recours [ODENORE, 2013], ce sont d'autres critiques, avec d'autres implications, qui apparaissent, portant notamment sur le manque de légitimité des normes centrales et sur la complexité de l'environnement institutionnel et réglementaire.

I- Renforcer la légitimité des normes des politiques sociales

Parmi les formes de non-recours, la non demande mérite l'attention. Outre les calculs individuels de type coût-avantage, cette forme de non-recours indique dans bon nombre de cas l'existence de conflits de représentations sur la justesse même de la prestation. Celle-ci heurte les destinataires quand la norme sociale qu'elle contient ne leur paraît pas acceptable. Ce ne sont pas principalement les critères ou techniques du ciblage qui créent la non demande, mais « le motif » de la prestation. Celui-ci est exposé dans un ou des textes (loi, décret, arrêté, circulaire, etc.) qui donnent à la prestation son assise juridique. Or, les motifs ne paraissent pas nécessairement acceptables. Si bien que tout en étant fondées en droit, il peut manquer aux prestations sociales, notamment aux minima sociaux, la légitimité que seule l'adhésion des ouvrants-droit potentiels peut leur conférer, et non seulement celle des catégories non bénéficiaires qui les financent notamment par l'impôt.

L'évaluation du Revenu de Solidarité Active (RSA) entré en vigueur le 1er juin 2009 permet d'illustrer en quoi le non-recours à un minimum social peut être une critique du manque de légitimité des normes centrales. Avec un taux de non-recours au RSA-activité estimé à 68%, le Comité national d'évaluation a avancé dans son rapport que les travailleurs pauvres désertent le dispositif. Des analyses ont mis en avant des raisons individuelles, renvoyant l'explication à une certaine méconnaissance du dispositif et à ses conditions pour près des deux-tiers des non-recourants n'ayant jamais bénéficié de la prestation, mais connaissant son existence et se considérant éligibles [Domingo, 2012]. Il en reste donc au moins un tiers qui déclare ne pas être intéressé par le RSA-activité ; ce qui laisse soupçonner « *un défaut congénital du dispositif* » pour reprendre l'expression d'Evelyne SERVERIN dans son analyse du non-recours [SERVERIN, 2012]. Ce résultat renvoie directement au motif du projet de loi qui fixe au RSA-activité l'objectif de « *faire des revenus du travail le socle des ressources des individus* ». L'aide apportée venant consolider des bas revenus afin que les salariés restent en activité, il n'est pas exclu qu'une partie des non-recourants récuse un dispositif d'intéressement permanent qui institue le travail précaire comme norme sociale. Par hypothèse, des ouvrants-droit potentiels du RSA-activité peuvent attendre avant tout du gouvernement une politique des salaires qui leur permettrait de vivre dignement de leur travail, au lieu d'être suspendus à l'aide publique.

Ce non-recours par non demande et cette non demande par manque d'adhésion sont, d'une même pièce, la conséquence directe d'un mode de production des politiques sans leurs publics, de définition de la demande sociale sans les citoyens. Pareille situation pose fondamentalement la question de la production de l'assentiment dans les politiques publiques, que des travaux collectifs ont cherché à mettre en évidence, comme ce fût le cas en France à l'époque où le gouvernement venait de mettre en place une politique d'évaluation des politiques publiques. Cela fait des dizaines d'années que des réformes tentent d'introduire la participation des bénéficiaires dans la construction des politiques. L'analyse du non-recours montre, s'il le fallait, l'utilité de cette participation pour prévenir des désaccords difficiles à redresser ensuite, qui, laissés sans réponse, peuvent entamer la confiance

des citoyens dans les institutions[1]. Aussi, est-ce la question politique et institutionnelle des instances et dispositifs de participation des destinataires des politiques qui s'impose à nouveau, notamment en pensant le non-recours comme critère (sinon comme référentiel) d'évaluation [MILET, WARIN, 2014].

II- Sécuriser l'application des droits

En même temps, la complexité de l'environnement institutionnel et réglementaire des dispositifs d'action montre, cette fois sur le plan de la réalisation des politiques et non seulement de leur construction, que la critique du non-recours ne s'arrête pas aux seules conditions du ciblage.

La multiplication des règles formelles portant sur l'éligibilité, les exigences, contraintes ou réquisits imposés au demandeur en matière de rendez-vous à honorer, de documents à fournir (en particulier lorsque les demandeurs ne sont pas en possession des documents et qu'ils doivent les demander à une autre administration), etc., mais aussi les périodes d'éligibilité courtes ou variables (plus cette dernière est réduite, plus elle oblige à reformuler la demande, donc à engager des démarches) font partie des « barrières administratives » qui, rendant la demande de droit plus complexe, conduisent mécaniquement à une baisse du nombre de demandes formulées.

Aux États-Unis, les États sont d'ailleurs parfois directement intéressés à une baisse des demandes d'aide par un système de bonus : la baisse des demandes est assimilée à une sortie du dispositif et considérée comme le signe d'un retour à l'emploi. Nombre de travaux anglo-saxons ont mis en évidence un processus de régulation de la demande par les barrières administratives, conduisant qui plus est à une forme d'exclusion administrative [BRODKIN, MAJMUNDAR, 2010] de certains publics, moins « avantagés administrativement », c'est-à-dire moins en capacité de répondre aux normes institutionnelles.

En France, on assiste à un mouvement contradictoire. À rebours des programmes de simplification administrative annoncés, et sur certains plans mis en place[2], depuis plus de vingt ans, on constate un accroissement de la complexité des procédures dû une augmentation de la conditionnalité des droits sociaux. Il est en effet nécessaire d'apporter de plus en plus de preuves, non seulement matérielles (justificatifs et autres) mais aussi comportementales (prouver sa motivation, sa bonne volonté à s'en sortir) de son éligibilité. Les politiques d'activation, dont le RSA représente le fer de lance, entraînent une multiplication des épreuves de vérification pour les demandeurs mais aussi pour les services - aboutissant à ce qu'Elisa CHELLES nomme une « bureaucratisation de l'éligibilité »[3].

Le développement polycentrique (ou multi-acteurs) des politiques qui accroît l'émiettement administratif, a pour conséquence de rendre toujours plus compliqué l'accès aux droits pour les publics et leur application par les services prestataires. Cette organisation générale des politiques conduit nécessairement à ce que leurs « ouputs » concrets et individualisés - en l'occurrence les prestations sociales - soient adossés à de multiples références législatives et réglementaires. Une telle profusion rend plus incertains l'interprétation des règles et le sens du droit dans le traitement des demandes. Cette insécurité juridique pose le problème de la justiciabilité des droits sociaux [ROMAN, 2007].

1 - Avant impôts et prestations sociales, le rapport entre le niveau de vie des 10 % des plus aisés et des 10 % les plus modestes est de 17,6. Après redistribution, ce rapport n'est plus que de 5,7 % selon l'INSEE. Baisser le niveau des prestations (en laissant filer le non-recours notamment) ne peut donc que creuser les inégalités entre catégories sociales ; ce qui n'est pas forcément bon pour le sentiment de justice sociale et la cohésion sociale, et in fine pour la confiance dans les institutions.

2 - Notons néanmoins que le plus souvent, les solutions de la simplification administrative paraissent surtout pensées d'un point de vue technologique (télétraitement, télé-déclaration, traitement à distance, etc.), c'est-à-dire là où elles permettent de réaliser des économies de gestion.

3 - « Conditionner une aide sociale génère de véritables coûts bureaucratiques, tant sur le plan des frais de fonctionnement que des dépenses de personnel. Dans une politique sociale conditionnelle, le pauvre pour être secouru, doit apporter la preuve non seulement de son indigence mais également de sa bonne volonté à s'en sortir. La puissance publique doit, pour ce faire, mettre en place une logistique particulière : il s'agit de vérifier la présence d'une motivation. Tâche délicate qui pousse l'action sociale à se re-bureaucratiser. Formulaires, justificatifs, attestations recoupements, informatisation : autant de procédés qui redonnent un large pouvoir aux bureaux. » [CHELLES, 2014, 130].

Comment les personnes peuvent-elles accéder à leurs droits à différentes prestations quand cette complexité produit toutes les conditions pour qu'elles ne les connaissent pas ou bien abandonnent des démarches devenues des casse-têtes et des parcours du combattant ? La question n'est plus seulement celle du non-recours par manque d'information des destinataires, mais aussi celle du non-recours par non proposition, notamment lorsque les agents des services prestataires ne sont plus en mesure de mettre en œuvre les droits.

Proposer des droits suppose de les connaître. La remarque pourrait paraître triviale s'agissant de professionnels censés gérer l'accès aux droits. Pourtant, la méconnaissance ou la connaissance partielle des droits les concerne aussi. La multiplicité des dispositifs et leur dispersion institutionnelle, les périodes de montée en charge de nouveaux droits ou réglementations, les modifications apportées aux dispositifs, aussi bien que les effets des réorganisations territoriales, ou le fait que certaines institutions communiquent peu sur leurs aides - qu'on pense par exemple au Tarif Première Nécessité ou aux procédures de reconnaissance pour maladie professionnelle - placent les agents de l'accès aux droits dans une position délicate.

En matière de non-recours par non proposition, la méconnaissance ou la mauvaise connaissance des droits n'explique en effet pas tout. Proposer des droits suppose aussi d'avoir les marges de manœuvre pour le faire[4]. Or les institutions placent souvent les agents prestataires dans une injonction contradictoire, consistant à préconiser un examen global du dossier lors des rencontres avec les ouvrants-droit potentiels, tout en soumettant leur travail à des normes ou des indicateurs de qualité supposant de traiter rapidement les demandes, à leur institution exclusivement [DUBOIS, 2012]. Le constat de cette contradiction est régulièrement dressé par les travailleurs sociaux : faisant état de leurs difficultés pour calculer les droits et obtenir des interlocuteurs dans les services concernés, ils admettent parfois constituer des dossiers sans avoir l'assurance qu'ils seront finalement éligibles. Acteurs principaux et souvent passages obligés de l'accès aux droits, ils sont malgré eux parfois partie prenante de la production du non-recours.

Au final, si l'empilement des dispositifs et la diversité des portes d'entrée, et à chaque demande la multitude de conditions, obligations et devoirs à respecter, conduit à mettre en cause directement la procédure du ciblage, le problème se situe fondamentalement en amont, dans l'environnement institutionnel et réglementaire des dispositifs proposés.

On voit bien dans les études sur le non-recours combien celui-ci est lié, outre le foisonnement de réglementations difficiles à simplifier et articuler, aux fonctionnements tantôt en silos, tantôt en partenariat, qui complexifient l'accès à des droits souvent connexes. Dans l'ensemble, ce ne sont pas seulement les critères ou les modalités techniques du ciblage qui sont problématiques. En revanche, les systèmes d'informations - notamment sur les ressources des ménages - compliquent l'ouverture et la liquidation des droits, ce qui occasionne bien souvent du non-recours ou des ruptures dans les parcours des bénéficiaires.

Tout cela représente des coûts de production très élevés pour les organismes prestataires qu'il serait nécessaire de mesurer de façon systématique dans le cadre d'une politique de lutte contre le non-recours[5]. Selon nous, les coûts de production découlent moins de l'extension des conditionnalités

4 - Nous laissons ici de côté l'incidence des représentations personnelles et/ou le poids de la culture professionnelle dans les pratiques des agents.

5 - Pour le RSA (socle et activité), les indus représentent 803 millions d'euros en 2012 sur 10,5 milliards de versement total. A-t-on estimé le temps de travail nécessaire à leur traitement, comme à celui du non-recours évalué à 5,3 milliards ?

- dont il faudrait encore prouver si et comment elles sont appliquées - que de leur architecture technique. La sélectivité dans l'accès aux ressources répond en premier lieu à l'enjeu du calcul de la « pente incitative », c'est-à-dire du seuil à partir duquel on estime que les publics visés auront intérêt à entrer dans le dispositif, tout en maîtrisant en contrepoids les dépenses occasionnées par la prestation. Si l'aspect budgétaire entre en ligne de compte du côté des potentielles dépenses imputées à la distribution des prestations, en revanche, les coûts induits par la complexité des dispositifs ne sont pas ou peu évalués. Or cette complexité, qui place les ouvrants-droit potentiels, comme les professionnels, dans une position d'incertitude, a en effet un coût : selon la Branche famille, sur quatre dossiers de RSA reçu, en moyenne un seul était éligible ; les trois quart des dossiers étaient donc constitués à perte et représentent une « perte en ligne », depuis l'ouvrant-droit potentiel en passant par l'agent instructeur et les agents des CAF.

Aussi, peut-on s'interroger sur la faisabilité de la solution avancée, visant à mettre en place un formulaire unique de demande pour les minima sociaux, surtout après avoir substitué au système déclaratif avec vérification a posteriori, une vérification a priori. En particulier, ce mode de traitement ne donne aucune prévisibilité de leurs droits aux minima sociaux aux personnes en situation de précarité, inquiètes de voir leurs ressources varier en fonction de changements survenus dans leur situation. C'est pourquoi, parmi les recommandations proposées dans le cadre de la préparation du Plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale, le groupe de travail « Accès aux droits et aux biens essentiels, minima sociaux » avait proposé une annualisation des droits au RSA et aux prestations connexes. On ne retrouve pas de trace de cette proposition dans la liste des recommandations de la mission de l'Inspection générale des affaires sociale (IGAS) chargée de l'évaluation du Plan [CHÉRÈQUE, VANACKERE, 2014].

III. Démontrer l'efficacité économique des dépenses sociales

Les acteurs centraux des politiques sociales ont conscience que mettre fin au ciblage est illusoire. Aucun d'entre eux n'est dans une attente millénariste de la croissance. Tous constatent que celle-ci, au mieux stabilisée aux alentours de 1 % à 1,5 % l'an, ne peut pas constituer le présupposé d'un retour à l'universalité, ni d'ailleurs d'aucun scénario d'avenir. En effet, comment revenir à l'universalité des droits alors que la croissance qui a permis l'accès automatique aux prestations sociales de santé, de chômage et de retraite, n'est plus là depuis longtemps et n'est pas prête de ressurgir ? Ou comment mettre fin aux conditions, obligations et devoirs dans l'accès aux droits, vu le chômage de masse de longue durée et l'emprise des politiques d'exonération fiscale et de baisse du coût du travail censées relancer la croissance ? Dans ce contexte, tout débat sur davantage d'universalité est aussitôt rattrapé par la représentation de la dépense sociale comme seul coût [DJOULDEM, SAILLARD, WARIN, 2013].

Cette représentation comptable de la dépense publique est un autre enjeu de fond pour la lutte contre le non-recours, et principal pour sa propre suite. Alors que la réduction des déficits publics, notamment par la maîtrise des dépenses sociales, est un impératif que le gouvernement doit respecter pour tenir ses engagements européens, pourquoi donc réduire le non-recours ? D'un point de vue strictement comptable, la lutte contre le non-recours peut apparaître ni plus ni moins comme une « ineptie politique ». Elle implique des dépenses supplémentaires et de renoncer aux économies que le phénomène engendre. Elle conduit à se priver d'une aubaine financière de plusieurs milliards d'euros [ODENORE, 2013]. Les non dépenses liées au non-recours sont autant de dépenses en moins qui procurent une variable d'ajustement bien utile en période d'austérité budgétaire.

Si l'on revient un instant au Plan pluriannuel, nous pouvons remarquer que le principe de « juste droit » qu'il promeut ne peut se satisfaire de cette approche comptable de la dépense publique. Selon ce principe, chaque citoyen doit avoir accès pleinement et sans retard à l'intégralité des droits auxquels il est éligible. La lutte contre le non-recours

est ainsi érigée comme l'un des deux piliers d'une politique générale de l'accès aux droits sociaux ; l'autre pilier étant la lutte contre la fraude aux prestations sociales. Agir pour l'accès aux droits, c'est à la fois éviter des dépenses injustifiées liées à la fraude, mais c'est également agir contre les non-dépenses injustes induites par le non-recours qui pénalisent des populations. C'est ce que le vice-président du Conseil d'État indiquait en affirmant que l'action pour l'accès aux droits est, avec la lutte contre la fraude, l'une des composantes de l'intérêt général [SAUVÉ, 2011].

Le point de vue comptable s'adosse à une représentation de la dépense sociale comme seul coût. Il s'accommode d'un programme de rigueur et d'austérité qui affirme que toute nouvelle augmentation de dépenses doit être couplée et subordonnée à une nouvelle augmentation de recettes, et privilégie des mesures successives d'exonération et de réduction des prélèvements au nom de la compétitivité des entreprises. Mais il a aussi pour conséquence d'occulter deux questions majeures : celle des coûts sociaux, directs et indirects, induits par le non-recours, et celle du possible manque à gagner induit par des dépenses publiques qui ne se font pas. Dit autrement, la lutte contre le non-recours a aussi pour enjeu principal de produire les politiques sociales à partir une vision positive de la dépense publique.

Dans ce sens, plusieurs faits peuvent appeler à se départir du seul point de vue comptable. Les prélèvements obligatoires (impôts et cotisations sociales) ne sont pas que des mécanismes d'extraction de ressources. Les recettes fiscales et sociales servent à financer des services publics et le fonctionnement quotidien du système de prestations et d'aides sociales. En période de crise, les prestations et les aides sociales permettent de compenser les pertes de revenus et de soutenir la demande. Elles contribuent à la création d'emplois dans le secteur de l'économie sociale et solidaire. Elles génèrent des dépenses privées (de salaires et de consommations), lesquelles produisent en retour de nouvelles recettes par le biais de la cotisation et de la fiscalité… dont s'alimentent les budgets de la protection sociale : un cercle vertueux fonctionnant à l'opposé de celui que le Fonds monétaire international (FMI) décrit désormais comme la conséquence des politiques d'austérité qu'il avait si ardemment défendu [BERG, OSTRY, TSANGARIDES, 2014]. À l'inverse, les coupes dans les budgets sociaux anémient les dépenses privées et pèsent ainsi sur l'activité et la croissance. L'impact récessif des politiques de resserrement budgétaires est reconnu. En Grande-Bretagne, le programme d'assainissement des finances publiques du gouvernement Cameron visant à ramener le déficit public de 10,4 % du PIB en 2010 à 1,5 % en 2016 a freiné l'activité, avec une baisse du PIB en 2011 évaluée à moins 0,7. En France, les politiques que l'on peut qualifier d'austérité (même si la maîtrise des dépenses porte non pas sur leur baisse globale mais sur un ralentissement inégalé de leur progression) ont coûté 0,8 % du PIB en 2010 et 2,2 % en 2013 [HEYER et al., 2013]. Au total, la dépense sociale, lorsqu'on l'intègre dans l'ensemble du circuit, remplit une fonction économique plus vertueuse que les épargnes des ménages qui soutiennent des comportements rentiers ou alimentent des spéculations financières.

En réhabilitant les fonctions positives de la dépense sociale, la contradiction entre la progression vers l'égalité de l'accès aux droits et le respect des contraintes économiques peut s'effacer en partie. Le non-recours n'apparaît plus alors comme une opportunité d'économie budgétaire, d'autant plus efficace qu'elle est peu visible. Il est plutôt la marque d'un échec des politiques sociales et l'indice d'une destruction massive de richesses. La lutte contre le non-recours peut prétendre à une efficacité économique. Son défi n'est donc pas que social, il est aussi économique. Ce double défi, par conséquent, attend les acteurs des politiques sociales, qui sont redevables

de l'efficacité des dépenses publiques. Mais c'est aussi celui de la recherche sur le non-recours, dont la mission de l'IGAS chargée de l'évaluation du Plan pluriannuel préconise le développement dans plusieurs de ses recommandations. Après avoir mesuré et caractérisé le phénomène, produit des typologies explicatives, le principal enjeu en termes de production de connaissances est de développer maintenant une approche économique du non-recours. De nouvelles recherches pourraient se fixer plusieurs orientations : mesurer précisément les non-dépenses et connaître leurs usages ultérieurs ; identifier et mesurer en termes monétaires ou pas la diversité des coûts sociaux directs et indirects pour les non requérants comme pour les services prestataires ; estimer les effets multiplicateurs[6] perdus pour la collectivité du fait du non-recours et en même temps l'efficience allocative[7] des dépenses publiques ; modéliser les changements de comportements des bénéficiaires survenant après une modification d'une ou de plusieurs conditions. Une telle recherche, démonstrative et pédagogique, pourrait en même temps être fort utile à la formation de bon nombre de cadres qui dans les administrations, les organismes sociaux et les collectivités publiques ont ou auront à mettre en œuvre et à évaluer les résultats des plans d'actions de la lutte contre le non-recours. Bien menée, cette recherche serait aussi au service de la correction nécessaire des situations de sous-productivité ou de dépenses inefficaces [FRAGONARD, 2012], que la lutte contre le non-recours ne doit en rien évacuer.

Conclusion

Les enjeux de la lutte contre le non-recours pour la production des politiques sociales présentés ici sont évidemment à discuter. La légitimité des motifs des politiques, la sécurisation des droits, la conception de la dépense sociale sont des questions difficiles à formuler. Et ce ne sont pas les seules : on a pu récemment indiquer comment au local l'action sur le non-recours pouvait se confronter à certaines représentations sociales de l'assistance [WARIN, 2014]. Le point de vue exprimé a donc pour vocation à être remanié et prolongé.

Pour autant, en cherchant à débattre des enjeux de la lutte contre le non-recours pour la production des politiques publiques, nous affirmons l'idée que la lutte contre le non-recours existera essentiellement au travers des changements qu'elle pourra produire dans la manière de construire et de réaliser les politiques sociales. Son existence est liée à sa portée réformatrice. Elle ne peut avoir d'autre perspective selon nous, à moins de disparaître, comme d'autres projets politiques, dans une seule gymnastique verbale. Ce que les politologues anglo-saxons appellent « isomorphic mimicry » pour signifier des politiques ou des plans d'actions qui donnent l'air de faire des réformes sans réellement les produire. Espérons qu'il en soit autrement avec la lutte contre le non-recours.

Bibliographie

- BERG J., OSTRY D., TSANGARIDES C.-G. (2014), "Redistribution, inequality and growth", IMF Staff Discussion Note 14/02. (http://www.imf.org/external/pubs/ft/sdn/2014/sdn1402.pdf)
- BRODKIN E.-Z., MAJMUNDAR M. (2010), "Administrative Exclusion: Organizations and the Hidden Costs of Welfare Claiming" , Journal of Public Administration Research and Theory (20): 827-848 http://jpart.oxfordjournals.org/content/20/4/827.full.pdf+html
- CHELLES E (2012), Gouverner les pauvres. Politiques sociales et administration du mérite, Presses universitaires de Rennes.
- CHÉRÈQUE F., VANACKERE S. (2014), Évaluation de la 1ère année de mise en œuvre du plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale, Paris, IGAS. (http://www.igas.gouv.fr/spip.php?article353)

6 - Quand les dépenses publiques produisent des dépenses privées qui abondent en retour les recettes publiques.

7 - L'efficience allocative se réfère à la relation entre les ressources investies dans une politique publique et les effets obtenus. Il décrit ainsi le rapport entre les coûts et les bénéfices, également financiers, d'une politique.

- CONNING J., KEVANE M. (2002), "Community based targeting mechanisms for social safety nets: a critical review", World Development, 30(3): 375-394.
- DJOULDEM M., SAILLARD Y., WARIN P., (2013), « Lutter contre le non-recours : un révélateur du renouvellement des politiques publiques, in ODENORE, L'envers de la fraude sociale. Le scandale du non-recours aux droits et services, Paris, La Découverte : 185-201.
- DOMINGO P. (2012), « Les non-recourants au RSA », L'essentiel (124). (http://www.caf.fr/sites/default/files/cnaf/Documents/Dser/essentiel/124_essentiel_-_non-recours_rsa.pdf)
- DUBOIS V. (2010), « Politiques au guichet, politique du guichet », in Borraz O., Guiraudon V. (dir.), Politiques publiques - 2, Changer la société, Paris, Presses de Sciences-Po : 265-286.
- FRAGONARD B. (2012), Vive la protection sociale !, Paris, Odile Jacob.
- GWATKIN D. (2000), The Current state of knowledge about targeting the health programs to reach the poor, Washington DC, World Bank.
- HEYER E., COCHARD M., DUCOUDRÉ B., PÉLÉRAUX H. (2014), « France : moins d'austérité, plus de croissance », Revue de l'OFCE. (http://www.ofce.sciences-po.fr/pdf/revue/3-130.pdf)
- MILET H., WARIN P. (2014), « La prise en compte des publics dans l'évaluation des politiques publiques », Revue française d'administration publique (148) : 991-1002.
- ODENORE, (2013), L'envers de la fraude sociale. Le scandale du non-recours aux droits sociaux, Paris, La Découverte.
- ROMAN D. (2007), « Les droits sociaux : des droits à part entière ? Éléments pour une réflexion sur la nature et la justiciabilité des droits sociaux », in Du CHEYRON P., GELOT D., Droit et pauvreté. Contributions issues du séminaire ONPES-DREES-MIRE 2007, Paris : 39-58. (http://www.onpes.gouv.fr/IMG/pdf/livre_entier_web.pdf)
- SAUVÉ J.-M. (2011), « Ouverture des entretiens du Conseil d'État : Fraudes et protection sociale », Droit social (5) : 481-485.
- SEN A. (1995), "The political economy of targeting", in Van de walle D, Nead K (eds.), Public spending and the poor: theory and evidence, Baltimore, The World Bank by the Johns Hopkins University Press: 11-24.
- SERVERIN E. (2012), « Causes et effets du non-recours au RSA-activité », Revue de Droit Sanitaire et Social (4) : 637-645.
- WARIN P. (2014) « L'action sur le non-recours devant des résistances du travail social », Revue Française des Affaires Sociales (1-2) : 64-77.

L'accès au droit : un thème axial central de la convention d'objectifs et de gestion ÉTAT/CNAF

Par Daniel LENOIR,
Directeur général de la CNAF

« Toute personne, en tant que membre de la société, a droit à la sécurité sociale » (Déclaration universelle des droits de l'homme, article 22).

Avec le développement des services aux familles, à l'enfance et à la jeunesse, et l'amélioration de l'efficience du service public de la branche famille de la Sécurité sociale, **l'accès au droit** constitue un des trois axes de la convention d'objectifs et de gestion 2013-2017. Un axe, plutôt qu'un objectif - et on pourrait même dire en paraphrasant Marcel Mauss parlant de « fait social total » - « un axe politique global » car il vient réordonner, comme les deux premiers, les objectifs prioritaires, programmes et actions de toute la COG et ce faisant, permet de donner du sens, un sens même, à cet exercice - qui donne parfois l'impression d'une machinerie bureaucratique - qu'est la mise en œuvre de la COG. Cet axe imprime donc de sa marque l'ensemble de la COG et on peut l'illustrer en en prenant les principales actions.

L'action pour un meilleur recours aux droits commence d'abord, par **l'information et la communication**. C'est un des objectifs prioritaires du schéma directeur d'information et de communication, adopté dans le prolongement de la COG que de fournir une information accessible à tous sur les prestations et services délivrés par la branche Famille et de développer une communication à destination des allocataires potentiels. Cette stratégie est une stratégie multimédia, c'est-à-dire « multicanal », qui vise à développer notamment les médias numériques, mais aussi « multilangage » en trouvant les techniques et en permettant de s'adresser à tous et notamment aux personnes en situation d'illettrisme, de handicap sensoriel ou ayant des difficultés avec le français.

Cette politique d'accès au droit passe également, par **la simplification**. La simplification, vu du point de vue de l'allocataire, c'est bien sûr, quand on le peut, de modifier les règles de droit, mais c'est d'abord d'éviter de fournir des pièces inutiles ; inutiles soit parce qu'on n'en a pas besoin[1], mais aussi parce qu'on peut se les procurer autrement, auprès d'autres institutions, ou enfin parce qu'on peut leur substituer une déclaration[2] (qui pourrait être une télédéclaration, ce qui évite de se déplacer ou de poster des dossiers souvent lourds). Cela suppose pour le dernier point, de renforcer parallèlement la lutte contre la fraude, pour faire la chasse aux fausses déclarations et pour les sanctionner suffisamment pour avoir un effet dissuasif[3].

Mais l'accès aux droits nécessite aussi d'aller **au devant des bénéficiaires potentiels**. C'est le sens des 100 000 rendez-vous des droits prévus dans la convention d'objectifs et de gestion de la branche Famille. Il s'agit, à l'occasion d'un contact avec un allocataire, pour une demande de RSA par exemple, ou pour une « sortie de congé parental[4] », de faire le point sur l'ensemble de sa situation et de lui permettre de bénéficier de l'ensemble des prestations auxquelles il a droit, comme des services dont il peut bénéficier, par exemple l'accès à une crèche.
Cette politique conduit la branche Famille à revoir l'ensemble de sa **doctrine d'accueil et de contact avec le public,** en généralisant l'accueil sur rendez-vous et en articulant mieux les différents niveaux de contact avec le public, et l'accueil téléphonique, bien sûr, avec la mise en place de plate-formes mutualisées, mais aussi en développant la capacité

1 - Par exemple, éviter de demander à l'allocataire du RSA une déclaration annuelle de revenu égale à zéro, alors qu'il a déjà fait quatre déclarations trimestrielles égale à zéro, ce qui va être supprimé.
2 - Par exemple, l'attestation de scolarité pour bénéficier de l'allocation de rentrée scolaire pour les 16-18 ans sera supprimée à la rentrée 2014.
3 - La fraude est moins importante par ses montants, qu'il faut bien sur réduire au maximum, que par ses effets délétères sur le sentiment de solidarité.
4 - Un accord entre la CNAF et Pôle Emploi a été signé le 11 avril 2014, sous l'égide des ministres compétents, pour cela.

d'accueil sur la toile, avec les échanges par mail, les campagnes d'e-mailing, et surtout l'accès à des téléprocédures sur le site caf.fr via l'application « mon compte », désormais accessible sur smartphone.

Il faudrait que nous soyons en mesure de ne pas seulement attendre que les personnes et les familles viennent vers nous, mais que ce soit nous qui allions aussi vers elles. D'avoir **une attitude pro-active** en d'autres termes. Il faudrait pour cela que nous puissions repérer ceux qui pourraient bénéficier de droits potentiels. Les techniques de ciblage - dites de « data mining » -, que nous utilisons sur nos propres bases pour lutter contre la fraude, pourraient être utilisées aussi pour identifier ces bénéficiaires potentiels. Il faudrait pour cela, comme ont réussi à le faire nos voisins belges, que nous ayons accès aux bases des autres administrations (impôts, Pôle emploi, Mdph, etc…). Cela sera possible le jour où on aura réussi à mettre en place un système d'échange généralisé des données : c'est ce qui a été fait en Belgique, avec la « banque Carrefour de la Sécurité sociale »[5].

En attendant, des partenariats vont être engagés avec les acteurs du social, par exemple avec les centres sociaux, pour orienter vers les CAF les personnes concernées (et les aider aussi par la même occasion à faire leurs démarches). De même des CAF vont développer le partenariat avec le service civique pour promouvoir dans ces structures l'accueil de volontaires qui viendront aider les personnes non recourantes à faire leurs démarches auprès de la caisse.

L'accès aux droits c'est aussi « **payer à bon droit** », tout autant pour éviter les indus que les sommes non versées. L'un comme l'autre génèrent évidemment des charges pour la caisse puisqu'il faut recalculer la prestation et, soit recouvrer l'indu, soit payer un rappel. L'un comme l'autre alimentent le risque financier résiduel dont l'augmentation a justifié l'une des réserves de la Cour des comptes sur la certification des comptes de la branche. Mais surtout, l'un comme l'autre constituent une difficulté d'accès au droit, au « bon droit », pour l'allocataire.

Comme l'a démontré la CNAF, la croissance de ces indus et rappels n'est pas due à une augmentation des erreurs de liquidation (qui se sont stabilisées), ni davantage à une augmentation de la fraude, mais à l'effet mécanique de la réglementation sur les dates d'effet, conjugué à une instabilité croissante des situations pour les plus précaires. Ainsi, comme le notait l'IGAS et l'IGF en 2013[6], les 12 % de nos allocataires qui touchent 38 % des prestations que nous versons connaissent, en moyenne, 26 changements de situation par an. Aucun système administratif et réglementaire, aussi efficace soit-il, n'est capable de suivre, au jour le jour et même, au mois le mois, une telle variabilité des situations. C'est aussi un des axes de simplification que de sortir de cette course impossible.

L'accès aux droits peut aussi être limité par une interprétation trop restrictive, trop littérale de la réglementation que peuvent en donner les Caisses d'allocations familiales. D'où le **développement de la médiation**, pour permettre de gérer de façon non contentieuse les désaccords entre les allocataires et leurs caisses. Avec la médiation, l'accès au droit c'est aussi donner un visage plus humain à la sécurité sociale en ne se limitant pas à une stricte et bureaucratique application de la règle, mais en tenant compte des situations concrètes et en raisonnant en équité, en respectant, rigoureusement bien sûr, l'intention plus que la lettre.
Ce faisant, la médiation peut aussi mettre à jour des difficultés d'applications, voir des incohérences dans la réglementation, et déboucher sur des propositions d'adaptation, ou au moins, de simplification de la réglementation[7].

5 - En respectant bien entendu les normes en matières d'informatique et libertés (voir l'organisation de la banque carrefour de la sécurité sociale Belge : http/www.ksz-bcss.fgov.be/).

6 - Rapport IGAS-IGF - Juillet 2013 « Les indus de la branche famille »

7 - Comme le fait désormais tous les ans la MSA avec son rapport du médiateur. Voir le rapport annuel 2013 de la médiation administrative de la CNAF.

À travers ces différentes actions, on le voit, les difficultés d'accès aux droits relèvent de différentes causes : la non-connaissance des droits, la complexité des procédures, les difficultés d'accueil ou d'accompagnement. Le non recours aux droits peut aussi être plus ou moins volontaire, par crainte des effets de stigmatisation par exemple. On perçoit aussi que les **raisons profondes du non recours aux droits** ne sont pas toujours aussi bien connues que cela.

C'est la raison pour laquelle la Branche a établi un état des lieux des travaux conduits sur ce sujet[8], travaux pour lesquels elle avait été précurseur pour adapter mieux encore cette politique publique d'accès au droit et la compléter sur les zones d'ombre, de façon à éviter le « syndrome du lampadaire »[9] si courant en matière de sciences et de politiques sociales.

Le rendez-vous des droits, un vecteur innovant et privilégié de l'accès aux droits

Le rendez-vous des droits incarne une dynamique active de prévention et une offre de service qui renouvelle la détection des droits et le service à l'usager.
L'objectif est de permettre à chaque allocataire d'atteindre la plénitude de ses droits en fonction de sa situation en développant l'information et le conseil, en organisant une approche ciblée et des démarches pro-actives. Lors de cet entretien, la CAF fait le point avec l'allocataire sur sa situation globale au regard de l'ensemble des prestations légales et extra-légales servies par la CAF. C'est aussi l'occasion de lui délivrer une information et de l'orienter vers des services ou dispositifs gérés par des partenaires

En particulier, seront abordés les droits relatifs :

- aux prestations gérées par la branche Famille ;
- au FSL ;
- à la CMU-C et à l'ACS ;
- à l'ASS ;
- aux tarifs sociaux gaz - électricité.

Le rendez-vous des droits peut-être réalisé dans le cadre de :

- l'entretien individuel associé à l'instruction de la demande de RSA ;
- la mise en place des parcours spécifiques.

Un rendez-vous des droits sera proposé à une partie de ce public selon des critères résultant d'un diagnostic à partager avec les partenaires (autres caisses de sécurité sociale, conseil général, CCAS, etc.), et dans le cadre de la démarche qui sera impulsée par l'État à l'échelon départemental sur la mise en place d'une politique locale de lutte contre le non recours.

Toutefois, ces points d'entrée ne sont pas exclusifs. Ainsi, pourront également se voir proposer un rendez-vous des droits :

- des personnes adressées par un organisme partenaire ;
- des personnes dont le dossier complexe induit un traitement attentionné et une vision globale de leur situation (besoin d'expertise sur plusieurs prestations, multi contactants, etc.).

La Branche se voit ainsi dotée d'une méthodologie et d'un nouveau vecteur d'accès et de prospection des droits, de manière à pouvoir tenir l'objectif fixé dans la COG de 100 000 rendez-vous par an.

8 - Cf. ci-après l'article de Nadia KESTEMAN « le fondement des politiques d'accès aux droits dans la branche famille du régime général : le non-recours aux prestions ».

9 - Jean-Paul FITOUSSI. Le théorème du lampadaire. Les liens qui libèrent, 2014.

Le fondement des politiques d'accès aux droits dans la branche famille du régime général : le non-recours aux prestations

Par Nadia KESTEMAN,
Conseillère technique recherche à la Direction des Statistiques, des Études et de la Recherche de la Caisse nationale des allocations familiales

Nadia KESTEMAN est conseillère technique recherche à la Direction des Statistiques, des Études et de la Recherche de la Caisse nationale des allocations familiales.
Politiste et juriste, N. KESTEMAN est ancienne élève de l'EN3S (31e promotion).

Une préoccupation ancienne concernant l'accès aux droits

L'accès aux prestations sociales est un problème qui retient l'attention de la CNAF depuis le début des années 1970. Dès cette époque, l'accès aux prestations a donné lieu à des recherches, des enquêtes et à des mesures de gestion[1]. À ceci, deux motifs. D'une part, depuis l'après-guerre, l'importance financière des prestations versées par les CAF a fait de celles-ci une source de revenus cruciale pour les allocataires. Par ailleurs, depuis les années 1970-80, l'augmentation de la part des prestations sous conditions de ressources ou de comportement a rendu la perception effective des prestations plus complexe pour les allocataires et pour les publics potentiels[2]. Aujourd'hui, 83 % des allocataires perçoivent des prestations sous conditions de ressources et celles-ci représentent 64 % des prestations individuelles versées par les CAF contre 33 % en 1973. Plus récemment, le non-recours aux droits a pris une dimension nouvelle dans le débat public depuis que le Comité national d'évaluation du RSA a fait le constat d'un non recours massif au « RSA activité » (voir infra).

Expliquer et caractériser le non-recours

Un numéro de 1996 de la revue de la CNAF, Recherches et Prévisions (actuellement Politiques sociales et familiales), coordonné par Antoine MATH, de la CNAF et le chercheur néerlandais Wim VAN OORSCHOT, consacré au non-recours, a ouvert la voie aux travaux portant sur cette thématique en France[3]. L'intérêt porté à l'évaluation du non-recours est alors justifié par l'évaluation de l'efficience des politiques sociales, après la montée en charge du RMI. Dans cette continuité, la CNAF a soutenu, à partir des années 2000, l'équipe de Philippe WARIN (Sciences-Po Grenoble et MSH Rhône-Alpes) qui fonda l'Observatoire du Non-recours aux prestations et services (ODENORE).

1 - Les premières études CNAF relatives à l'accès aux prestations sont réalisées dès cette décennie : Antoinette CATRICE-LOREY, Rapports avec le public et politiques de gestion des caisses d'allocations familiales (1973) ; Jean-Luc OUTIN, Familles et Droits Sociaux - Les modalités d'accès aux prestations familiales (1979). Cette étude qualitative sur les logiques des usagers démontre la forte hétérogénéité des publics allocataires. En 1992, OUTIN et BARDAILLE approfondissent les analyses de comportement des allocataires et mettent en lumière une « logique de besoin » les caractérisant, face à la logique juridique des organismes.

2 - En 1972, l'Allocation de salaire unique est mise sous conditions de ressources ; des prestations pour les handicapés mineurs et majeurs sont créées (cette dernière allait être transformées en AAH en 1975, premier minimum social géré par les CAF) ; cette même année, les allocations de logement sont ouvertes aux handicapés, aux personnes âgées, aux jeunes travailleurs, et aux jeunes couples sans enfants.

3 - Les recherches sur le non-recours trouvent leur origine aux USA (années 1930), avant de gagner le Royaume-Uni dans les années 1960 et les Pays-Bas dans les années 1980.

Définir le non-recours

Antoine MATH et Wim VAN OORSCHOT définissent en 1996 le non-recours comme la situation rencontrée « lorsqu'une personne ne perçoit pas tout ou partie d'une prestation à laquelle elle a droit ». Il s'agit d'une traduction du concept anglo-saxon de non-take-up désignant « le phénomène qui advient lorsque des personnes ou des ménages ne perçoivent pas tout ou partie d'une prestation à laquelle ils ont droit, qu'elles qu'en soient les raisons »4. Le terme de « non-recours » a d'abord été limité au champ des prestations sociales puis fut importé par l'ODENORE dans d'autres domaines de l'action publique. Il n'existe pas de définition juridique du non-recours, qui relève du lexique des sciences politiques, économiques, et de la sociologie des organisations.

Décrire « les » non-recours aux prestations

Les premiers travaux classificatoires sont à l'initiative de la CNAF (MATH et VAN ORSCHOOT, 1996). Ceux-ci décrivent le non-recours primaire (l'usager n'a pas fait de demande), le non-recours secondaire (l'usager a fait une demande, mais elle n'a pas abouti), le non-recours partiel (la prestation est perçue à un montant inférieur à celui potentiellement dû), le non-recours total (la demande est faite, la prestation n'est pas servie).

Les catégories sont également construites selon la durée : MATH et VAN ORSCHOOT décrivent ainsi le non-recours temporaire (délai entre le moment où l'usager est éligible et celui où il demande la prestation), le non-recours permanent (délai entre le moment où l'usager devient éligible et celui où il ne l'est plus, la demande n'ayant pas été faite) et le non-recours frictionnel (délai entre le moment où la demande est faite et le moment où la prestation est effectivement perçue).

Ces catégories descriptives et classificatoires peuvent aussi être explicatives : ainsi, le non-recours secondaire ou partiel peut être une cause ultérieure de non-recours primaire, ou de non-recours temporaire ou permanent, l'usager anticipant un refus des droits plus faibles ou se mettant en position de retrait (« exit »)[5].

Notons que l'imputation de la cause du non-recours (usager et institution) n'est pas explicitée par ces typologies. Ainsi, une étude sur les rappels de prestations indiquait ainsi que les deux-tiers de celles-ci trouvaient leur origine dans un défaut d'information de la CAF de la part des allocataires ou d'un tiers (bailleur, Maison Départementale du Handicap). Plus précisément, la moitié des rappels (55 %) trouveraient leur origine, selon cette étude, dans une déclaration tardive de l'allocataire (EGLIN et KESTEMAN, 2005).

Les explications du non-recours

Les premières explications ont donc été conçues à partir du comportement des individus. Il s'agissait de prendre en compte l'hétérogénéité des publics ainsi que l'accroissement du nombre d'usagers dits à faible autonomie administrative dont une enquête de la CNAF a décrit les caractéristiques,

4 Le terme de « non-accès aux droits » a récemment fait son apparition, notamment dans le rapport d'Aline ARCHIMBAUD (2013) sur l'accès aux droits des personnes démunies. Ce terme reflète une acception plus large et non-responsabilisante du phénomène.

5 Voir les résultats présentés dans baromètre du non-recours à Grenoble d'ODENORE, voir infra.

les problèmes d'accès aux droits, et les questions posées par ceux-ci à l'organisation des CAF (CAIZZI et al., 1997)[6].

Ces explications reposant sur le comportement des individus distinguent schématiquement les non recourants volontaires et involontaires. Wim VAN OORSCHOT (1996) décrit la combinaison d'une logique de seuil suivie d'une logique d'arbitrage. Dans un premier temps, le recours suppose un seuil minimal de connaissance de l'existence de la prestation. Il suppose également de ne pas rencontrer un des freins « fondamentaux » au recours que sont : ne pas s'estimer éligible, avoir une réticence totale à l'idée de demander une prestation, ne ressentir aucun besoin, être dans une situation très instable, ne donnant que peu de visibilité sur l'avenir. Dans ce cadre, le non recours n'est pas le fruit d'un choix : il s'agit d'une « non décision ». Dans un second temps, le non recours s'analyse comme un arbitrage entre des facteurs inhibant et des facteurs stimulant la demande de la prestation. Les termes de cet arbitrage peuvent être le niveau de besoin ressenti, le niveau de certitude quant à son éligibilité, l'utilité de la prestation, son montant, etc. Dans ce cadre, le non recours est le fruit d'un processus de décision plus ou moins construit par l'usager (DOMINGO et PUCCI, 2013).

Dans ce contexte, les non-recourants volontaires « actifs » sont surtout portés par des principes, valeurs, et/ou prises de décision rationnellement construits (arbitrage complexité/valeurs/gains). Parmi eux, des personnes qui considèrent les prestations sociales comme une forme d'assistanat ou de charité et préfèrent « se débrouiller » seules ou considèrent comme « honteux » d'aller demander leur dû. Ceci rejoint le non-recours dû à la crainte de la stigmatisation liée à une prestation ciblée. Il semble (voir infra) que le non-recours par principe soit un motif non négligeable de non-recours au RSA.

Le non-recours volontaire passif, mis en lumière par VAN ORSCHOOT (1996) concerne essentiellement de personnes rebutées par les démarches administratives. Cette dernière attitude concerne majoritairement des exclus ou des précaires. La médiation sociale est donc primordiale pour améliorer leur accès aux prestations.

Plus récemment un non-recours par « non envie » a été distingué[7]. Cette notion à vocation heuristique a pour objectif de questionner les explications par le non-recours volontaire et, plus largement, de permettre un questionnement de l'offre publique de services. Elle devrait permettre aux chercheurs, aux politiques et aux gestionnaires, d'intégrer le constat que même bien ciblée, même aisée d'accès, une prestation ou un service peut ne pas être souhaité.

S'agissant des non-recourants « involontaires », on distingue deux catégories. En premier lieu, le non-recours involontaire passif qui concerne des personnes qui se désintéressent de leurs droits et qui ne recherchent pas d'informations. Elles peuvent être intégrées ou exclues. Il existe en fait un chevauchement entre non-recours volontaire et involontaire lorsqu'on parle de non-recours « passif ». Ce non-recours est donc, selon le cas, soit involontaire par ignorance, difficulté d'intégration et de compréhension, soit volontaire par refus du système ou lassitude devant les difficultés à faire valoir ses droits. Ainsi, une étude sur les liens entre capacités de mobilité géographique et accès aux droits des familles monoparentales démontre que les familles interrogées ont majoritairement des droits ouverts à la tarification solidarité transports, ce qui interroge d'autres freins

6 Les usagers « à faible autonomie administrative » sont en nombre grandissant : en 2012, sur une échelle de compétence croissante allant de 0 à 5, 21,5 % des 16-65 ans sont classés dans les groupes de niveau 0 et 1. Ces résultats classent la France en 22e place sur 24 parmi les pays de l'OCDE. Dans le domaine des chiffres, 28 % des 16-25 ans ont un faible niveau de compétences (Source : enquête PIAAC, OCDE, Perspectives de l'OCDE sur les compétences 2013, France - Note Pays - Évaluation des compétences des adultes - Premiers résultats, 2013 ; Nicolas JONAS, Les capacités des adultes à maîtriser des informations écrites ou chiffrées. Résultats de l'enquête PIAAC 2012, Insee Première, n° 1467, 2013). Ces résultats sont, en ce qui concerne l'écrit, la lecture, et la compréhension orale, aggravés en Ile-de-France en raison de la proportion importante de personnes nées à l'étranger (enquête Information et Vie Quotidienne, 2011, Insee Ile-de-France, Les difficultés face à l'écrit, Regards sur, décembre 2013).

7 ODENORE (WARIN, 2011).

potentiels à leur mobilité, et débouche sur l'approfondissement de la question des ressources et des compétences sociales. Le délitement des liens sociaux, le repli sur la sphère familiale apparaissent comme des motifs d'immobilité et de désinvestissement des ménages vis-à-vis de l'offre de services et prestations. Non seulement la perte d'activité professionnelle réduit les occasions de sortie du domicile ou du quartier de résidence, mais elle accentue également l'affaiblissement des liens sociaux, alimentant ainsi le processus de désaffiliation, c'est-à-dire de déficit d'inscription dans des formes collectives de protection, en particulier la protection issue des collectifs de travail (MAZÉ, 2013). En second lieu, le non-recours involontaire par erreur d'appréciation sur son éligibilité caractérisé par le mauvais ciblage de la prestation, la lassitude, l'ignorance totale (information déficiente sur la prestation) et bien sûr, l'erreur d'appréciation sur l'éligibilité (information déficiente ou calcul erroné, dit « quasi-non recours »).

Des travaux plus récents combinent logique de l'usager et logique des institutions et prestations dans les explications du non recours. Ainsi, le Secrétariat Général pour la Modernisation de l'Action Publique (SGMAP) a suivi une expérimentation préfigurant les rendez-vous des droits inscrits dans la COG CNAF 2013-2017, menée en Loire-Atlantique et en Seine-et-Marne identifie huit « trappes à non-recours ». La notion de « trappe » vise à cerner les grands types d'explications au non-recours : mauvaise image, manque d'information, absence de pro-activité, éligibilité non-perçue, déficit de médiation, complexité, rupture de processus d'instruction, et intérêt faible/concurrence d'une autre prestation. L'originalité de leur approche est également d'avoir identifié ces trappes, pour chaque prestation suivie (RSA socle et activité, et aides au logement, pour les prestations de la branche Famille) durant le parcours d'accès à ces prestations.

L'étude du SGMAP menée en 2012-2013 pour la ministre de la famille éclaire, par ailleurs, un certain nombre de profils de non-recourants, sous forme de cas-type à visée explicative. Ces cas-type incarnent les catégories plus théoriques de non-recours mises en lumière par les études précédemment citées. Le SGMAP distingue ainsi le non-recourant par choix, notamment par refus de l'assistanat ; le non-recourant traumatisé, suite à une précédente expérience inaboutie ; le non-recourant abandonniste avec d'un côté, celui qui abandonne en cours de demande face à la complexité et de l'autre, celui qui ne renouvelle pas sa demande d'aide en raison de son parcours de vie ; le non-recourant par manque d'informations, dont la problématique principale est l'accès à l'information ; et enfin le non-recourant non concerné, qui se met de lui-même en retrait des aides. Plus précisément, le SGMAP propose huit causes de « trappes à non recours » : la mauvaise image de la prestation, le manque d'information sur celle-ci, l'absence de pro-activité de la part de l'usager, l'éligibilité inconnue, un déficit de médiation et d'accompagnement, la complexité de la prestation, la rupture de processus d'instruction et enfin, un faible intérêt pour la prestation ou sa concurrence avec d'autres.

Mesurer le non-recours

La mesure du non-recours (ou de l'accès aux prestations) est, par construction, difficile. En effet, le public cible peut ne pas être accessible à la quantification statistique, ni à la connaissance qualitative, même si cette connaissance s'est largement améliorée avec la création de fichiers interconnectés. Quelle que soit la difficulté, l'enjeu de cette mesure est crucial, puisque l'accès aux prestations des publics visés par les politiques sociales, détermine, en partie, l'efficacité de celles-ci et donc leur pertinence.

Quel périmètre mesurer ?

Le type de non-recours le plus facile à évaluer est le non-recours des usagers déjà allocataires ou connus des services des CAF car anciens allocataires (immatriculés). Le non-recours des usagers non immatriculés dans les CAF est en revanche plus difficile à appréhender. Grâce aux échanges d'informations avec les partenaires, ce non-recours est cependant devenu en partie évaluable, voire cernable. Il reste que les évaluations réalisées jusqu'à présent ont le plus souvent porté sur les personnes déjà allocataires d'une prestation CAF, ou à tout le moins immatriculées.

L'ODENORE a proposé un approfondissement critique de cette approche de la mesure du non-recours basée sur la connaissance du public potentiel. Certes, note Ph. WARIN, les prestations sociales se prêtent mieux à une telle mesure car leur public potentiel est au moins évalué au moment de la mise en place de la prestation. Plusieurs questions méthodologiques concernant la mesure du non-recours sont ainsi posées.

Ainsi, constate Ph. WARIN, ce n'est pas parce qu'un chiffrage n'est pas possible que la question disparaît. La question de l'accès aux crèches municipales en est un exemple. En raison du faible nombre de places, il existe un non-recours par passivité, un « quasi-non-recours » (méconnaissance de son éligibilité) ou une abstention, du fait que des parents peuvent ne pas formuler de demande, anticipant un refus[8]. Les effets de la faiblesse de l'offre sur les phénomènes de quasi-non-recours et de non-recours « volontaire » mériteraient donc d'être évalués.

Comment mesurer ?

Ph. WARIN constate également que la complexité du droit a multiplié les cas de perte rapide d'éligibilité (cas du RSA et de ses droits connexes, voir infra) qui, bien que ne relevant pas du non-recours au sens strict, aboutissent à en créer en favorisant le non-recours par lassitude, incompréhension, passivité, voire refus (« non-envie »). L'instabilité croissante de l'éligibilité aux prestations, liées aux conditions d'ouverture de droits de plus en plus ciblés, complexes, et limités dans le temps, pose donc des questions méthodologiques difficilement solvables pour la mesure des taux de non-recours, note Benjamin VIAL[9]. Ceci questionne la pertinence de quantifier le non-recours à un instant précis. Pour répondre à cette question, la CNAF utilise depuis peu son panel d'allocataires, permettant une approche longitudinale des situations des mêmes allocataires dans le temps (FERNANDEZ, 2012 ; voir infra). Cette méthode est également utilisée par la DREES depuis 2002, pour cerner les trajectoires dans les dispositifs de minima sociaux (LABARTHE et LELIÈVRE, 2013, à partir de l'échantillon inter-régimes des bénéficiaires de minima sociaux).

Les évaluations par prestations

Les évaluations des prestations servies par les CAF sont essentiellement quantitatives. De plus rares, notamment sur les aides aux vacances, sont qualitatives. Les premières donnent à cette occasion des informations sur les caractéristiques socio-démographiques relatives aux catégories de ménages concernés, les secondes sur les motivations de ces derniers.

8 Ph. WARIN, Le non-recours : définition et typologies, Documents de travail ODENORE, n°1, 2010

9 Benjamin VIAL, Mesurer le non-recours : problème politique et question scientifique, mémoire de stage de master spécialisé, Sciences-Po Grenoble, 2010

Les prestations familiales

Les premières évaluations ont concerné, dès les années 1980, l'allocation de soutien familial.

En ce qui concerne l'allocation de soutien familial non recouvrable (alors encore dénommée allocation d'orphelin : CERC, 1983-1984), une enquête auprès de veuves, sept et dix-huit mois après le décès du conjoint, âgées de moins de 60 ans et ayant charge d'enfants, estimait à 20 % les bénéficiaires potentiels de l'allocation d'orphelin qui ne la percevaient pas, alors même qu'il n'y a pas de recouvrement des pensions (père décédé) et pas de conditions de ressources.

Lors du remplacement de l'allocation d'orphelin par l'allocation de soutien familial, une étude de la CNAF (E. RENAUDAT, 1985) évalua l'accès à la prestation recouvrable sur pension d'entretien des enfants (allocation de soutien familial recouvrable) au sein du public potentiel, à 50 %, en raison d'une part, de la montée en charge de la nouvelle prestation et d'autre part, de la spécificité de celle-ci, qui implique de faire une démarche contentieuse auprès du père débiteur. En outre, parmi ceux qui percevaient la prestation, seul un tiers des allocataires avait demandé la prestation avec moins de six mois de retard, alors que 27 % l'avaient fait avec plus de deux ans de retard.

Plus récemment, l'usage du panel d'allocataires de la CNAF a permis de démontrer que 12 % des allocataires de l'ASF sortaient du dispositif au bout de quatre mois, l'allocation étant, après cette période, soumise à la condition d'engager une démarche judiciaire ou amiable afin de faire fixer une pension d'entretien pour les enfants à charge de l'allocataire (FERNANDEZ, 2012).

Enfin, une étude qualitative menée pour la CNAF a également porté sur le taux de non recours des allocataires de l'ASF, suite notamment, à la réforme de cette prestation, dont le montant est désormais imputé sur celui du RSA éventuellement perçu (ARISTAT, 2014). Cette étude, menée auprès de 46 allocataires ou ex-allocataires de l'ASF dans quatre CAF, dresse quatre portrait-type explicatifs du non-recours, distinguant les allocataires non-recourants faute de démarches entamées (cette absence de démarches étant généralement due à un parcours de vie difficile dans lequel l'accès à cette prestation n'est pas perçue comme prioritaire), les non-recourants par non engagement des démarches visant à faire fixer une pension pour les enfants à charge, impliquant la perte de la prestation au bout de quatre mois, ceux ne maîtrisant pas les démarches administratives et ceux n'ayant pas fourni les pièces justificatives nécessaires. Ces cas-types ne sont pas exclusifs les uns des autres et plusieurs explications peuvent correspondre au même allocataire. L'étude signale que la complexité de l'ASF recouvrable ne permet pas systématiquement aux allocataires d'obtenir des informations exactes, notamment de la part des travailleurs sociaux non CAF, mais également d'agents d'accueil CAF non spécialisés dans cette prestation, et que les délais laissés aux allocataires pour engager les démarches sont également l'une des causes d'un non-recours temporaire ou total ; enfin, les pièces justificatives demandées, émanant de la justice, sont parfois difficiles à réunir pour les allocataires, malgré la présence d'avocats.

La montée en charge des différentes modalités de l'allocation parentale d'éducation a également donné lieu à des évaluations portant sur son accès. Une étude (E. RENAUDAT, 1986) réalisée auprès de 3 600 familles éligibles, concluait à un taux de non-recours (sans distinction entre les types de non-recours) d'un tiers des enquêtés. Une enquête d'Anne REINSTADLER (1999) réalisée par questionnaire sur 713 familles potentiellement éligibles de Meurthe-et-Moselle conclut à un taux

de non-recours complet de 10 %. Cette étude décrivait pour la première fois le phénomène de « quasi-non-recours » (voir supra) qui s'élevait alors à 9 % des bénéficiaires potentiels.

Les aides au logement

L'aide au logement familial (1982) a fait l'objet d'une enquête interne portant sur 2 % du fichier national des allocataires. Une prospection systématique des droits à l'ALF auprès de 60 000 allocataires des CAF évaluait à 8 à 12 % des allocataires ceux qui ne la perçoivent pas alors qu'ils y sont éligibles. Contrairement à ce que l'on attendait, il ne s'agissait pas de familles dont les revenus frôlaient le plafond d'éligibilité à l'allocation.

Concernant l'aide au logement social, une enquête démontrait en 1995 que sur 754 personnes en « présomption de pauvreté » (i.e. détectées comme pauvres par leurs revenus) potentiellement éligibles à l'ALS, 62 % n'avaient pas fait de demande (CERC, 1995).

S'agissant des aides personnelles au logement, une étude effectuée à la demande de la Cour des Comptes sur un échantillon de 669 allocataires ayant au moins un enfant à charge, (SIMON, 2000) a rendu compte d'un taux de non-recours de moins de 5 %. Les accédants à la propriété étaient dix fois plus souvent dans une telle situation. La méconnaissance de l'évolution de leur éligibilité dans la durée (après un premier refus de prestations dû à l'année de calcul de leur revenu) semblait une des causes principales de non-recours. L'étude du SGMAP, citée plus haut, signale strictement les mêmes causes et les mêmes usagers.

Les minima sociaux

Le non-recours aux minima sociaux est un problème à la fois crucial et complexe. Crucial car ces prestations sont destinées à des ménages pour qui elles représentent un filet de sécurité vital. Complexe, car ces ménages sont bien souvent les moins capables de faire valoir leurs droits, en raison de leur situation personnelle (maladie, rupture de parcours, absence de domicile, faible « autonomie administrative », mauvaise image personnelle des minima sociaux, personnes inconnues des CAF) et en raison de conditions d'ouverture des droits peu compréhensibles, fluctuantes dans le temps et impliquant parfois d'autres institutions. Ces aspects spécifiques à l'accès aux droits des plus démunis ont fait l'objet, depuis la création du RMI, de rapports (Geneviève de GAULLE-ANTONIOZ, CESE, 1995 ; Marie-Thérèse JOIN-LAMBERT, 1998) et d'une loi d'orientation (loi d'orientation relative à la lutte contre l'exclusion du 29 juillet 1998), laquelle continue à guider l'action publique en matière d'accès aux droits des ménages en situation de précarité.

L'Allocation adulte handicapé

Dans le cadre de la COG 2001-2004 (chantier 7 sur l'accès aux droits), une expérimentation fut menée par trois CAF concernant les bénéficiaires de l'AAH non titulaires d'une carte d'invalidité ; or, celle-ci leur octroie un abattement sur leurs revenus. Environ un tiers des allocataires enquêtés ne bénéficiaient pas, de ce fait, de la totalité des prestations auxquelles ils pouvaient prétendre. Ils ont ainsi bénéficié d'un rappel de prestations, notamment en allocations logement.

Le Revenu Minimum d'Insertion

En 1995, une enquête du Conseil économique et social auprès de 754 personnes en « présomption de pauvreté » démontrait qu'une personne sur quatre potentiellement éligibles déclarait ne pas toucher le RMI[10]. À cette

10 Conseil économique et social, La grande pauvreté: évaluation des politiques publiques de lutte contre la grande pauvreté, Paris, Journaux officiels, 1995.

époque, le déficit d'information est encore une des causes principales du non recours au RMI. L'enquête estimait que plus d'un tiers des allocataires entrant en 1995 disaient avoir antérieurement ignoré, parfois pendant plus de six mois, qu'ils étaient éligibles (LEGROS et SIMON, 1995).

Une étude portant, à partir du panel européen des ménages, sur un panel de ménages potentiellement éligibles entre 1994 et 1996 a évalué le non-recours au RMI et à l'allocation de parent isolé à une moyenne de 35 %. La distinction entre couples sans enfants (taux de non-recours de 64 %), isolés sans enfants (non-recours de 37 %), isolées et couples avec enfants de moins de trois ans (pas de non-recours), isolés et couples avec enfants de plus de trois ans (taux de non recours de 16 % pour les isolés et de 34 % pour les couples) est l'un des apports de cette étude, ces distinctions s'étant avérées persistantes avec le temps (TERRACOL, 2001) et encore vérifiées avec les aides connexes au RMI et le RSA socle (voir infra).

Une enquête sur le RMI perçu par les « sans domicile fixe » (exploitation de l'enquête INSEE auprès des sans domicile usagers des services d'hébergement et de distribution de repas chauds) estimait que 5 à 15 % des allocataires potentiels vivant seuls ne percevaient pas le RMI. Il s'agissait essentiellement d'hommes en situation de plus grande précarité résidentielle que les autres « sans domicile » (AVENEL, DAMON, 2003).

Concernant les droits et aides connexes au RMI auprès des jeunes de 25 à 34 ans, une enquête auprès de 1 526 bénéficiaires du RMI réalisée dans l'Isère (NGUYEN, 2007) estime que 50 % des réponses renvoient à une non connaissance et donc un non bénéfice de ces droits et aides, et parmi les 50 % restant, une partie (20 % du total des réponses) renvoie à un non bénéfice en connaissance de cause (réelle ou supposée). Restent 30 % qui bénéficient donc de ces droits connexes. Les femmes, les personnes en couple et surtout chargées de famille, celles ne vivant pas dans l'agglomération grenobloise, semblent mieux bénéficier de ces dispositifs. Les plus diplômés se démarquent par un non-recours volontaire plus important, de même que par une autolimitation (auto-exclusion de la mesure, calcul coût/avantage, risque anticipé de stigmatisation).

Le revenu de solidarité active

Avec la création du RSA en 2009, fusionnant le RMI et l'API dans le RSA socle, et rendant permanent l'intéressement à la reprise d'emploi (création du RSA activité), le suivi de la montée en charge et l'évaluation de ce dispositif dans le cadre d'un comité national d'évaluation du RSA a mis en lumière un phénomène important de non-recours, notamment au RSA activité. Un premier travail fut conduit en 2010, sur cette dernière prestation. Une étude approfondie par questionnaire téléphonique auprès des allocataires potentiels du RSA activité de la CAF de Bordeaux (OKBANI, 2012) dresse un tableau très complet des causes diverses du non-recours au RSA activité. Réalisé en période de montée en charge de la prestation, les causes du non-recours détectées dans l'étude ont été corroborées par d'autres études nationales (voir infra). Nadia OKBANI distingue trois grands types de non-recours : non-recours lié au dispositif (prestation syncrétique, instabilité du dispositif, …), le non-recours lié à l'institution (choix de la politique de communication, spécificités territoriales) et le non-recours lié à l'usager. Cette étude permet d'interroger la gouvernance d'un dispositif dans le phénomène du non-recours. Les caractéristiques socioéconomiques du territoire influent sur la proportion de non-recours, mais également l'accessibilité des CAF, l'existence de structures d'intervention sociales, etc.
Dans le cadre du comité national d'évaluation du RSA, la DARES a conduit une enquête téléphonique auprès de 15 000 ménages et une enquête en face à face auprès de 3 300 ménages. La CNAF en a

réalisé une exploitation spécifique afin de mieux comprendre les ressorts du non-recours au RSA socle et activité. Fin 2010, plus d'un tiers des éligibles RSA socle seul et au RSA socle et activité ne recouraient pas à la prestation. Plus des deux tiers des éligibles au RSA activité seul étaient en situation de non-recours. Parmi les foyers éligibles, le non-recours concerne davantage les couples, les hommes seuls et les foyers sans enfant. Il est aussi le fait des moins pauvres d'entre eux, plus proches du marché du travail et aux conditions de vie les moins dégradées. Un peu plus d'un quart des non-recourants interrogés n'avaient pas fait valoir leurs droits pour une raison de principe, ne souhaitant pas « dépendre de l'aide sociale, devoir quelque chose à l'État » (DOMINGO PUCCI, 2012).

Pour comprendre le non-recours au RSA socle et activité, l'étude longitudinale menée par la CNAF sur les fluctuations des droits à partir du panel d'allocataires Paname décrit la forte volatilité des droits des allocataires du RSA, qui pourrait constituer un élément explicatif de ce fort taux de non-recours. En effet, en décembre 2010, ceux qui étaient au RSA socle onze mois plus tôt, sont pour 69 % d'entre eux encore au RSA socle seul, 6 % au RSA socle et activité, 7 % au RSA activité seul et 18 % n'ont plus de droit payable. Pour ceux qui, en janvier 2010, percevaient le RSA socle et activité, 38 % sont encore au RSA socle et activité onze mois plus tard, 22 % perçoivent le RSA socle seul, 17 % le RSA activité seul, et 23 % sont sortis du dispositif. Enfin, pour les allocataires du RSA activité seul en janvier 2010, 46 % sont encore titulaires du RSA activité seul, 7 % du RSA socle seul, 5 % du RSA socle et activité, et 42 % ne sont plus bénéficiaires du RSA en décembre 2010. En onze mois, la moitié des personnes bénéficiaires du RSA sous l'une ou plusieurs de ses modalités a donc connu au moins une transition, dont 23 % en entrée ou sortie du dispositif. 73 % d'entre eux ont connu une ou plusieurs variations du montant du RSA (DOMINGO et FERNANDEZ, 2013).

Enfin, dans le cadre du plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté et l'exclusion, le SGMAP a réalisé une recherche expérimentale portant sur la lutte contre le non recours, en Seine-et-Marne et Loire-Atlantique. Les travaux ont eu lieu d'octobre 2012 à novembre 2013. Le SGMAP a évalué les causes de non recours à certaines prestations servies par les CAF (voir supra), dont le RSA. Ces causes confortent celles précédemment citées et notamment, la mauvaise image du RSA, le manque d'information, le « quasi-non recours » (éligibilité inconnue) due à la confusion RSA socle/activité/majoré et au lien avec l'ASF, la complexité de la prestation et l'incapacité à prévoir son budget (risque d'indus), doublés d'un faible intérêt pour la prestation et de la concurrence de la prime pour l'emploi (RSA activité). Ces travaux montrent notamment, au travers d'ordinogrammes retraçant le parcours d'allocataires RSA, et pour différentes configurations de celui-ci, la complexité des démarches à effectuer, les changements de droits ouverts au cours d'une année, ainsi que leurs causes réglementaires.

Les aides financières individuelles

La question du non-recours aux prestations des CAF n'a pas été étudiée que pour les prestations légales. L'action sociale des CAF a également été étudiée.

Le non-recours aux aides aux vacances familiales est évalué régulièrement par l'association des CAF « VACAF ». En 2011, 58 % des familles bénéficiaires potentiels de l'Aide aux vacances familiales non utilisatrices partent rarement ou jamais. 79 % de ces familles n'ont pas utilisé l'aide aux vacances les années précédentes. Sur 3 444 répondants non-recourants, il apparaît que ceux-ci sont moins souvent titulaires d'un revenu d'activité que les recourants et que, lorsqu'ils travaillent, leur revenu est inférieur aux recourants. Ils sont également plus souvent bénéficiaires de minima sociaux. Les motifs invoqués pour ne pas utiliser l'aide aux vacances sont la faiblesse des revenus pour 64 % des familles et pour 20 %, des difficultés à s'organiser. Par ailleurs, 43 % des non-recourants considèrent ne pas avoir eu une information suffisante. Parmi les 33 % de familles non-recourantes parties cependant en vacances sans l'aide de la CAF, 61 % sont parties dans la famille ou à l'étranger. Les résultats montrent que l'aide aux vacances proposées par les CAF ne correspond pas pleinement à leurs besoins.

Le non-recours aux aides au temps libre en Martinique, 2013 (aides aux vacances en familles et journées de loisirs collectifs de mineurs, étude quantitative et qualitative - THIROT, 2013). Avec des taux de non-recours beaucoup plus importants, les conclusions sont relativement similaires à celles de l'étude VACAF mais du fait de la méthode utilisée, les motifs de non-recours sont plus détaillés. Le taux de non-recours en 2012 est de 88 % (contre 82 % en 2009). Les allocataires « non informés » (prix, lieux d'organisation, contenus) sont majoritaires. Les allocataires potentiels se partagent équitablement en intéressés et non intéressés. Près des deux tiers de ces derniers allocataires habitent la campagne. Soit les familles privilégient les vacances dans la famille ou préfèrent renoncer aux aides pour choisir leur destination. Soit elles anticipent un prix élevé et s'organisent autrement, pensant ne pas pouvoir assumer une dépense onéreuse compte tenu de leur budget. Les familles se déclarant intéressées par l'offre expliquent leur non-utilisation par un manque de connaissances et de moyens financiers (cela concerne la moitié des allocataires bénéficiaires d'un minimum social).

Conclusion

L'apparition de nouveaux publics, due au contexte économique dégradé et à une faible « autonomie administrative » renaissante, relance la question du rôle des médiateurs (travailleurs sociaux, agents spécialisés), à une heure où la tendance est à la rationalisation des moyens d'accueil et de contacts. Des études sur les agents d'intermédiation sont donc souhaitables. La simplification des démarches, des procédures et la lisibilité des prestations (subsidiarité, complémentarité, volatilité), mises en lumière par les études précitées, nécessitent sans doute des études d'organisation, relevant de la lutte contre le non recours plus que de sa description.

Bibliographie

- AVENEL M., DAMON J., « Les contacts avec les intervenants sociaux des sans-domicile usagers des services d'hébergement et de distribution de repas chauds », Études et Résultats, n° 277, 2003.
- CAIZZI A, QUIROGA A., RIONDEL J.-F., « Une enquête sur les usagers des CAF dit 'à faible niveau d'autonomie administrative' », Recherches et Prévisions, n°50-51, 1997
- CHAUVEAUD C., MAZET P., WARIN P., « Retour d'expérience sur le Baromètre du non-recours », rapport final, 2013.
- De GAULLE-ANTONIOZ Geneviève, rapport pour le Conseil économique et social, La grande pauvreté : évaluation des politiques publiques de lutte contre la grande pauvreté, Paris, Journaux officiels, 1995.
- DOMINGO P., PUCCI M., « Les non-recourants au Rsa », L'Essentiel, n°124, 2012.
- DOMINGO P., FERNANDEZ V., « Les trajectoires de perception du RSA », Politiques sociales et familiales, n°113, septembre 2013
- EGLIN E., KESTEMAN N., « Les rappels de prestations versés par les CAF », L'Essentiel, n°37, 2005
- FERNANDEZ V., Paname, le panel des allocataires des CAF : un nouvel outil d'études et d'analyses, Dossier d'Études CNAF, n°155, 2012
- Gilles M.-O., LEGROS M., 1995, Politiques sociales : l'épreuve de la pauvreté : enquête approfondie auprès de 754 personnes en situation de pauvreté réalisée pour le Conseil économique et social dans le cadre d'un programme d'évaluation des politiques de lutte contre la grande pauvreté, CREDOC

- JOIN-LAMBERT M.-T., 1998
- LABARTHE J. et LELIÈVRE M., 2013, Minima sociaux et prestations sociales. Ménages aux revenus modestes et redistribution, DREES, collection études et statistiques.
- Simon M.-O., Le Non-recours aux aides personnelles au logement, enquête exploratoire sur la CAF du Havre, Dossier d'études CNAF n°12, 2000.
- MATH A. et W. VAN ORSCHOOT, « La question du non-recours aux prestations sociales », Recherches et Prévisions (ex-Politiques Sociales et Familiales), n°43, 1996.
- MAZÉ A., « De la distance géographique à la distance sociale : la question de la mobilité dans les parcours d'accès aux droits sociaux des familles monoparentales », master 2 Politiques publiques et changement social, Sciences-Po Grenoble, 2013.
- MAZET P., « La non demande de droits : prêtons l'oreille à l'inaudible », La Vie des Idées.fr, 1er juin 2010.
- NGUYEN H., « Les droits et aides connexes au RMI », mémoire de master 2 Politiques Publiques et Changement Social, Sciences-Po Grenoble, 2007.
- OKBANI N., Le non-recours au RSA activité. Étude exploratoire en Gironde, Dossier d'étude, n°164, 2013.
- REINSTADLER A., Le non-recours à l'APE. Analyse micro-économique, Dossier d'Étude CNAF, n° 2, 1999.
- RENAUDAT E., « Les bénéficiaires potentiels de l'ancienne allocation parentale d'éducation », Dossiers CAF, n°4, 1986
- TERRACOL A., 2001, « Coûts de perception et taux de non-recours aux minima sociaux en France », in Les Cahiers de la MSE, série blanche, numéro 2002.07.
- THIROT M., Le non-recours aux aides aux temps libres en Martinique, ODENORE, Document de travail n°16, mai 2013
- WARIN P., « Le non-recours aux droits comme question publique : innovations dans la production des politiques sociales », communication, Congrès Association Française de Sociologie, 2011.
- WARIN P., « Mieux informer les publics vulnérables pour éviter le non-recours », Informations sociales, n°178, juillet-août 2013.

PLANIR, une démarche concrète de l'Assurance Maladie pour favoriser l'accès aux droits et aux soins et mieux accompagner les situations à risques

Christian FATOUX,
Directeur de la CPAM du Gard, Co-pilote de la Mission du Comité national de gestion consacrée au thème « Assurance Maladie et Vulnérabilités »

Charles SERRANO,
Directeur de la CPAM du Hainaut, Co-pilote de la Mission du Comité National de Gestion consacrée au thème « Assurance Maladie et Vulnérabilités »

Vincent MAGINOT,
Directeur de la CPAM de Cahors, ancien responsable du Département Organisation et Marketing à la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS).

Jean Yves CASANO
Directeur de la CPAM de la Somme depuis le 1er janvier 2013. Il exerçait précédemment les fonctions de Directeur de l'organisation, de la relation client et de la qualité à la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS).

PLANIR (Plan Local d'Accompagnement du Non Recours, des Incompréhensions, des Ruptures) est le produit d'une rencontre, en mai 2012, entre deux CPAM, celles du Gard et du Hainaut, qui, aux deux extrémités de la France, sont confrontées à des problématiques sociales très comparables et dont les indicateurs de vulnérabilité sont dans le rouge (chômage, niveau de formation, taux de la population bénéficiaire de minimas sociaux, …). Elles partagent leurs constats et leurs analyses et suggèrent la création d'une Mission Nationale alors intitulée « Assurance maladie et publics fragiles » ; c'est aussi une rencontre avec la Direction du Réseau de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie qui, par sa présence contributive tout au long de la Mission, par son soutien permanent, marquera sa volonté de voir aboutir des propositions concrètes ; rencontre enfin, quelques semaines plus tard, au sein du groupe de travail constitué dès l'été 2012, avec des dirigeants d'organismes, du réseau médical et du service social.

P.L.A.N.I.R. est aussi l'histoire d'une réflexion collective qui s'est développée sur une période de quatorze mois et qui a pris du contenu, du sens, de la densité grâce à une méthodologie basée sur la « preuve par expérimentations » menées sur le terrain par les organismes du groupe de travail.

I- PLANIR, une nécessité

Le lancement de la démarche PLANIR, en 2012, résulte en partie d'un concours de circonstances, produit du hasard que constitue une rencontre à un moment donné de femmes et d'hommes animés de convictions communes autour des missions de l'assureur solidaire en santé.

Mais PLANIR correspondait avant tout à une nécessité inéluctable, si l'Assurance Maladie ne voulait pas qu'un fossé se creuse entre une partie de ses publics et l'image qu'elle véhicule, si elle demeurait attachée à sa mission de service public « pilier de la cohésion sociale », acteur de la lutte contre les inégalités sociales, défenseur de l'égalité des chances devant la maladie et la mort.

Dans un contexte où les difficultés économiques et sociales s'installaient durablement en France, la question « À qui bénéficie le remarquable effort de modernisation consenti par l'Institution au cours de la dernière décennie ? » ne manquerait pas d'être posée, d'autant plus qu'était annoncée pour fin 2012, la Conférence nationale contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale, annonciatrice des mesures gouvernementales à venir, qui interpelleraient inévitablement les organismes de protection sociale. Et puis l'heure du grand rendez-vous du bilan de la COG et de la négociation de la suivante s'approchait, aussi la Mission avait-elle reçu comme directive d'alimenter la réflexion de la branche.

Il y avait donc bien nécessité de donner une traduction concrète aux orientations de la COG 2010/2013, par lesquels l'Assurance Maladie s'engageait à « garantir à tous l'accès à des soins de qualité, et à réduire les inégalités de santé », notamment en facilitant l'accès à la CMU-C et à l'Aide à la Complémentaire Santé (ACS). Cette dernière prestation devenait alors un cas d'école en matière de non recours aux droits et illustrait bien l'urgence de repenser les modalités selon lesquels était produit le service.

II- PLANIR, une démarche s'inscrivant en continuité avec les efforts déployés depuis de nombreuses années

Ces efforts ont permis à l'Assurance Maladie de maîtriser globalement ses flux, (traitement des dossiers, flux de contacts), de s'engager dans une démarche d'optimisation de l'usage de ses différents canaux de contacts, de réussir la révolution des services en ligne, de rattraper son retard dans la dématérialisation des pièces justificatives, de mettre en œuvre une gestion des droits visant à laisser le moins possible d'assurés sans droits, de mettre sous contrôle ses processus dans le cadre de la certification ISO 9000. C'est bien la maîtrise du métier de base, par l'industrialisation des activités, dont l'ensemble des assurés a bénéficié, qui a rendu possible une nouvelle étape, celle qu'ouvre la démarche PLANIR, qui vise à différencier le service selon les besoins spécifiques des assurés, dès lors qu'ils se trouvent dans une situation à risques[1].

La création des parcours attentionnés, au cours des années précédentes, en réponse à des situations de vie identifiées à risques telles que la perte d'un proche, l'accès à la CMU-C ou à l'ACS, l'affiliation des jeunes, la prévention de la désinsertion professionnelle est un exemple de méthodologie d'analyse des risques et de construction de réponses visant à anticiper la survenance de ces risques ; elle ancre, au sein des CPAM qui se sont appropriées ces nouvelles offres de service, la culture de l'accompagnement personnalisé des situations, qui garantit le « bon parcours des droits », condition essentielle de l'accès aux soins.

Plusieurs actions, d'ampleur inégale, visant précisément l'accès aux soins et à la prévention, ont marqué une présence certaine de l'Institution dans la lutte contre les inégalités sociales de santé.

1 La notion de « risque » doit s'apprécier au regard de la capacité de la personne à accéder aux droits et services, à comprendre la communication institutionnelle et à faire face aux changements susceptibles d'affecter la gestion de son compte assurance maladie.

A cet égard, l'objectif CPG d'améliorer l'accès des femmes bénéficiaires de la CMU-C au dépistage du cancer du sein, opposable une année seulement, a été significatif d'une politique de lutte contre le non recours à la prévention d'assurés en situation sensible, même si l'investissement du réseau dans la mise en œuvre de cet objectif a été inégal. L'engagement fort des centres d'examen de santé auprès des publics éloignés du système de santé constitue également une traduction concrète des orientations de la COG, sans pour autant apporter de réelle réponse à la question du suivi des constats d'états de santé dégradés. Les actions de prévention bucco-dentaire dans les établissements scolaires situés en zones d'éducation prioritaire relèvent des mêmes finalités. La démarche PLANIR prend appui sur ces différentes expériences, qui ont contribué à développer une culture sociale de l'accès aux soins dans un certain nombre d'organismes. Par ailleurs, le récent avenant n°8 à la convention médicale visant à une régulation des dépassements tarifaires et ouvrant l'accès aux spécialistes du secteur 2 aux tarifs opposables et sans avance des frais pour les bénéficiaires de l'ACS constitue, même si les effets sont limités dans une première étape, une avancée historique en matière d'accès aux soins.

Enfin, il ne faudrait pas sous-estimer la forte capacité d'innovation des organismes locaux au cours de la dernière décennie, ainsi que le fait apparaître le foisonnement d'initiatives que le réseau a fait connaître à la Mission lorsqu'elle a établi un état des lieux des expériences acquises. Ces initiatives visent le plus souvent les publics bénéficiaires de la CMU-C, de l'ACS et font l'objet de partenariats nombreux tant avec les autres Institutions qu'avec le secteur associatif. Néanmoins, ce bilan met en évidence la grande hétérogénéité des politiques locales et l'absence d'une vision d'ensemble du concept de risque social dans le champ des activités d'une CPAM.

III- Ce qui fait problème : certains publics ou des modes de fonctionnement administratifs ?

« Assurance maladie et publics fragiles », tel a été l'intitulé originel de la Mission. Il fallait, lors de l'annonce, trouver les mots qui parlent au plus grand nombre. Plutôt que fragile, d'autres adjectifs auraient pu faire office : vulnérable, défavorisé, exclu, pauvre, démuni, précaire, modeste… notre jargon est particulièrement riche dans ce domaine. Que met-on sous cette expression de « publics fragiles » ? Est-ce une fragilité liée aux ressources monétaires et à partir de quel seuil considère-t-on qu'il y a fragilité ? Ou bien liée à la maladie, au handicap, à l'isolement, à l'éloignement du système de soins, au niveau scolaire et à la culture, au chômage, à la dépendance… ? Sont-ils jeunes exclus du système scolaire, retraités pauvres, familles monoparentales, chômeurs en fin de droits, bénéficiaires de minima sociaux… ?

Chercher à identifier des publics qui constitueraient le « nœud du problème » est rapidement apparu comme une impasse, pour des raisons diverses. Le risque d'une stigmatisation était présent et était susceptible de heurter des personnels très sensibles à toute politique de discrimination positive ; or, avant même de débuter les travaux, la question de la recevabilité de la démarche par les équipes de terrain revêtait une contrainte déterminante, car il était évident pour les responsables de la Mission que PLANIR n'avait de sens que si, lors de la mise en œuvre, les acteurs internes de l'assurance Maladie y adhéraient massivement. Par ailleurs, le grand nombre de catégories sociales pouvant être qualifiées de « fragiles » d'une part, l'impossibilité de les identifier par les systèmes d'information dans un certain nombre de cas d'autre part, ont plaidé en faveur d'une réorientation du questionnement du « qui ? » vers le « quoi ? ». Plutôt qu'une recherche vaine de publics qu'il faudrait identifier et accompagner spécifiquement, le projet a consisté à s'interroger sur l'existence de difficultés ou dysfonctionnements ou carences ou encore risques (c'est-à-dire le « Quoi ? ») entre des assurés et le service public de l'Assurance maladie, peu importe si ces manifestations problématiques sont imputables au producteur du service, à l'assuré ou à celui qui édicte la règlementation. Tous les assurés sans exception reçoivent-ils les avantages prévus par les politiques publiques qui les visent, dans le respect des finalités poursuivies par le législateur ?

Ainsi formulée, la problématique n'exclut désormais aucun assuré, même si certaines catégories de la population sont potentiellement plus concernées en raison des situations de vie auxquelles elles sont confrontées.

Dès lors la Mission identifie trois grands risques, qui ne sont pas spécifiques au service public de l'Assurance Maladie :

- **Le non recours aux droits et aux soins** : s'agissant des droits, la Mission retient une acception très large de la notion de droits. Elle intègre les droits de base à la couverture obligatoire, aux prestations légales versées par l'Assurance Maladie, aux aides de l'action sociale ; le non accès à une couverture complémentaire par les bénéficiaires de l'ACS est également considéré comme un non recours imputable à l'Assurance Maladie, car l'adhésion à un contrat de couverture complémentaire relève bien de la finalité de la politique publique ACS. Plus largement encore, l'absence de couverture complémentaire, quelle que soit la situation de l'assuré, est considérée par la Mission comme une situation de non recours, dans la mesure où il est unanimement reconnu que l'absence de complémentaire entrave l'accès aux soins que l'Institution est censée garantir. Enfin, les offres de service, services en ligne, services en santé sont des illustrations d'un non recours massif, qui ont retenu l'attention des membres de la Mission.

  Le non recours aux soins mérite une analyse spécifique ; l'accès aux droits et aux soins est devenu, dans le jargon institutionnel, un leitmotiv qui met de la confusion dans ce double enjeu et altère le sens profond du concept d'accès aux soins. La Mission a tenu à dissocier ces deux objectifs et à faire acter dans la lettre de mission que s'il ne peut y avoir, sauf exception, accès aux soins sans accès aux droits, il peut y avoir accès aux droits et non recours aux soins. De fait, le non recours aux soins fait intervenir les connaissances, compétences et capacités des individus liées à leurs trajectoires sociales et à leurs relations personnelles, les normes en matière de santé de leur groupe d'appartenance, la notion de rapport au monde des personnes… La Mission n'abordera pas ce champ particulièrement complexe, qui dépasse les compétences institutionnelles, considérant que la première des responsabilités de l'Assurance Maladie consiste à identifier le non recours aux droits et services et à agir pour le limiter ».

  Ce parti pris a permis une délimitation claire du périmètre des investigations ; pour autant, au fil des débats au sein du groupe de travail, la garantie de la réalisation effective des soins, à condition qu'ils soient médicalement justifiés, est apparue comme l'étape ultime, la finalité suprême du métier de l'assureur solidaire en santé, au-delà de la seule garantie de l'accès aux droits, notamment pour les personnes en situation de risques. Les pratiques des centres d'examen de santé qui constatent des états de santé dégradés sans véritablement garantir la réalisation des soins nécessaires illustrent clairement ce débat autour des finalités. Dès lors, le phénomène du renoncement aux soins pour des raisons financières, qui tend à se banaliser dans notre pays, ne peut manquer d'interpeller fortement l'Assurance Maladie sur son rôle dans ce domaine et a conduit la Mission à intégrer lors de la phase terminale de ses travaux, une proposition visant à intégrer, dans les relations de front office avec les assurés, la question du renoncement aux soins.

- **Les ruptures liées aux conséquences des modes de fonctionnement administratifs et aux décisions sur les situations des assurés** : nombre d'assurés, tout en bénéficiant de revenus

réguliers, disposent d'un « reste pour vivre » faible au point que l'expression « être sur le fil du rasoir » décrit bien leur quotidien. Un refus de prestations, une fin de droits, un trop perçu, un retard de versement, une suspension provisoire des droits peuvent entraîner des difficultés budgétaires durables et déstabiliser l'équilibre de vie. On entendra donc par « risque de rupture » un évènement dans la gestion du compte de l'assuré ou dans la relation pouvant mettre en cause un équilibre précaire, et au final le « bon » accès aux soins. L'enjeu consistera à revisiter ces modes de fonctionnement administratifs et à prévoir des mesures visant à anticiper les risques de rupture.

- **Les risques d'incompréhension** au regard d'une communication institutionnelle hermétique pour une partie des publics, dont les conséquences vont de l'abandon des démarches, au retard dans la perception des droits, à des relations conflictuelles et, au final, à un accès aux soins dégradé. Ces incompréhensions concernent en tout premier lieu les notifications personnalisées, la notification d'attribution du chèque ACS constituant en la matière un véritable cas d'école. Elles portent également sur les courriers issus de « l'usine nationale à courriers » adressés à des publics ciblés ; à titre d'exemple, il est apparu, lors d'une expérimentation, que le courrier de promotion de l'aide à la complémentaire santé envoyé trimestriellement aux retraités modestes est compris par moins d'un tiers des destinataires.

  Au-delà du texte lui-même, c'est l'usage de la prestation accordée qui fait l'objet de l'incompréhension ainsi que la procédure de traitement de la demande par la CPAM.

Nul assuré n'est à l'abri de ces trois risques et ne sera par conséquent exclu du bénéfice d'une action visant à mieux les prévenir. Certes, certains publics sont beaucoup plus confrontés que d'autres à ces risques et de ce fait, feront un usage plus important de PLANIR. Mais PLANIR se veut avant tout une démarche à caractère universel et non pas ciblée, comme cela avait été pensé initialement, sur les seules personnes dites vulnérables.

IV- Vers l'élaboration d'un plan local d'accompagnement du non recours, des incompréhensions, des ruptures (PLANIR)

Posant trois constats majeurs, s'appuyant sur plusieurs portes d'entrée possibles pour l'analyse dont l'analyse systématique des processus, tirant les conséquences d'une cinquantaine d'expérimentations, la Mission propose l'élaboration, par chaque CPAM, en étroite association avec le Service Médical et le Service Social de la CARSAT, d'un Plan Local d'Accompagnement du Non Recours, des Incompréhensions, des Ruptures couvrant la période 2014 - 2017.

Le premier constat s'intéresse à la politique d'accès aux droits conduite jusqu'à maintenant par l'Institution : privilégiant les objectifs de délais fixés dans les contrats pluriannuels de gestion, l'Institution n'a pas mis en avant de façon lisible une volonté de faire bénéficier les assurés de tous les droits et services auxquels ils peuvent prétendre. À titre d'exemple, la « non réponse » de l'assuré, en cas d'incomplétude du dossier ou de courrier de promotion d'une prestation ou d'une proposition d'adhésion à un service en santé, ne fait pas l'objet de procédures de relance homogènes dans le réseau. Le renouvellement de droits à des prestations, notamment à la CMU-C et à l'ACS, pourrait être largement optimisé afin de limiter le non recours. Il n'existe pas de catalogue de requêtes permettant un balayage fin des fichiers en vue de détecter des bénéficiaires potentiels. Les refus de droits sont présentés et le plus souvent compris, comme définitifs. Enfin, les millions de courriers et autres supports destinés aux assurés n'offrent pas un texte suffisamment pensé en fonction de sa réception par les personnes en difficulté face au langage administratif et la pratique de l'évaluation des effets de ces courriers est peu répandue.
Le second constat renvoie à la logique du traitement égalitaire qui imprègne la culture et les pratiques internes :

cette logique dominante n'a pas favorisé l'éclosion de dispositifs de repérage des situations à risques avec des systèmes d'alertes automatisés, comportant des traitements différenciés consistant le plus souvent à prendre l'initiative d'une prise de contact avec l'assuré en vue d'un rendez-vous d'accompagnement, téléphonique ou en face à face, que la Mission propose de structurer et d'outiller. Ce repérage serait bien utile lors des notifications de décisions défavorables, telles que la suspension du versement de revenus de substitution, la notification d'un indu important, le refus de prise en charge d'une prestation couteuse telle qu'un transport ; ces décisions sont inégalement accompagnées, alors qu'elles sont susceptibles de créer des situations de rupture chez certains assurés. Enfin, les parcours de soins chaotiques, cumulant des indices de difficultés d'accès aux soins, tels que l'absence de médecin traitant, des remboursements minorés, la non-participation aux dépistages, l'absence de soins dentaires pendant une période longue, un reste à charge important… ne font pas l'objet d'une réflexion visant à organiser un suivi spécifique.

Le troisième constat porte sur la contradiction apparente entre l'affichage, dans la COG, d'une volonté stratégique de prendre en compte les besoins spécifiques des personnes en difficultés d'accès aux droits et aux soins et l'absence de vision d'ensemble du « risque social » traduite dans un plan d'actions national décliné localement. Cette absence de cadrage national fort explique sur le terrain soit une absence totale de stratégie locale dans ce domaine ou bien, dans les CPAM qui ont mis en œuvre des actions sectorisées, une grande hétérogénéité des initiatives. Au final, c'est bien le sentiment de l'absence d'une démarche structurée visant à identifier et prendre en compte les situations à risques sur l'ensemble de l'activité d'une CPAM qui a frappé les membres de la Mission et dont elle a fait son constat majeur.

Ces trois grands constats ont alors guidé la suite des travaux de la Mission, qui se sont déroulés selon une triple approche : une analyse de risques sur sept processus majeurs, dont deux services en santé – Prado et Sophia –, une approche populationnelle et une approche par l'accès aux soins. Des situations de non recours, incompréhensions et ruptures ont ainsi été identifiées et ont donné lieu à des expérimentations destinées à mesurer l'efficacité d'actions de prévention de la survenance de ces risques. Parmi la cinquantaine d'expérimentations lancées, le test d'éligibilité à l'ACS auprès des visiteurs au sein des accueils fait apparaître qu'environ 200 000 assurés supplémentaires pourraient bénéficier de la prestation si l'ensemble du réseau mettait en œuvre cette action. L'expérimentation d'un traitement différencié pour le paiement des indemnités journalières maladie pour des dossiers complexes (ceux des travailleurs intérimaires, des salariés à multi-employeurs, des assurés sans activité) a montré qu'il était possible de diviser par deux le délai de traitement de ces dossiers sensibles. Dans le cadre de l'approche populationnelle, la mise en place expérimentale d'un parcours santé jeunes, en partenariat avec les missions locales jeunes, consistant à créer un parcours d'accès aux droits et à la santé, a montré l'ampleur des besoins d'accompagnement pour que les jeunes bénéficient de leurs droits, notamment à la CMU-C, disposent d'une carte vitale valide et accèdent à une prise en charge de leur santé. Enfin, l'organisation d'une relance téléphonique vers les non répondants à l'offre d'adhésion au service d'accompagnement des malades diabétiques Sophia a confirmé que lorsque l'Assurance Maladie allait au-devant de ses assurés avec « des mots de la vie de tous les jours », le taux d'adhésion à ses services s'accroissait dans des proportions impressionnantes.

Les résultats des expérimentations ont donné lieu à des recommandations, objet d'un guide méthodologique validé par la Caisse nationale et mis à disposition du réseau pour faciliter l'élaboration des PLANIR locaux et en garantir l'homogénéité. Les organismes sont invités à constituer un comité

de pilotage local, présidé par le directeur de la CPAM, associant les services médical et social, chargés d'organiser la mobilisation interne autour de la démarche PLANIR et de définir les actions adaptées au contexte interne et externe de l'organisme. Le Plan Local d'Accompagnement du Non Recours, des Incompréhensions et des Ruptures fait l'objet d'une remontée à l'organisme national et d'une valorisation dans les CPG 2014. La Caisse nationale, dans sa lettre réseau de décembre 2013, prévoit un bilan d'étape fin 2015 afin de mettre en évidence les actions ayant donné de bons résultats, qui pourraient donner lieu à généralisation, et en suspendre d'autres dont le maintien, après évaluation de leur efficacité, ne se justifie pas.

V- PLANIR, une remise en cause des logiques d'action de l'Assurance Maladie ?

La logique de l'industrialisation et de l'automatisation, illustrée ces dernières années par le déploiement national d'applications informatiques générant des gains rapides de productivité et par le développement des télé-services, ne s'oppose pas à une stratégie d'accompagnement personnalisé des situations à risques, bien au contraire : ces deux logiques sont complémentaires et indispensables pour répondre aux exigences sociales et économiques actuelles et à venir. L'enjeu de la prochaine COG sera de pouvoir réaffecter une partie, aussi limitée soit-elle, des gains de productivité obtenus grâce aux développements informatiques, aux actions PLANIR, faute de quoi la démarche risque de s'étioler sur la durée. Il ne saurait en effet être question d'éluder la question des coûts : certaines actions ont un coût marginal, d'autres sont porteuses d'une plus grande efficience de l'organisation, donc de gains, d'autres, reposant par exemple sur des rendez-vous d'accompagnement, impliquent des moyens significatifs et invitent par conséquent à une planification sur plusieurs années et à un ciblage des publics visés adapté aux possibilités de l'organisme. Mais ce surcoût immédiat est porteur d'un retour sur investissement : en évitant des prises en charge plus tardives et donc plus coûteuses, en organisant un meilleur accès au système de santé, la démarche PLANIR inscrit sa recherche de résultats économiques dans le long terme. Elle interpelle de ce fait la logique actuelle de recherche de résultats à court/moyen terme dans le cadre temporel d'une COG.

PLANIR impose, par ailleurs, de revisiter les logiques actuelles de la relation client : les expérimentations menées par la Mission ont mis en évidence la nécessité de mieux connaître les logiques d'usage du service public et du système de soins par les assurés et d'innover afin de trouver des solutions adaptées. Ces solutions sont co-construites par les trois composantes de l'Assurance Maladie - sociale, médicale, administrative - qui apportent, à cette fin, leurs compétences propres. Pour ce faire, les dirigeants doivent intégrer dans leurs pratiques managériales la question de la connaissance du client et de l'expérimentation dans la production du service.

Enfin et surtout, le contour du métier de l'assureur solidaire, les finalités qu'il poursuit sont en question : PLANIR, c'est aller jusqu'au bout de la logique métier. Dans le cas de l'ACS, cela consiste bien sûr à remettre le chèque, mais également à s'assurer qu'il y aura adhésion à un contrat de couverture complémentaire adapté aux besoins du bénéficiaire et enfin, à vérifier que le lien informatique permettant le paiement automatisé des parts obligatoire et complémentaire est bien positionné pour le bénéficiaire concerné. Aller jusqu'au bout du métier consiste à anticiper les conséquences des décisions porteuses de ruptures, risquant de faire basculer des assurés déjà sur le fil du rasoir et à les accompagner. Le métier ne se limite plus à dire le droit, à l'appliquer, mais à s'intéresser à ses conséquences sur les personnes pour intervenir en cas de nécessité. L'enjeu est donc bien d'acquérir au fil des années une nouvelle posture pour le service public qui, par sa connaissance du terrain, de ses publics, des situations à risques, par sa capacité à concevoir des réponses et à les expérimenter, se positionne en coproducteur de la politique publique en devoir, sur un territoire donné, d'agir pour que la population concernée bénéficie de tous les effets de cette politique. Quelle implication forte un tel projet requiert de la part des équipes de direction, à commencer par le Directeur, pour accompagner au plus près les équipes de terrain dans ces

changements qui exigent beaucoup en termes d'écoute du client, d'analyse de sa demande, de recherche de solutions ! Le plan de formation des organismes devra s'enrichir d'une offre visant à favoriser changement de posture et acquisition des connaissances et compétences qu'appelle cette logique d'aller jusqu'au bout du métier.

Les constats et les propositions de la Mission ont suscité une forte adhésion du réseau, démontrant ainsi que l'objet de la réflexion était nécessaire, attendu, porteur de sens. L'idée d'un plan local d'actions a fait consensus.

L'acronyme PLANIR est désormais familier à tous les acteurs de l'Assurance Maladie et nombre de CPAM feront de la démarche le cœur de leur projet d'entreprise ; l'axe service du projet de COG 2014 – 2017 prend largement en compte les propositions PLANIR.

Il reste maintenant à faire la preuve qu'il est possible, au quotidien, d'adopter cette nouvelle posture, que ce changement apportera un gain réel pour l'assuré et que le service public gagnera en efficience.

Le renoncement aux soins, un enjeu pour l'assurance maladie. Éléments de réflexion issus d'une étude menée par la CPAM du Gard

Par Christian FATOUX,
Directeur de la CPAM du Gard, Co-pilote de la mission nationale assurance maladie publics fragiles

I- La naissance du Baromètre du Renoncement aux Soins dans le Gard (BRSG)

Un effort de définition s'impose tout d'abord pour préciser ce que recouvre cette expression quelque peu galvaudée de « renoncement aux soins ». Elle caractérise des situations dans lesquelles des personnes n'engagent pas ou interrompent une démarche de soins, alors même qu'elles en perçoivent le besoin, que ce besoin soit médicalement avéré ou non. Les études et sondages dont la presse s'est régulièrement fait l'écho ces dernières années mettent en évidence que les raisons de ce renoncement, qui, en fait, se traduit fréquemment par un report de soins à une échéance plus ou moins lointaine, sont, même si d'autres facteurs interviennent, essentiellement financières, ainsi que le confirme cette étude menée dans le Gard en 2013/2014, objet du présent article.

Peu nombreux, dans la sphère des décideurs politiques et institutionnels œuvrant sur le champ de la santé, sont ceux qui se sont intéressés de façon approfondie à ce phénomène, en allant au-delà des études à dominante statistique émanant des instituts officiels ; il est vrai qu'il relève d'une réalité sociale complexe, que l'on ne peut saisir qu'en s'imprégnant des travaux de recherche relatant des parcours de vie chaque fois différents. Cette complexité, et, par conséquent la difficulté à communiquer, et donc à agir, sur cette réalité, est l'un des enseignements de l'expérience gardoise…

Dans un pays doté d'un système de protection sociale aussi développé et généreux, qui ne laisse à la charge des usagers qu'une part modeste de leurs dépenses de santé, riche d'un système de soins apparemment ouvert à tous, qui pourrait penser que le renoncement aux soins pour raisons financières ne concerne pas uniquement ceux que l'on appelle communément « les plus démunis » ? Pourtant, les enquêtes montrent qu'une part importante de la population y est confrontée : de 15,4% en 2008 selon l'IRDES à 30% selon le baromètre CSA en 2013 pour Europe Assistance.

Les Pouvoirs Publics, dans la loi de financement de la Sécurité Sociale pour 2013, font de l'égal accès aux soins un objectif stratégique prioritaire et l'annexe 1 de la loi précise que « la proportion élevée de personnes qui déclarent renoncer à des soins pour des raisons financières et les obstacles financiers à l'accès aux soins qui persistent pour les personnes à revenu modeste justifient la poursuite des efforts dans ce domaine ». De son côté, l'Assurance Maladie conduit depuis toujours une politique visant à améliorer l'accès aux droits et aux soins, dont l'avenant numéro 8, visant à mieux réguler les honoraires des spécialistes du secteur à honoraires libres et à favoriser leur accès par les bénéficiaires de l'aide à la complémentaire santé, est l'exemple le plus récent. Cependant, elle n'a pas retenu dans ses priorités une action spécifique, individualisée, vers les assurés en situation de renoncement aux soins. Elle aurait pu concevoir un parcours attentionné ciblé sur ces assurés, comme elle l'a fait pour d'autres situations à risques. Mais cela posait deux difficultés majeures : comment détecter le renoncement aux soins et surtout, quelles réponses apporter ? La question est néanmoins venue en débat dans le cadre des travaux de la

Mission nationale « Assurance Maladie et publics fragiles » en 2013 : le renoncement aux soins pour raisons financières est-il une forme de non recours qui, comme le non recours aux droits, interpelle l'Institution ? Dès lors que la loi (article L. 1110-1 de la loi sur les droits des malades de 2002) impose à l'Assurance Maladie de « contribuer à garantir l'égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état de santé », le renoncement aux soins relève clairement de son champ de compétences. L'interpellation de l'Institution concerne également sa mission d'assureur gestionnaire du risque maladie, garant, avec d'autres acteurs, de l'efficience du système de santé : la non réalisation de soins nécessaires ou leur réalisation tardive a des conséquences économiques à moyen terme sur les dépenses de santé et à plus long terme sur la vitalité de l'économie nationale.

C'est à la fin de l'année 2012 que la CPAM du Gard, dans le cadre de la démarche PLANIR[1], se penche sur la situation d'assurés qui ont demandé et n'ont pas utilisé des aides financières d'action sociale pour réaliser des soins dentaires. Vingt-quatre entretiens approfondis sont conduits par une chargée de recherche de l'Observatoire des Non Recours aux droits et services (ODENORE[2]), afin de comprendre les raisons de ce renoncement à des soins dentaires et le parcours de vie des personnes dans lequel il se situe. Il en résulte trois grands constats :

- Ces 24 personnes ne sont pas en situation d'exclusion, au sens où elles sont socialement insérées, disposent de revenus certes très modestes mais le plus souvent réguliers et d'une complémentaire santé ; leur « reste pour vivre » est tel qu'elles ne peuvent faire face à des imprévus : elles sont en permanence sur le fil du rasoir, ainsi que l'exprime avec ses mots une assurée : « il vous reste 100 euros pour finir le mois, si vous donnez 80 euros au gynécologue, qu'est-ce qu'il vous reste ? Que dalle ! ».
- Le renoncement aux soins ne concerne pas que les soins dentaires : plusieurs personnes repoussent les consultations chez les spécialistes, voire les visites chez le médecin traitant, surtout en cas de nécessité de consulter plusieurs fois de façon rapprochée. Elles demandent des facilités de paiement, sollicitent l'aide de la famille, empruntent de l'argent ou attendent tout simplement de disposer de la somme nécessaire. L'obligation d'avance des frais apparaît comme un obstacle majeur, ce qui les conduit parfois à consulter à l'hôpital.
- L'incompréhension des exigences du fonctionnement administratif ressort assez massivement et explique l'incertitude des personnes dans laquelle les laissent les démarches à entreprendre et les abandons dans l'usage des aides.

Les résultats de l'étude, aussi limitée soit-elle à un échantillon restreint d'assurés, interrogent le gestionnaire, chargé de mettre en œuvre les politiques publiques d'accès aux soins, sur sa propre connaissance de l'ampleur du phénomène du renoncement aux soins sur le territoire dont il a la charge, sur les procédures internes qui peuvent constituer autant d'obstacles à l'accès aux soins et sur les solutions envisageables. Les « signaux d'alerte » donnés par l'étude sur les soins dentaires ont donc été à l'origine de la décision d'engager, à l'échelle du département, une démarche générale de détection des personnes en situation de renoncement aux soins et d'analyse des causes à partir des histoires de vie, en vue de construire des réponses compatibles avec les moyens disponibles et entrant dans le champ de compétence de la CPAM. En juin 2013, à l'issue d'échanges avec ODENORE, naissait l'idée du « Baromètre du Renoncement aux Soins dans le Gard » (BRSG).

1 PLANIR (plan local d'accompagnement du non recours, des incompréhensions, des ruptures), démarche nationale structurée par la Caisse nationale d'assurance maladie.

2 ODENORE : L'équipe de recherche d'ODENORE sera fréquemment citée dans cet article. Elle est dirigée par Philippe WARIN, Directeur de recherche CNRS / PACTE.

II- Le BRSG, une construction originale intégrant les fondements d'un dispositif pérenne ultérieur

Le dispositif expérimental se déploie de novembre 2013 à Juillet 2014 sur la base d'une méthodologie conçue grâce à l'apport de l'équipe de recherche ODENORE. Il a pour but de produire de la connaissance et de fournir la matière permettant de construire une action dont le contenu va s'élaborer au fil de l'analyse collective des situations de renoncement rencontrées. Il doit donc être pensé pour donner naissance à un « après », qui sera un prolongement logique du dispositif BRSG. C'est dans cet objectif qu'ont été arrêtés les principes d'organisation suivants :

- Le BRSG n'aura de portée que s'il associe tous les acteurs concernés par le renoncement aux soins ; les trois composantes de l'assurance maladie - service médical, service social, services administratifs - sont les pionniers du baromètre et drainent vers ce dispositif toutes les institutions de la santé et de la protection sociale du département. En quelques semaines, un partenariat formalisé dans des conventions bilatérales avec la CPAM se crée avec le Conseil Général, la Mutualité du Gard, la MSA, la CARMI, le CHU, tandis que l'ARS suit de près le projet en participant à l'instance de pilotage. Conçu d'abord comme un outil d'une meilleure connaissance des besoins des assurés, le BRSG n'a pas associé, dans ses premières étapes, les représentants des professionnels de santé, ce que ces derniers n'ont pas manqué de faire remarquer quelques mois plus tard. Or, il est vrai que les réponses à construire seront d'autant plus pertinentes que les acteurs majeurs que sont les professionnels de santé y auront été associés le plus en amont possible.
- La détection des personnes en situation de renoncement aux soins est confiée aux équipes de front office : agents d'accueil, médecins conseil, travailleurs sociaux, secrétaires médicales… s'appuient sur un questionnaire à la définition duquel ils ont contribué avec le chercheur et qu'ils remplissent lors des entretiens avec les assurés, dans le cadre de l'accomplissement normal de leur mission. Environ cinquante professionnels auront passé ce questionnaire à près de 4 000 personnes, à l'issue d'une formation assurée conjointement par l'équipe de recherche et la CPAM. La mobilisation des équipes a été remarquable et la phase de détection n'a pas posé de difficultés notables aux différents professionnels.
- Pour saisir les tenants et aboutissants du renoncement aux soins, une sélection de personnes ayant déclaré renoncer à des soins dans le questionnaire intervient sur la base de critères d'âge, de localisation géographique, de composition du ménage, d'appartenance du service détecteur, de nature des soins à l'origine du renoncement, de gravité apparente du renoncement. Deux chargées de recherche réalisent des entretiens approfondis d'une durée moyenne de 45 minutes auprès des personnes ainsi sélectionnées ; puis elles rédigent à l'issue de chaque entretien une biographie destinée à l'analyse par l'équipe de recherche, qui partage, tous les deux mois, ses conclusions avec les différents acteurs du BRSG. Une centaine d'entretiens approfondis vient ainsi alimenter au fil des mois les échanges, constituer la matière du rapport final de recherche et donner lieu à l'élaboration des premières pistes de réponse possible.

À l'issue de sept mois de fonctionnement, le dispositif BRSG a fait la preuve de sa capacité à détecter des situations de renoncement aux soins, à mettre en évidence l'ampleur du phénomène, ses raisons majeures et à faire émerger des premières pistes de réponse.

III- L'ampleur et la gravité du renoncement interpellent l'Assurance Maladie

L'objet de ce chapitre ne consiste pas à présenter les résultats des analyses du chercheur, dont le rapport pourra être prochainement consulté sur le site d'ODENORE et à qui il appartiendra, le cas échéant, de signer ultérieurement un article pour la présente revue. Il s'agit en revanche de s'interroger sur le positionnement de l'Assurance Maladie et plus précisément sur celui des gestionnaires locaux confrontés à une réalité sociale, mise en évidence par le

BRSG, relevant de leur champ de compétence et qu'ils n'ont pas décryptée de façon approfondie, pour en mesurer les tenants et aboutissants, parce qu'elle n'engendrait pas, ni de la part des publics concernés, ni de la part des donneurs d'ordre nationaux, une demande formulée explicitement.

- C'est tout d'abord l'ampleur du renoncement aux soins qui surprend et interpelle le gestionnaire de l'assurance maladie. Près de 30 % des personnes accueillies au sein des services acteurs du BRSG déclarent avoir renoncé à des soins au cours des douze derniers mois. Le renoncement aux soins porte sur les soins dentaires dans 55 % des situations rencontrées, les consultations chez les spécialistes (34 %), la lunetterie (18 %). Les renonçants ont en commun de ne disposer que d'un reste pour vivre faible, voire très faible même si, souvent, les revenus sont d'un niveau les excluant des aides telles que la CMU-C, l'ACS, les secours de l'action sociale. Bien souvent (50 % des situations), est intervenue dans la vie de la personne une rupture ayant entraîné une chute significative des revenus : maladie, séparation, accident, passage à la retraite, chômage… Ceci met en évidence que les personnes qui n'étaient pas exposées au renoncement en raison de leurs ressources peuvent le devenir brutalement dès lors qu'un accident de la vie entraîne une chute de ces ressources. Ce premier constat vient infirmer la thèse selon laquelle le renoncement serait limité à un public marginal en situation de grande précarité : le risque de renoncer aux soins pour des raisons financières concerne une partie importante de la population assurée d'une CPAM.
- Les raisons avancées par les assurés pour expliquer le renoncement aux soins sont multiples ; toutefois, le facteur financier - avance des frais et reste à charge - est avancé dans 75 % des situations. C'est ce que décrit l'entretien avec Mme Y : elle précise qu'elle aurait les moyens de se faire soigner mais « *s'il faut avancer les lunettes et l'ophtalmo, il y a un trou à la fin du mois* ». Mme Y. pense que cet état de fait vaut pour « une bonne majorité » de son entourage. C'est une situation banale. M. D. est dans la même situation : même si sa mutuelle de travail est « *bonne* », M. D. doit avancer les frais et « *attend de se remonter un peu* ». Il a demandé une fois à son dentiste de ne pas faire l'avance des frais, son dentiste avait accepté mais la mutuelle avait beaucoup tardé à verser le montant dû au dentiste. Le dentiste a appelé plusieurs fois M. D. pour qu'il fasse pression sur la mutuelle, il dit avoir « *fini par avoir honte* » et il n'a plus jamais voulu réitérer cette expérience. « *Franchement, j'ose plus* ».
  De façon récurrente, sont évoqués dans les récits ce que les assurés qualifient de dépassements d'honoraires et qui sont en fait, les honoraires des spécialistes du secteur à honoraires libres. L'incertitude que ressentent les personnes sur les honoraires qui leur seront demandés et le fait qu'ils viennent grever lourdement un reste pour vivre déjà très insuffisant, expliquent le renoncement important rencontré dans l'accès aux spécialistes. Une autre raison majeure du renoncement, qui interpelle fortement les professionnels de santé et les Institutions et plus particulièrement l'Assurance Maladie, réside dans ce que l'équipe de recherche ODENORE appelle le « manque de guidance » dans le parcours des droits et le parcours de soins. Certes les personnes interviewées expriment massivement la relation de confiance qu'elles entretiennent avec leur médecin traitant ; mais elles sont aussi nombreuses à dire qu'elles ne comptent pas sur lui pour les conseiller sur l'obtention d'aides, dans les démarches administratives ou pour les orienter vers des spécialistes en tenant compte de leur situation financière difficile. Ce manque de guidance vise également l'accompagnement par le médecin du parcours de soins, surtout lorsque l'assuré souffre de plusieurs pathologies : « Les personnes n'ont finalement pas le sentiment d'être soignées quand les médecins traitants ou les spécialistes sont insuffisamment incitatifs et accompagnants » conclut l'équipe d'ODENORE. Ce constat est bien sûr essentiel et

l'Assurance Maladie doit le prendre en compte dans les attentes qu'elle exprimera à l'égard des professionnels. Les récits des entretiens font aussi apparaître un manque de guidance de la part des Institutions, dans le parcours d'accès aux droits : explicitation insuffisante du mode d'usage des prestations, et tout particulièrement de la CMU-C et de l'ACS, du mode de traitement de leur demande par la Caisse, des possibilités de solliciter la dispense d'avance des frais auprès des professionnels, de l'existence de centres de soins mutualistes… M. C. ne comprend pas combien de temps la CMU-C lui sera accordée ; il se demande s'il s'agit d'une assurance provisoire, si elle se prolongera au-delà de six mois. Il se demande combien de temps il sera couvert, ça l'inquiète. Sa femme et lui ont entamé plusieurs démarches auprès de la CPAM et de la CAF pour pouvoir bénéficier de prestations sociales, mais le manque d'explications et les démarches qui leur semblent trop complexes les découragent quelque peu. En partant, M. C. lit les questions qu'il avait préparées, il se demande si les spécialistes prennent la CMU-C, dans quelle mesure il est remboursé chez un spécialiste. J'accompagne le couple à l'accueil pour avoir plus de réponses à leurs questions. On me répond que le couple dépendant d'une autre antenne, c'est là-bas qu'on répondra à leurs questions. La caisse est sectorisée et on ne peut pas donner des renseignements pour les personnes ne dépendant pas du secteur.

- C'est enfin la gravité du renoncement aux soins, telle qu'elle apparaît dans certains récits des chargées de recherche, qui alerte l'Assurance Maladie dans son métier d'assureur en responsabilité d'une plus grande efficience du système de soins ; or, l'efficience ne consiste-t-elle pas, dans les situations de renoncement aux soins, à limiter la dégradation de l'état de santé, afin d'éviter des prises en charge plus tardives et plus coûteuses, à permettre aux personnes de renouer avec le travail, à les aider à retrouver un équilibre psychologique ?

Mme H. n'a plus de dent sur plus de la moitié de la mâchoire supérieure. « *Je n'ose même plus sourire* ». Elle avoue ne pas chercher de travail parce qu'elle a honte de son sourire. Mme A. souffre d'un décollement de la rétine. Elle va être opérée fin mars mais en attendant, elle doit payer 35 euros par trajet pour se rendre à l'hôpital suivre un traitement. Elle ne veut pas venir à ces séances de soins optiques en voiture car elle n'ose plus conduire de peur de provoquer un accident à cause de sa mauvaise vue et de sa prothèse. Mme A. a donc demandé au secrétariat du cabinet d'ophtalmologie ainsi qu'à l'assistante sociale, s'il existait une prise en charge de ses transports mais elles lui ont répondu que non. Mme A. explique qu'elle est aujourd'hui non seulement contrainte de se priver de soins, mais aussi de « *pratiquement tout* ». Elle en pleure. Mme A. ne peut plus lire, plus rien faire. « *Il y a de quoi se mettre la tête en l'air… Mon seul luxe c'est canal sat' sinon je crois que je me suiciderais* ». Dans nombre de récits se lisent la souffrance, la honte, parfois la révolte, rarement l'abandon, qui témoignent de la gravité du renoncement dont les conséquences médicales sont, le plus souvent, clairement identifiées par les intéressés.

IV- Des premières pistes de réponse possible s'offrent à l'Assurance Maladie

Dans son rapport d'étape, le chercheur (Philippe WARIN, ODENORE) considère que « le BRSG produit de la connaissance sur un phénomène dont les raisons sont d'une complexité qui, en termes de réponses, dépasse pour une part les missions, moyens et fonctionnements habituels de ses acteurs. Qui peut améliorer les situations professionnelles, garantir davantage de ressources, produire des solidarités, stabiliser des trajectoires personnelles, redonner une estime de soi ? Mais toute action contre le renoncement aux soins n'est pas a priori inenvisageable… ». Ce constat, pleinement partagé par les responsables du BRSG, confirme, si besoin en était, que l'ambition n'est pas d'éradiquer le renoncement aux soins dans le Gard ! Pour autant, l'expérience a été faite qu'un examen approfondi de chaque situation, à la lumière du récit d'entretien et des informations sur l'assuré contenues dans les fichiers de l'Assurance Maladie, peut permettre, dans environ la moitié des situations de renoncement, d'identifier des actions qu'il aurait été souhaitable et possible de lancer, moyennant parfois un changement dans les modes de fonctionnement. Ainsi, la construction de l'« après BRSG » a d'ores et déjà débuté autour des quatre axes suivants :

- L'expérience a montré que la détection des situations de renoncement aux soins ne posait pas de difficultés particulières, quel que soit le professionnel auquel cette mission était confiée : agent d'accueil, travailleur social, médecin, à l'issue d'une formation d'une demi-journée, en s'appuyant sur un questionnaire simple, ont aisément intégré à leurs activités quotidiennes cette phase de détection. Le premier axe de travail consiste donc à structurer cette phase, en la contractualisant avec les partenaires intéressés dans une convention précisant notamment les publics prioritaires que ciblera le partenaire, parce qu'ils correspondent à ses champs de compétence.

  Il ne faut néanmoins pas sous-estimer les changements de pratiques que sous-tend l'inclusion dans la relation à l'usager d'un questionnement sur le renoncement aux soins, dans la mesure où il impose à l'agent public d'aborder un sujet à caractère privé, personnel, jamais abordé jusqu'alors : en effet ce sujet relève d'une certaine façon de la « loi du silence », dont tout le monde semble s'être arrangé, remarquablement respectée par les Institutions, mais aussi par les victimes qui, soit parce qu'elles ont intégré leur situation « d'exclus de la santé[3] » dans leurs conditions de vie et l'absence de réponse de la société, soit par dignité, ne dévoilent pas spontanément les difficultés vécues dans leur parcours de soins. Il faut donc rompre la loi du silence, « délier les langues » et favoriser l'expression des renonçants. Dans sa communication dans les lieux d'accueil, dans ses supports d'information, la CPAM prévoit d'inviter les assurés à aborder la question lors de l'entretien avec l'agent d'accueil, le travailleur social, le médecin conseil, ce qui suppose en amont de penser des formations adaptées.
- La sensibilisation de l'acteur professionnel de santé et principalement, le médecin traitant, constitue le deuxième axe de travail sur les suites du BRSG. L'exercice n'est pas sans risque, car la profession pourrait se sentir mise en cause, notamment par la relation faite dans les récits de pratiques vécues comme excessives de certains praticiens ou par les représentations d'assurés qui considèrent que le système de santé obéit désormais aux règles du marché. L'action va consister, au sein de la Commission Paritaire Locale dans une première étape, puis lors de rencontres ad hoc avec le corps médical, à partager les constats, à concevoir de façon concertée des réponses à la question de l'avance des frais, à approfondir le rôle du médecin dans la guidance du patient dans le système de soins et à l'associer à la détection des situations de renoncement au même titre que les lignes de front office des institutions.
- La question majeure, troisième axe de travail, est bien sûr celle du traitement réservé aux situations détectées. L'expérimentation du BRSG a apporté la preuve que l'Assurance Maladie, forte de ses services experts que sont le service médical et le service social, disposait d'une « boite à outils » précieuse : le bilan des droits, l'aide aux choix d'une complémentaire santé, la capacité à élaborer des plans d'aides financières associant d'autres partenaires, l'orientation vers des professionnels de santé, l'accompagnement social des personnes, l'examen périodique de santé. Elle dispose donc des expertises, sur lesquelles doit reposer la structuration d'une réponse des opérateurs locaux, aussi modeste soit-elle, au renoncement ; encore faut-il qu'elle juge cette mission prioritaire et qu'elle en dégage les moyens. Sur le plan local, l'Assurance Maladie est l'opérateur le plus pertinent pour jouer ce rôle d'interface entre les acteurs de terrain de l'action sociale, les assurés, et les offreurs de soins, elle en a la légitimité de par la loi. Concrètement, l'expérience gardoise s'achemine vers la création d'une plate-forme d'intervention départementale pour l'accès aux soins gérée par la CPAM, dont la saisine sera le fait des partenaires conventionnés, des professionnels de santé, ou des assurés eux-mêmes

3 Philippe Warin, rapport d'étape.

détectés et adressés par leur médecin traitant. Accessible via un numéro vert, elle reposera sur une équipe de professionnels réunissant des compétences sur les droits aux prestations légales et sur les aides extralégales, disposant d'une connaissance de terrain des acteurs de la protection sociale et de la santé, et spécialistes de la relation d'accompagnement.
C'est vers cette plate-forme que seront dirigées les situations repérées par les acteurs de terrain des différentes Institutions et les professionnels de santé afin d'être traitées avec les outils précédemment évoqués ; les réponses apportées s'enrichiront et se professionnaliseront par l'observation et l'analyse permanentes des effets des actions, de leurs résultats, au sein du comité de pilotage interinstitutionnel qui sera mis en place afin de coordonner l'action des partenaires, garantir le respect des finalités du dispositif et en évaluer l'efficacité.

- Enfin, il ne saurait être question d'éluder la question difficile de l'inadéquation entre les possibilités financières des Institutions sur leurs fonds de secours et les besoins que représente le financement du renoncement aux soins, c'est-à-dire essentiellement le reste à charge après intervention des régimes obligatoire et complémentaire (lorsqu'il y a couverture complémentaire). Cet obstacle financier pourrait trouver une première réponse, en limitant les saisines de la plate-forme d'accès aux soins à des situations ciblées sur des critères validés par les parties prenantes : à titre d'exemple, pourraient être rendus prioritaires les renoncements aux soins faisant obstacle à la recherche d'un emploi ou au maintien dans l'emploi. Une réponse plus ambitieuse consisterait à mutualiser les fonds de secours des Institutions : Assurance Maladie, CCAS, Conseil Général, Mutualité… C'est l'hypothèse retenue en Juin 2013 par le Conseil de la CPAM du Gard dans sa proposition aux Pouvoirs Publics consistant à créer un Fonds d'Intervention Départemental pour l'Accès aux Soins (FIDAS). Le fonctionnement de ce fonds s'inspirerait de celui des Fonds de solidarité logement créés par la Loi Besson de 1990, qui affirme le droit au logement pour les plus démunis et impose, dans chaque département, l'élaboration d'un plan départemental d'actions pour le logement des personnes défavorisées. Pourquoi ne pas promouvoir un droit à l'accès aux soins ainsi que le fait la loi Besson pour le droit au logement ? Pourquoi ne pas inclure dans une future loi de santé publique l'obligation pour les acteurs de la santé de se « mettre autour de la table », dans chaque département et d'élaborer un Plan départemental pour l'accès aux soins ?

L'expérimentation menée dans le Gard avec le BRSG est riche de la mobilisation collective qu'elle a suscitée et des perspectives opérationnelles qui se dégagent des analyses produites par ODENORE. Elle offre un apport de connaissances majeur pour les acteurs locaux, concrétisé par un état des lieux approfondi de la situation du renoncement aux soins dans le Gard. Elle confirme que le renoncement aux soins concerne une frange importante de la population, bien au-delà de celle qui bénéficie des minima sociaux. Il suffit d'une rupture dans la vie, aussi courante qu'une séparation, une perte d'emploi, un passage en invalidité ou à la retraite, un accident ou une maladie chez des personnes qui, sans être pauvres, disposent de revenus modestes, pour que soient réunies les conditions du renoncement à des soins. Les récits des entretiens avec les renonçants montrent que chaque situation est singulière et sollicitera les professionnels dans leur capacité à rechercher des solutions qui ne sont pas toutes données et ne sont pas forcément identiques. Le niveau de la réponse à apporter devra aussi prendre en compte la gravité du renoncement, qui caractérise nombre de situations rencontrées et ses conséquences sur l'équilibre de vie des personnes.

L'assurance maladie est d'autant plus interpellée par ces constats que l'expérimentation a démontré l'effet parfois décisif d'un accompagnement visant à l'accès aux droits, au bon usage de ces droits et à un usage adapté du système de soins. Cet accompagnement fait partie du métier de l'assureur solidaire en santé, il reste à le structurer et en dégager les moyens. La période de négociation de la COG 2014 / 2017, l'imminence d'une nouvelle loi de santé publique doivent l'inciter à se positionner avec vigueur comme l'acteur majeur d'un plus juste accès aux soins et, rompant la loi du silence, comme force de propositions face au phénomène du renoncement aux soins.

C

Accès aux droits : les nouvelles stratégies globales

La contribution du répertoire national de la protection sociale à la détection des droits potentiels et des droits ouverts indûment

Par Claude FRICONNEAU
Claude FRICONNEAU est chargé de mission à la Direction de la Sécurité sociale. Il est responsable du projet RNCPS depuis son lancement en septembre 2007.

I- Le RNCPS : un répertoire unique pour la protection sociale

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

Les partenaires concernés ont dénommé ce dispositif « Répertoire national commun de la protection sociale » (« RNCPS »).

Les organismes visés sont actuellement au nombre de 90, ce sont les « contributeurs » du répertoire, la liste exhaustive de ces organismes figure sur le portail www.securite-sociale.fr. De ces organismes dits « nationaux » dépendent plus de 1 000 organismes dits « gestionnaires » qui ont bien évidemment accès au répertoire.

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

- les organismes de la branche recouvrement du régime général dans le cadre de l'exercice de leurs missions,
- les collectivités territoriales pour les procédures d'attribution d'une forme quelconque d'aide sociale et les centres communaux et intercommunaux d'action sociale,
- le centre de liaisons européennes et internationales de sécurité sociale.

Le dispositif est placé sous la responsabilité de la Direction de la sécurité sociale qui anime un Comité de pilotage constitué par :

- les caisses nationales des branches maladie, famille, retraite et recouvrement du régime général : ACOSS, CNAF, CNAV, CNAMTS,
- la CNAVPL, la CDC (pour la CNRACL et l'IRCANTEC, notamment), la CCMSA, le RSI, le SRE,
- la CPRP SNCF et la CNMSS qui représentent les régimes spéciaux,
- l'AGIRC et l'ARRCO,
- le Pôle emploi,
- l'Union des CI-BTP (congés payés du bâtiment).

La CNAV est le maître d'œuvre et l'opérateur du RNCPS, les informations qui sont fournies au répertoire par les contributeurs sont sous la responsabilité de ces derniers, tant au plan de la qualité que de celui de la régularité de fourniture.

II- Le contenu du répertoire et son accès

Le RNCPS recense les bénéficiaires de prestations sociales obligatoires (les prestations d'action sociale des caisses n'y figurent donc pas). Il regroupe, sur la base du NIR, des données d'état civil et d'affiliation ainsi que la nature des prestations servies et les adresses déclarées par les assurés pour les percevoir.

Très concrètement, le répertoire permet, sur la base du numéro de sécurité sociale (NIR) qui constitue l'identifiant des bénéficiaires et la clé d'accès au répertoire, de connaître les organismes auxquels une personne est rattachée et les prestations qui lui sont servies, à l'exception des montants. Chaque organisme indique l'adresse déclarée par l'assuré pour le versement des prestations. Ces informations sont ainsi partagées entre tous les partenaires.

Les données et informations contenues dans le RNCPS concernent les bénéficiaires de prestations quelle que soit leur qualité (ou « rôle ») : assuré, allocataire, ayant droit etc. Ainsi, en tant que cotisantes à une caisse de retraite, les personnes n'y figurent pas tant qu'elles ne deviennent pas effectivement bénéficiaires de cette retraite.

Il n'y a pas de lien physique entre les bénéficiaires du répertoire : pas de chaînages de NIR au sein du RNCPS (donc pas de liens automatiques possibles).

Les différents types de prestations sont actuellement au nombre de 200, de nature très diverse ; ils concernent aussi bien des droits effectivement servis (cas des prestations en espèces) que les droits dits à « droit de tirage » (cas des prestations en nature maladie, congés payés, etc.).

L'accès au répertoire se fait principalement en temps réel via un portail fourni par la CNAV mais les moyens techniques fournis par l'opérateur permettent aussi un accès direct depuis les applications métiers des partenaires qui souhaitent l'implémenter.

Lors de la consultation, la fourniture des informations relatives à un bénéficiaire est complétée par un dispositif appelé « analyse des prestations » qui peut être activé par l'utilisateur. Ce logiciel examine la situation des prestations du bénéficiaire au regard de 149 règles. Les éventuels signalements détectés sont affichés. Il peut s'agir de doublons, de manques ou d'incompatibilités potentiels.

Des accès collectifs en temps différé sur la base de listes de NIR sont également possibles. Ils permettent notamment de recueillir globalement les éventuels signalements détectés par l'analyse des prestations.

Le dispositif technique sous-jacent est construit autour d'une base de données répartie : de manière générale, les informations relatives aux prestations des bénéficiaires restent au sein de leurs régimes d'appartenance. Elles sont collectées en temps réel lors des consultations, cette agglomération de données ne dure que pendant le temps nécessaire à leur traitement, elle évite ainsi l'agglomération permanente en un lieu unique de données sensibles.

En mai 2014, 58 000 agents étaient habilités à consulter le RNCPS et plus de 530 000 consultations de toute nature ont été réalisées au cours du mois de mars 2014.

III- L'apport du RNCPS

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

L'objectif du répertoire commun est à la fois de renforcer la qualité de service offert aux assurés sociaux et de renforcer l'efficience des organismes. Au sein de ces deux axes, il s'inscrit dans la démarche générale du « juste droit » : il facilite la détection des droits potentiellement manquants et de droits ouverts indûment.

III.1- Une meilleure qualité de service pour les bénéficiaires

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

- **Aider à renseigner les bénéficiaires sur la gestion de leurs droits**

Cet aspect a suscité une forte motivation de la part des partenaires du projet.

Outre l'affichage des prestations, le dispositif « d'analyse des prestations » aide à détecter la situation de bénéficiaires potentiels qui n'auraient peut-être pas fait valoir tous leurs droits :

- manque potentiel de recours à la CMU complémentaire en présence du RSA,
- manque potentiel de recours à l'aide à la complémentaire santé (ACS), en présence d'une prestation entrant dans la catégorie des minima sociaux,
- constat de retraite de base présente (MSA, CNAVTS) et absence de retraite complémentaire,
- oubli d'une majoration enfants sur retraite, servie dans un régime et pas dans l'autre.

En situation d'accueil, la consultation du répertoire peut aboutir à une aide très directe pour les bénéficiaires. Ainsi, en situation de veuvage récent, un agent de tout organisme peut signaler au conjoint survivant l'existence d'une retraite qui était servie au décédé, alors que le survivant l'ignorait ou l'avait oublié. L'agent peut l'inviter à faire valoir ses droits éventuels à pension de réversion auprès de l'organisme concerné.

Quant à elles, les Collectivités territoriales, dans le cadre d'une demande quelconque d'aide sociale, ont aussi relevé que le RNCPS est un outil qui peut aider à orienter une personne qui n'est pas bien au courant de sa situation ou qui a perdu ses documents.

- **Garder le contact avec les bénéficiaires**

Lors de la constatation par un organisme de retour des courriers avec la mention postale « NPAI » (« n'habite pas à l'adresse indiquée »), la consultation du RNCPS peut permettre de retrouver le bénéficiaire s'il a oublié de signaler son changement d'adresse à l'organisme alors qu'il l'a indiqué à d'autres partenaires. C'est très concrètement souvent le cas : les personnes pensent à communiquer leurs changements d'adresse aux caisses primaires et / ou aux caisses d'allocations familiales mais omettent de l'indiquer à leurs caisses de retraite.

Les organismes utilisateurs constatent effectivement que l'adresse présentée par chacun des organismes au regard des prestations est d'un grand intérêt dans ce cadre. Cette efficacité est renforcée par la fourniture, si l'organisme contributeur en a connaissance, du numéro de téléphone ou de l'adresse mél du bénéficiaire.

La reprise de contact avec le bénéficiaire est ainsi grandement facilitée, source d'économies de gestion et d'amélioration significative du service rendu, notamment dans le cadre de la gestion des certificats d'existence et des questionnaires périodiques relatifs aux ressources : c'est ainsi la suspension automatique, après un certain délai, des prestations concernées qui peut être évitée.

La source d'économies de gestion et d'amélioration significative du service rendu apparait évidente. Ainsi, de nombreux échanges entre CAF et CPAM sur cette question semblent être évités.

- **Simplifier les démarches en fluidifiant les échanges administratifs**

Le RNCPS peut permettre d'orienter efficacement les personnes grâce à la connaissance des autres organismes qui lui servent des prestations ; il est un composant indispensable de l'interopérabilité au sein de la protection sociale obligatoire.

Ainsi, le RNCPS accompagne de manière importante les démarches de simplification et de dématérialisation en permettant un « aiguillage » transparent entre les organismes et administrations qui gèrent un bénéficiaire : il convient en effet de mentionner la fonctionnalité complémentaire du répertoire dite « dispositif de gestion des échanges » (DGE) : toute donnée connue par un organisme, montant ou autre, peut potentiellement être récupérée par un autre organisme sans besoin de solliciter l'assuré, induisant une large simplification. Ce dispositif rationnalise au sein de la protection sociale les échanges d'information qui ont vocation à s'amplifier dans le futur. Il ne concerne qu'indirectement les agents dans la mesure où il s'agit d'échanges entre systèmes d'informations.

III.2- L'optimisation de l'efficience des organismes

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

- **Rationaliser collectivement l'identification et la prise en compte des décès des bénéficiaires**

L'identification fiable des bénéficiaires et ressortissants est un point clé dans le traitement des prestations. Relié au Système national de gestion des identifiants (SNGI, répertoire des NIR détenu par la CNAV), le dispositif contribue à cette préoccupation autant dans le cadre de la consultation du répertoire qu'au travers du dispositif de gestion des échanges évoqué ci-dessus.

Complétant les dispositifs existants, le RNCPS aide à déceler les fraudes à l'identité. D'autre part, le dispositif « analyse des prestations » susmentionné attire l'attention des utilisateurs sur des prestations qui seraient encore versées alors qu'un organisme a suspendu les siennes au motif d'un décès ou d'une présomption de décès.

- **Faciliter les contrôles et renforcer la lutte contre la fraude par les organismes sociaux**

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

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

- Le recoupement par le partage et la vue synthétique des informations de la branche famille et de la branche vieillesse ou chômage,
- l'aide à la vérification des déclarations de prestations prises en compte dans les ressources et les cumuls inter prestations, ou qui entrent dans la détermination de certains plafonds (CMU, prestations non contributives et attribution de secours).

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

Par ailleurs, en utilisant les adresses des organismes contributeurs, les URSSAF ont des possibilités accrues de contacter des personnes dans le cadre du travail dissimulé ou des recouvrements de créances.

- **Rechercher la concurrence inter-prestations**

Les organismes peuvent s'assurer de non redondances (doublons potentiels) ou de prestations non cumulables en inter régimes. La détection de ces situations est facilitée par le dispositif « analyse des prestations ». Diverses enquêtes peuvent être alors lancées et sont ainsi simplifiées par la connaissance immédiate des organismes gestionnaires en cause.

On peut citer par exemple :

- la recherche de doublons potentiels, par exemple :
  - des prestations famille servies indûment simultanément par le régime agricole et le régime général,
  - la présence de deux minima vieillesse dans deux régimes différents ;
- le bénéfice de certaines allocations chômage non compatibles avec les pensions du régime général à taux plein.

- **Améliorer la prévention des erreurs et des fraudes**

Le répertoire contribue à la vérification des déclarations du bénéficiaire notamment lors de l'attribution d'avantages non contributifs ou de l'attribution de l'aide sociale par les collectivités.

En consultant le répertoire préalablement à la prise d'une décision, les situations décrites cités ci-dessus peuvent être détectées avant que ne survienne l'anomalie elle-même. Il est ainsi possible de constater qu'un minimum social est déjà servi par un autre organisme avant d'en attribuer un deuxième, même si le dispositif peut permettre évidemment des détections a posteriori. De même, les ressources déclarées peuvent être rapprochées du patrimoine connu du RNCPS, ce qui contribue à éviter des erreurs ou d'éventuelles tentatives de fraudes.

En clarifiant le dialogue entre l'administration et le futur bénéficiaire, l'action de prévention rejoint ainsi le volet « qualité de service - aide aux assurés » : il convient en effet de rappeler que, face à une législation complexe, **beaucoup d'erreurs de la part des assurés ne sont pas volontaires.**

- **Simplifier les contacts inter organismes**

La prise de contact directe est facilitée avec les organismes servant les prestations pour obtenir des informations nécessaires à leur gestion : les rattachements du bénéficiaire aux organismes sont très facilement accessibles. Au regard de chacun de ces rattachements, un dispositif dit de « fiches contact » permet de visualiser les coordonnées de l'organisme concerné (adresse, téléphone …). Ces fiches peuvent être imprimées et remises au bénéficiaire si besoin est. Relatif à tous les organismes gestionnaires, ce patrimoine s'élève à un millier de fiches.

- **Améliorer le pilotage de la protection sociale**

La vue consolidée inter régimes qu'offre le répertoire permet d'ores et déjà de collecter des premiers résultats statistiques importants, qui viennent compléter les outils de pilotage globaux de la protection sociale. Ainsi, un partenariat avec l'INSEE a été organisé. L'INSEE considère en effet que le RNCPS devrait lui permettre de bénéficier d'informations dont la vue regroupée au sein du répertoire est inédite.

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

IV- Les limites du dispositif

Les données présentées par le RNCPS n'ont d'intérêt pour les partenaires que parce que leur fiabilité est garantie par eux-mêmes en tant que contributeurs. Cette responsabilité est rappelée par le décret relatif à la mise en œuvre du répertoire.

Mais, a contrario, le répertoire ne contient pas l'exhaustivité du dossier administratif de l'individu : il ne peut donc exonérer d'une demande d'informations complémentaires si nécessaire auprès des organismes répertoriés. Il s'agit en effet d'un dispositif destiné à donner une vision « généraliste », structurelle globale de l'ensemble des prestations d'un bénéficiaire, sa vocation n'est pas de se substituer aux bases d'informations inter régimes spécialisées par catégories de métiers.

V- Un projet collectif original

Le nombre très important d'organismes concernés, le travail partenarial réalisé ainsi que la structure technique répartie du répertoire constituent les caractéristiques les plus originales du dispositif. Les tâches communes ont été réparties entre les partenaires en fonction de leurs possibilités. Cet effort collectif majeur est particulièrement à souligner.

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

La coopération inter-régimes et inter-branches dans le domaine de l'accès aux droits à retraite

Par David CLAIR,
Directeur national de la retraite, CNAV

La retraite est un domaine complexe. D'une part, des dispositifs législatifs et réglementaires nouveaux se sont ajoutés au fil des différentes réformes. D'autre part, l'organisation institutionnelle se caractérise par l'existence d'une multiplicité de régimes de base et complémentaires. Par ailleurs, d'autres branches de la protection sociale (Pôle Emploi, Branche maladie, Branche famille) sont détentrices de données génératrices de droits à retraite pour les assurés.

Dans ce contexte, l'accès aux droits peut s'avérer compliqué pour les assurés, en particulier pour les plus fragiles d'entre eux ou pour ceux dont la carrière peut être qualifiée de complexe (assurés ayant cotisé dans plusieurs régimes, ayant travaillé à l'étranger, etc.).

Pour pallier ces difficultés, deux types de réponses ont été apportés par les pouvoirs publics et les régimes de retraite depuis une dizaine d'années :

- **le développement depuis 2003 du droit à l'information, qui permet aux assurés d'accéder à une information consolidée et à un conseil de la part des régimes de retraite ;**
- **la mise en œuvre plus récente de simplifications inter régimes et inter branches.**

Depuis 2003, le développement du droit à l'information a permis aux assurés et retraités d'être plus autonomes dans leur prise de décision en matière de retraite

La montée en puissance du droit à l'information depuis 2003

La loi du 21 août 2003 a établi le droit pour toute personne d'obtenir une information sur sa retraite.

Le droit à l'information des actifs sur la retraite peut être considéré comme une prestation d'assurance vieillesse. Il s'agit d'une mission de service public, couverte par le secret professionnel et sans coût additionnel pour les assurés.

Ce droit a été mis en œuvre par les régimes de retraite légalement obligatoires (régimes de base et régimes complémentaires) dans le cadre du Groupement d'Intérêt Public Info Retraite.

Il s'est d'abord traduit par l'envoi aux assurés de ces régimes de deux documents distincts :

- un relevé de leurs droits connus dans l'ensemble des régimes et appelé « relevé individuel de situation » (RIS)
- à partir d'un certain âge, une estimation du montant de leur retraite future, intitulée « estimation indicative globale » (EIG)

Les envois de ces documents ont commencé à partir de 2007 pour atteindre à partir de 2010 une situation cible : l'envoi des RIS aux personnes de 35 ans, puis tous les cinq ans jusqu'à l'âge de cinquante ans ; l'envoi des EIG aux personnes de 55 ans et de 60 ans.

La loi du 9 novembre 2010 a introduit de nouveaux dispositifs.

Elle a d'abord instauré le droit pour tout assuré de plus de 45 ans de bénéficier d'un Entretien Information Retraite (EIR). Cet entretien, conçu en inter régimes, a vocation à permettre aux assurés qui en bénéficient d'obtenir des informations et explications sur leurs droits, de mettre à jour leur dossier, de connaître les incidences des événements de vie (ex : chômage) sur la retraite, de projeter un plan de carrière, de connaître le montant estimé de leur future retraite, de préciser la date de départ à la retraite, de mieux être informé sur les démarches à entreprendre.

La loi de 2010 a par ailleurs introduit trois évolutions supplémentaires :

- le Relevé Individuel de Situation électronique (disponible depuis le 1er janvier 2012 sur les sites des différents régimes via l'espace personnel des assurés) ;
- le droit de l'assuré, quel que soit son âge, à un entretien en amont de tout projet d'expatriation ;
- une information retraite diffusée aux jeunes entrant dans la vie active (adressée depuis 2013 aux personnes concernées).

D'autres évolutions du droit à l'information vont intervenir dans les années à venir.

Le projet d'un outil d'évaluation basé sur les données de carrière réelles des assurés (dit projet « EVA ») permettra aux assurés de poser directement toutes les questions pertinentes et de mesurer l'effet de leurs choix de carrière sur leur future retraite.

Enfin, la loi du 20 janvier 2014 garantissant l'avenir et la justice du système de retraite prévoit la création d'un compte unique de retraite, pour les actifs et les retraités.

Les conséquences du DAI en termes d'accès aux droits

Dans quelle mesure le droit à l'information a-t-il permis de faciliter l'accès aux droits retraite ?

La réponse à cette question peut être approchée par :

- **le rappel de la nature des informations communiquées aux assurés ;**
- **le niveau de satisfaction des bénéficiaires du droit à l'information.**

Nature des informations communiquées

Les informations communiquées à l'assuré dans le cadre du droit à l'information sont de nature à lui permettre de réaliser des opérations qui vont lui faciliter l'accès à la retraite :

Vérifier les éléments de carrière reportés à leur compte

L'assuré est informé par le RIS ou l'EIG des salaires (plafonnés) reportés ainsi que des trimestres pris en compte au regard de la durée d'assurance. « En creux », l'assuré est également informé des « trous de carrière », ce qui peut l'inciter à se rapprocher de sa caisse de retraite pour signaler des éléments manquants et faire régulariser les périodes correspondantes.

Déterminer la date de départ à la retraite

L'accès à cette information est possible dans le cadre de l'EIR ou via l'EIG. L'EIR permet également de dispenser une information personnalisée sur les dispositifs permettant de déroger à un départ à l'âge légal : retraite anticipée pour carrière longue, retraite anticipée adulte handicapé, ou pour organiser une prolongation d'activité : retraite progressive, surcote, cumul emploi-retraite.

Déterminer et anticiper le montant de la future pension

L'EIG donne accès à une estimation de la future pension. L'EIR est l'occasion de simuler le montant de pension en fonction de différentes hypothèses relatives à la carrière future de l'assuré.

Obtenir une information sur les modalités de liquidation de la pension

L'EIR est l'occasion de communiquer aux assurés une information sur les modalités pratiques de liquidation de la pension : date optimale du dépôt de dossier, régularisations de carrière, etc. Cette information est particulièrement précieuse pour les assurés qui ont été affiliés à plusieurs régimes ou dont la carrière est « heurtée » (succession de périodes travaillées et de périodes de chômage par exemple).

Mesure de la satisfaction des assurés

Un dispositif d'observation a été mis en place dans le cadre du GIP Info retraite pour tirer les enseignements des campagnes d'information successives.

Des enquêtes conduites auprès de panels de 1 500 assurés ont permis de mesurer leur niveau de satisfaction. Celui-ci se situe à un niveau élevé.

Concernant les RIS et les EIG, 9 assurés sur 10 ont pris connaissance des documents qui leur ont été adressés. Ceux-ci sont très appréciés. 90 % des assurés ont déclaré en 2011 considérer la démarche utile et parmi eux, 49 % « très utile ».

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.

Concernant l'Entretien Information Retraite, au sein du seul Régime général, 85 500 EIR ont été réalisés en 2013. Un questionnaire de satisfaction a été renseigné par plus de 21 500 assurés à l'issue de leur entretien. Les enseignements suivants ont pu être dégagés.

Motivation de l'assuré bénéficiaire d'un Entretien Information Retraite (Régime général - 2013)	
Pour mettre à jour son dossier, régulariser sa carrière	12,9%
Pour obtenir des renseignements, des explications sur ses droits	15,6%
Pour connaître les incidences d'événements de vie (chômage, etc.)	10,1%
Pour projeter un plan de carrière	8,4%
Pour connaître le montant de sa future retraite	17,4%
Pour préciser la date de son départ à la retraite	18,5%
Pour être mieux informé(e) sur les démarches à entreprendre	13,2%
Pour avoir des explications neutres sur les solutions financières pour épargner en vue de la retraite	4,0%

L'entretien a-t-il répondu à vos attentes ?	Oui	Non
Pour mettre à jour votre dossier, régulariser votre carrière	97%	3%
Pour obtenir des renseignements, des explications sur vos droits	100%	0%
Pour connaître les incidences d'événements de vie (chômage, etc.)	94%	6%
Pour projeter un plan de carrière	89%	11%
Pour connaître le montant de votre future retraite	99%	1%
Pour préciser la date de votre départ à la retraite	99%	1%
Pour mieux être informé(e) sur les démarches à entreprendre	99%	1%
Pour avoir des explications neutres sur les solutions financières pour épargner en vue de la retraite	77%	23%

Des perspectives nouvelles de simplification inter-régimes et inter-branches sont de nature à favoriser l'accès aux droits

Les simplifications inter-régimes

Le droit à l'information a pour objectif d'informer et d'éclairer l'assuré sur ses droits dans le cadre d'une législation complexe et caractérisée par la multiplicité des régimes.

Au-delà, le développement de l'accès aux droits passe également par une simplification des dispositifs réglementaires eux-mêmes. Des dispositions récentes devraient permettre cette évolution dans la période à venir.

La liquidation unique des pensions entre régimes alignés

La « demande unique de retraite » permet d'ores et déjà aux assurés poly affiliés des régimes alignés (Régime Général, Régime Social des Indépendants et Régime Agricole des salariés) et de la CAVIMAC de déposer un seul dossier de demande de retraite, à charge pour le régime de dépôt de transmettre aux autres régimes concernés les informations utiles à la liquidation de leur pension.

Le dispositif actuel entraîne néanmoins un certain nombre de complexités pour les assurés. Un assuré ayant accompli sa carrière au sein de trois régimes différents aura trois pensions (de base) avec trois calculs, trois notifications et trois paiements à chaque échéance.

La loi du 20 janvier 2014 (art. 43) met fin à cette situation. À compter du 1er janvier 2017, les assurés des régimes alignés auront leur pension calculée, liquidée et payée par un seul de ces régimes.

Cette disposition entraînera pour les assurés concernés d'importantes simplifications :

- Une date unique de liquidation ;
- Un calcul unique tenant compte de l'addition des salaires et revenus ainsi que des périodes d'assurance ;
- Un seul régime compétent pour calculer et payer les pensions.

Cette réforme de grande ampleur pour les régimes concernés s'est d'ores et déjà traduite par le lancement d'un projet inter-régimes à fort impact en termes métier (anticipation coordonnée des régularisations de carrière réalisées par les régimes, développement d'un rendez-vous inter-régimes) et en matière d'évolution des systèmes d'information (évolution du système national de gestion des carrières et des systèmes de liquidation des régimes).

Les évolutions du Versement Forfaitaire Unique (VFU)

Lorsque le montant annuel de la pension calculée est inférieur à un certain montant, celle-ci est remplacée par un Versement Forfaitaire Unique (VFU), égal à 15 fois le montant de la pension.

La loi du 20 janvier 2014 prévoit, en remplacement du mécanisme du VFU, que pour les pensionnés relevant de plusieurs régimes, la pension de faible montant soit payée par le régime de plus longue durée d'affiliation. Cette disposition évitera, dans la même logique que la liquidation unique que l'assuré ait à faire liquider auprès d'un des régimes une pension de très faible montant.

Le recours aux Échanges Inter Régimes de Retraite (EIRR)

Les Échanges Inter Régimes de Retraite, répertoire des différentes pensions versées par les régimes de retraite est utilisé pour le calcul du Minimum contributif tous régimes (depuis le 1er janvier 2012) et de la majoration de la pension de réversion (depuis le 1er janvier 2010).

Depuis mars 2014, le répertoire est également utilisable pour l'attribution et la révision des pensions de réversion et avantages non contributifs (ASPA, ASI).

Au-delà de ces possibilités, la loi du 20 janvier 2014 prévoit que l'EIRR soit utilisé pour repérer les bénéficiaires potentiels de l'Allocation de Solidarité aux Personnes Âgées et déclencher une démarche pro active des régimes de retraite en leur direction.

Les simplifications inter-branches

Les actions mises en œuvre

Plusieurs travaux ont été engagés par le régime général avec d'autres branches de la sécurité sociale pour favoriser les échanges d'information et l'accès aux droits à retraite des assurés en situation de fragilité.

Ainsi, des échanges dématérialisés d'informations ont été mis en place avec la CNAMTS afin d'identifier les invalides et faciliter leur passage à la retraite. L'identification des invalides permet aux CARSAT d'informer les assurés sur la substitution de la pension de retraite à la pension d'invalidité et de leur adresser la demande de liquidation de pension. Pour l'avenir, une évolution pourrait consister à étendre le périmètre des informations échangées (Relevé d'Identité Bancaire notamment) et organiser un passage totalement automatique ne nécessitant pas la complétude du formulaire de demande de retraite.

Par ailleurs, localement, des échanges de fichiers entre CARSAT et CAF permettent de détecter les bénéficiaires de l'AAH ou du RSA et de mettre en place des actions adaptées (déclenchement d'une proposition de rendez-vous pour organiser le passage en retraite).

Enfin, le Répertoire National Commun de la Protection Sociale (RNCPS) apporte des éléments facilitant l'identification des droits potentiels des assurés. Par construction, ce répertoire permet d'avoir une vision très large des prestations dont bénéficie un assuré. Il constitue un apport dans le cadre de l'instruction des dossiers d'avantages non contributifs comme l'ASPA, l'ASI, les compléments de pension pour certains régimes, la majoration pour conjoint à charge, la majoration forfaitaire enfants l'allocation veuvage, la majoration pour tierce personne (MTP). Le RNCPS peut également aider à orienter les assurés dans les démarches à réaliser lors des entretiens menés à l'occasion de l'examen des droits à pension de réversion.

Les expérimentations conduites dans le cadre du « rendez-vous » des droits

Plusieurs expérimentations sont actuellement conduites sous l'égide du Secrétariat Général pour la Modernisation de l'Action Publique (SGMAP) dans le but de faire baisser le taux de non recours aux prestations et dispositifs sociaux.

Dans ce cadre, deux actions ont pu être testées en 2013 en matière d'accès aux droits à retraite ou maladie :

- envoi d'une information sur l'ASPA, ciblée par courrier aux assurés à faible revenu détectés par la CPAM ou vers des assurés retraités à faible revenu ;
- action coordonnée CPAM / CARSAT en vue de la délivrance automatique de l'attestation d'aide à la complémentaire santé (ACS) aux personnes détectées à partir des données de la CARSAT.

Dans le prolongement de ces expérimentations, un dossier de demande simplifiée des principales prestations sociales (y compris l'ASPA) doit être testé à compter de 2014. Cette démarche vise trois objectifs opérationnels :

- favoriser la pro activité des services publics via une information ciblée des assurés ;
- éviter à l'usager de se présenter aux différents accueils et donc réduire les risques d'abandon dans le parcours d'accès aux droits ;
- anticiper les entrées / ruptures de droits des personnes en déclenchant un parcours automatique et inter guichets à partir de faits générateurs.

Cette expérimentation doit permettre de compenser certaines caractéristiques du système national de protection sociale, sources de difficultés en matière d'accès aux droits :

- le cloisonnement des dispositifs sociaux ;
- le nombre important de pièces justificatives à fournir et d'itérations entre l'usager et les différents organismes ;
- la quérabilité des dispositifs qui rend obligatoire la demande de droits même en cas d'éligibilité notoire de l'assuré.

Une mission de recherche-action pour réduire le non-recours aux minima sociaux

Par **Anne-Laure MICHON**, chef de projet au service « innovation et services aux usagers », Secrétariat général pour la modernisation de l'action publique.

Une méthode innovante pour réduire le non-recours aux prestations sociales

Dans le cadre de la mise en œuvre du plan de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale, une démarche collaborative a été initiée en novembre 2012 dans les départements de Loire-Atlantique et de Seine-et-Marne. Pilotée par la DGCS (Direction Générale de la Cohésion Sociale) et appuyée par le SGMAP (Secrétariat Général pour la Modernisation de l'Action Publique), ce projet a été initié avec l'ensemble des partenaires institutionnels (collectivités territoriales, services de l'État, organismes de protection sociale, etc.) afin de conduire une mission de recherche-actions visant à comprendre les motifs de non-recours aux prestations sociales. L'objectif était d'identifier des solutions opérationnelles permettant d'améliorer l'accès aux droits des publics précaires.

Cette mission portait sur **six prestations sociales** (les RSA socle et activité, la CMU-C, l'ACS, l'ASPA et les allocations logement) et ciblait **quatre profils d'usagers** afin d'identifier les motifs de non recours pouvant être spécifiques à ces segments de population : les travailleurs pauvres avec enfants, les travailleurs pauvres sans enfant, les personnes vivant seules sans activité en âge de travailler et les retraités vivant seuls également en situation de pauvreté.

La conduite de la mission dans ces deux territoires a permis de prendre en compte les situations de non recours en **zone urbaine, périurbaine et rurale.**

Les **acteurs clés mobilisés** dans chacun des territoires ont été notamment le Préfet, les DDCS, le Conseil général, la ville et les CCAS, les organismes (CAF, CPAM, CARSAT/CNAV, MSA…), Pôle emploi, Cap emploi, les associations caritatives, les partenaires sociaux, etc. afin « **d'organiser le repérage des personnes en difficulté et leur accompagnement vers l'ouverture de leurs droits** ».

La conduite d'un double diagnostic usagers et institutionnel a permis d'identifier l'ensemble des trappes à non recours

Une **phase de diagnostic** a été menée sur le terrain afin d'identifier les causes du non-recours.

L'objectif était de **placer la personne pouvant avoir un droit au cœur de l'analyse**, en s'intéressant tant à son expérience qu'à ses interactions avec les institutions (services déconcentrés de l'État, caisses de sécurité sociale, services départementaux, communaux…). Les interactions existantes entre les différents acteurs, administrations, services sociaux, associations, ont aussi été l'objet d'une analyse afin de saisir l'ensemble des intervenants dans le parcours de l'usager dans son accès aux droits.
Cette phase a été déclinée en deux phases simultanées : la conduite d'une **étude qualitative auprès des bénéficiaires potentiels** et une **étude de l'offre institutionnelle**.

Sur cette base, des « **trappes à non recours** » (comprises comme les points de rupture dans le parcours de l'usager dans son accès aux droits) et les **pratiques mises en place par les acteurs** favorisant le recours ont été identifiées.

Présentation de l'analyse issue du croisement des diagnostics usagers et institutionnel par dispositif du non-recours

Le non-recours au RSA socle semble provenir de trois grandes difficultés :

- Il semble qu'une partie non négligeable de ses potentiels bénéficiaires ne se perçoit pas comme éligible. Il en est ainsi notamment des personnes recevant de faibles indemnités chômage ou l'allocation de solidarité spécifique.
- En outre, l'image associée au RSA, surtout la stigmatisation qui est faite de ses bénéficiaires, peut ne pas inciter de potentiels bénéficiaires à solliciter cette aide. Ils ne veulent pas être assimilés aux personnes touchant l'aide sociale ou ne se reconnaissent pas comme une personne vivant en situation de pauvreté.
- Le dispositif du RSA socle est ressenti comme lourd pour une population parfois en retrait de la vie sociale et ayant des difficultés à comprendre les codes de l'administration, de même que complexe au regard de ses impacts sur les prestations logements, rendant ainsi difficile toute prévision du montant de l'aide et du budget de l'usager.

Le RSA activité semble peu demandée pour différentes raisons :

- La complexité des règles et du mode de calcul du RSA est exacerbée dans le cas du RSA activité à cause du caractère irrégulier de l'activité de certains de ses bénéficiaires, ce qui engendre notamment des indus, rend ainsi extrêmement délicat tout exercice de prévision du budget et finalement déstabilise fortement ces populations.
- Le RSA activité semble également perçu comme un nouveau « RMI » (minimum social) davantage que comme un revenu d'activité banalisé.
- Le RSA activité est également peu connu par ses potentiels bénéficiaires.
- Il est aussi concurrencé par la prime pour l'emploi, qui est elle-même réduite des montants perçus au titre du RSA activité alors qu'elle se révèle plus simple.

Le non-recours à l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) paraît provenir :

- Du décalage entre l'âge de liquidation de la retraite, fréquemment avant 65 ans, et l'âge d'éligibilité (65 ans et plus suite au report de l'âge légal).
- De la faible proactivité des caisses de retraite qui ne reprennent pas contact avec les personnes percevant de faibles retraites ou qui informent simplement certains anciens bénéficiaires du RSA.
- De la volonté des personnes retraitées de léguer un héritage complet, non entamé par le recours sur succession.

Le non-recours à la CMU-C semble résulter :

- De la complexité de son dossier de demande, au regard du formulaire, de la nature et du nombre de pièces à joindre (attestations de salaires, des capitaux placés etc.).
- De la santé jugée non prioritaire pour certains publics (personnes seules, travailleurs à bas revenus sans enfant).
- De l'image de la CMU-C, les personnes pour lesquelles la santé est une priorité (travailleurs à bas revenus avec enfant, retraités) ayant peur de ne pas avoir accès aux soins ou d'avoir un rendez- vous tardif, et considérant également comme faible le panier de soins offert.

L'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé est peu demandée car :

- Elle a une notoriété très faible, tant les professionnels que les bénévoles ou les usagers semblant ne pas la connaître.
- Ses potentiels bénéficiaires doivent en outre renseigner le même dossier complexe et fastidieux que celui de la CMU-C.

Le non-recours aux allocations logements, s'il demeure plus faible que pour les autres aides, résulte cependant :

- d'une difficulté de ses potentiels bénéficiaires à se percevoir comme éligibles dans certains cas, notamment s'ils se trouvent en accession sociale à la propriété ou si un événement de leur vie les a rendus éligibles, comme une baisse de revenus ou un élargissement du foyer familial.

Présentation de l'analyse par socio-type du non-recours

Ainsi, les socio-types analysés dans le cadre de la mission semblent avoir des spécificités en termes de représentations, de comportement et de relation à l'administration, qui peuvent apporter des éléments complémentaires au diagnostic institutionnel.

Les personnes seules sans activité en âge de travailler se concentrent sur l'urgence et leurs besoins élémentaires : se nourrir et se loger en particulier. Ils présentent de ce fait une difficulté à se projeter dans le temps qui est susceptible de se traduire par des rendez-vous ratés avec l'administration. Ils ont tendance à éviter la complexité et à éviter d'interagir avec une administration dont ils ne maîtrisent pas les codes. À titre d'exemple, la gestion et le classement des pièces justificatives se révèlent délicats.

Les travailleurs à bas revenus sans enfant semblent considérer que le fait de travailler exclut du bénéfice de toute aide. En outre, le refus par l'administration d'une première demande est perçu comme un refus à toutes les aides. Ils concentrent leur priorité sur l'emploi, car ils cherchent à augmenter leurs revenus en augmentant leur activité. En outre, ils ont une certaine préférence pour la solidarité familiale.

Des travailleurs à bas revenus avec des enfants se distinguent par leur responsabilité vis-à-vis de leurs enfants, ce qui se traduit par une plus grande attention à la santé, et des contacts également plus fréquents avec les institutions, comme la CAF ou les établissements d'enseignement.

Les retraités vivant seuls ont le sentiment que solliciter une aide revient à demander la charité, et que s'ils ont droit à une aide, ils seront informés par l'administration. Ils ont ainsi une forte attente de proactivité. En cas de revenus insuffisants, ils ont tendance à se priver.

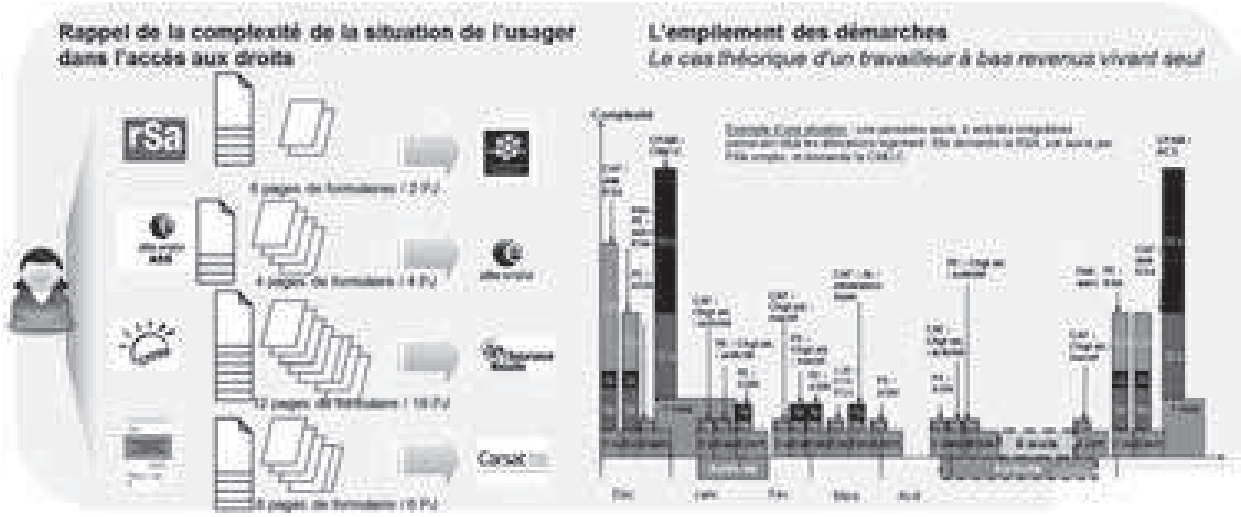
Illustration du parcours de l'usager face à l'empilement des démarches

Sur la base du diagnostic croisé, des schémas ont pu être élaborés afin de retracer l'ensemble du parcours effectué par l'usager du fait générateur de son éligibilité jusqu'à la procédure de renouvellement de l'aide (en y intégrant l'ensemble des acteurs concernés et les démarches à effectuer par l'usager).

Le schéma ci-dessous présente un exemple théorique de parcours réalisé par un travailleur à bas revenus sur l'ensemble des démarches au cours d'une période de référence.

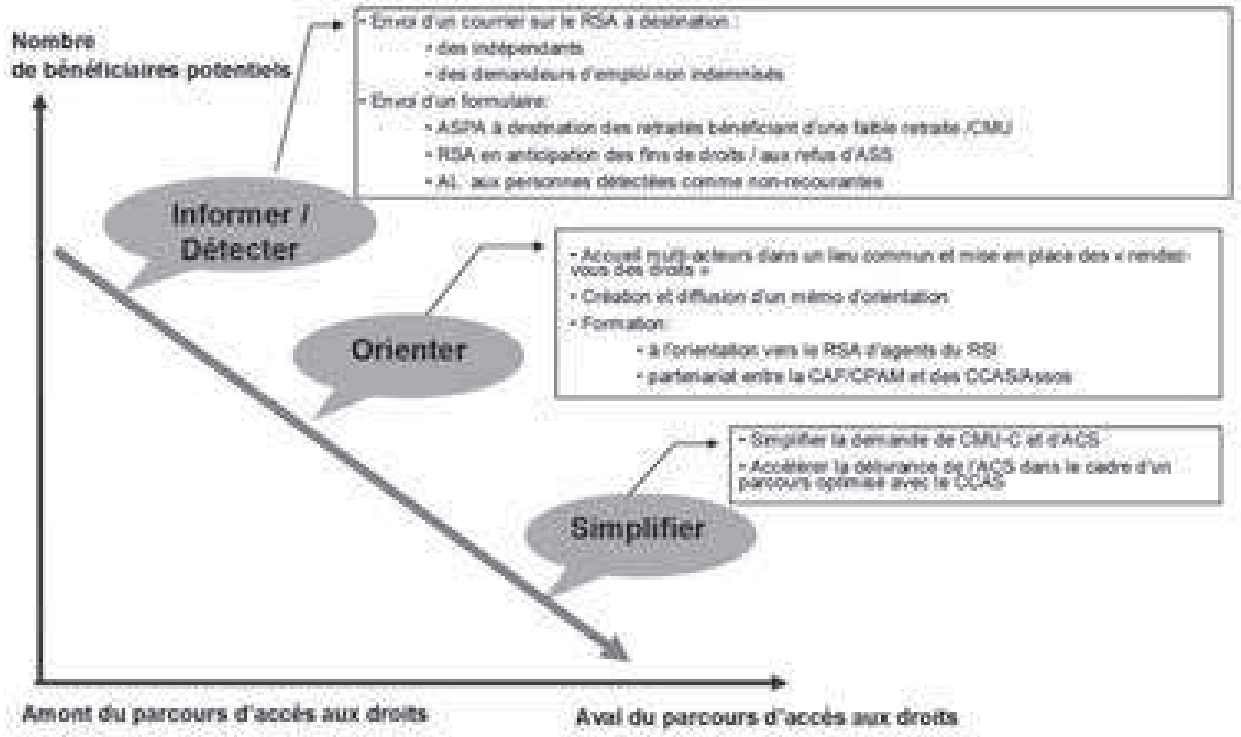
L'exercice tend à démontrer la complexité de la démarche au regard de différents critères (fréquence des déplacements, nombres de pièces justificatives à fournir, nombre de pages du formulaire à renseigner, temps d'instruction de la demande…).

Le schéma met en relief la transversalité des différentes aides qui peuvent ainsi se cumuler et augmenter la complexité ressentie par l'usager



Améliorer l'accès aux droits pour réduire les inégalités et prévenir les ruptures

Trois axes de transformation ont été mis en relief comme leviers stratégiques à activer pour améliorer l'accès aux droits : **« informer/détecter »**, « **orienter** » et « **simplifier** ».
Pour chacun de ces axes, des pistes de solutions ont été expérimentées sur chacun des territoires pilotes sur une période courte (de trois à six mois) répondant aux différents motifs de non recours identifiés dans le diagnostic :



Évaluation de la mesure d'impact

Chaque expérimentation a fait l'objet d'une évaluation de ses effets sur **l'amélioration quantitative** et **qualitative** afin de déterminer sa pertinence et d'arbitrer son déploiement.

Pour l'évaluation quantitative, la méthode dite de « randomisation » ou « évaluation aléatoire » a été utilisée, en collaboration avec l'école d'économie de Paris.

L'évaluation a également pris en compte le poids d'éléments susceptibles de peser sur le déploiement de chaque expérimentation : charge supplémentaire pour les équipes ; impact financier et en matière de systèmes d'information ; délais de mise en œuvre et difficultés de déploiement.

L'analyse des impacts des actions engagées montrent des résultats très encourageants bien que relativement différenciés selon la nature de l'expérimentation.

• **Informer et détecter les populations éligibles** aux différents dispositifs d'aide. Ce type d'action permet d'atteindre un nombre important de bénéficiaires à un coût modéré pour les administrations.
L'impact est variable selon la qualité du ciblage des bénéficiaires (entre 5 et 40 points).

• **Améliorer l'orientation des usagers** représente une charge forte pour les administrations mais apporte une forte satisfaction aux agents et aux bénéficiaires potentiels. L'impact sur le non recours est modéré mais il est avéré sur les publics les plus éloignés ou les plus fragiles.

• **Simplifier les démarches** réduit significativement la complexité pour les bénéficiaires et la charge pour les administrations. Son impact sur le non recours est très fort (supérieur à 30 points).

Les trois axes « information », « orientation » et « simplification » apparaissent donc comme étant complémentaires car ils peuvent produire un effet puissant de par leurs synergies naturelles. Ainsi, on note un effet multiplicateur sur l'impact lorsque l'on arrive à **combiner l'information et/ou l'orientation avec la simplification**. Le public est alors amené vers le dispositif et l'organisme concerné sans rupture dans son parcours d'accès aux droits. En outre, la simplification facilite la détection de publics éligibles, venant ainsi renforcer la capacité à cibler lors de processus d'information. Une fois combinés, l'impact de ces trois axes est donc démultiplié.

Suite de la mission non-recours

La recherche-action menée en 2013 en Loire-Atlantique et en Seine-et-Marne a permis la mise en lumière de quatre traits distinctifs des prestations sociales, facteurs du non-recours :

- La verticalité des dispositifs, gérés selon des règles spécifiques par des organismes distincts ;
- La justification de conditions d'éligibilité spécifiques à chaque prestation ;
- La quérabilité des aides sociales ;
- La conditionnalité de l'aide (cf. équilibre droits / devoirs).

Sur la base de ces enseignements, des réflexions sont actuellement en cours afin de pouvoir répondre à un triple objectif :

- Éviter à l'usager de se présenter aux différents guichets et donc réduire les risques d'abandon dans le parcours d'accès aux droits ;

- L'informer de manière ciblée sur ses droits potentiels ;
- Anticiper les entrées/ruptures de droits des personnes en déclenchant un parcours automatique et inter-guichet à partir de faits générateurs.

En outre, les autres enseignements issus de la mission ont servi à nourrir une **circulaire à destination des préfets** les invitant à mettre en place dans leur territoire cette démarche de coopération territoriale en vue d'améliorer le juste recours aux droits.

La Déclaration sociale nominative (DSN) et l'accès aux droits

Par Jean-Louis BUHL,
Président du comité de normalisation des données sociales déclaratives et de leurs échanges

Introduction : la DSN, plus qu'une mesure de simplification déclarative

Présentée principalement comme une simplification déclarative en faveur des entreprises, la DSN (déclaration sociale nominative) profite en réalité également aux salariés qu'elle dispense de devoir justifier de leur situation, aux organismes divers concourant à la protection sociale qui bénéficient de données plus fiables et actualisées, à la collectivité toute entière par la connaissance améliorée de l'impact des politiques sociales et la contribution à la lutte contre la fraude.

Elle peut générer à terme des bénéfices collatéraux très significatifs pour une juste mise en œuvre de la protection sociale des salariés. Pour cela, les organismes devront faire évoluer leur stratégie de gestion à partir de la disposition de ce nouveau flux d'informations partagées.

Dans le cadre du projet DSN, les premières réflexions engagées, en marge de la mise au point et du déploiement de la plate-forme DSN, ont permis d'identifier des pistes prometteuses, c'est notamment le cas pour la CNAF, la CNAM, la CNAV et Pôle emploi. Ces pistes ne demandent qu'à être creusées pour inspirer la refonte de certains processus de traitement et de contrôles des prestations.

L'exemple de l'ouverture et du contrôle des droits des salariés est particulièrement illustratif des changements possibles. La DSN ouvre en effet des possibilités intéressantes pour des droits plus fiables, ouverts plus rapidement et contrôlés plus aisément. Elle peut donc permettre de faire un pas important vers le juste droit, à condition que les exigences qui doivent faciliter sa mise en œuvre soient effectivement satisfaites.

I- Le potentiel d'innovation de la DSN

Les caractéristiques du nouveau concept de la DSN

Issue de la source paye mensuelle et centrée sur les aspects et les évènements les plus importants dans la relation employeur - salarié : entrée et sortie de l'entreprise, modalités, localisation et durée du travail, absences maladie, maternité ou accident, rémunérations, analysée dans ses principales composantes, la DSN constitue un reflet immédiat et sans déformation des situations individuelles susceptibles de conditionner l'attribution de droits sociaux des salariés.

Ce flux unique d'informations est commun à l'ensemble des organismes qui concourent à assurer la protection sociale des salariés, c'est-à-dire les organismes de base et complémentaires, les institutions de prévoyance, d'assurance ou les mutuelles. Flux dématérialisé, issu directement du traitement de la paye, sans ressaisie, transmis lors d'une seule échéance mensuelle pour tous les organismes, la DSN est constituée de données, normalisées et partagées, à l'instar de l'actuelle déclaration annuelle de données sociales unifiée, mais d'un message dorénavant simplifié, grâce aux travaux d'élaboration de la nouvelle norme NEODES et la constitution par le Comité de normalisation des données sociales d'un référentiel simplifié des données sociales déclaratives.

La déclaration mensuelle est accompagnée le cas échéant de « signalements d'événements » très simplifiés, informant les institutions intéressées des suspensions du contrat de travail notamment pour arrêts maladie ou accident du travail, ou de sa rupture.

Ces informations rendues disponibles sans attendre la déclaration mensuelle permettent de déclencher sans délai le calcul des droits aux revenus de remplacement.

Les avantages que l'on peut en attendre

Cette connaissance « à la source » (sans ressaisies et évitant ainsi les risques d'erreurs « volontaires ou involontaires »), actualisée mensuellement, qui n'appelle aucune intervention de l'assuré pour présenter des justifications, devrait permettre d'envisager une réactivité plus grande pour l'ouverture et le calcul des droits ainsi qu'une réduction des risques de versements indus ou de rappels tardifs, en cas d'arrêt et reprise d'activité du salarié. Pour les institutions, cette connaissance actualisée mensuellement en temps réel de la situation de l'allocataire se substituera à celle obtenue aujourd'hui, à une échéance seulement annuelle, par une exploitation lourde de la DADS, portant des informations spécialement reconstituées donc a priori moins fiables ou, comme dans le cas du RSA par exemple, par un recueil trimestriel de réponses à un questionnaire.

Quant au salarié, il sera assuré de la parfaite cohérence des assiettes qui servent au calcul des cotisations acquittées par l'employeur et de celles qui permettront d'établir ses droits et de calculer le montant des prestations qui lui seront servies. Ces données seront en effet, contrairement à la situation actuelle, issues d'une même source déclarative et d'un flux unique, portant à la fois les données d'emploi, de rémunération et d'assiette, qui permettent à l'employeur d'accomplir ses obligations en matière de cotisation et de contribution et aux organismes d'établir l'ouverture et l'assiette des droits des assurés.

Le partage par les organismes et institutions sociales des informations individuelles, grâce notamment à une identification fiable, unique et partagée entre régimes et entre caisses, pour les employeurs et les salariés, évitera les sollicitations redondantes des entreprises et celles des salariés pour fournir des justificatifs concernant leur activité professionnelle et leur niveau de rémunération. La possibilité de partager ces données à la source permettra d'envisager dans certains cas de dispenser les services concernés des vérifications ultérieures par le recours à des procédures de recoupements inter-organismes complexes et lourdes à mettre en œuvre entre les services.

Cette connaissance partagée s'étendra également à certaines données concernant les ayants droits du salarié pour lesquels des informations sont également portées par la DSN notamment pour les besoins de la gestion des contrats collectifs de prévoyance.

II- Le renouvellement envisageable pour l'ouverture et l'exercice des droits aux prestations

Concentrées sur l'élaboration et la gestion du message DSN, les institutions n'ont pas eu la possibilité d'en mesurer précisément tous les effets possibles sur le traitement et le contrôle des droits. Ils ont néanmoins déjà décelé ce que la connaissance mensuelle de l'emploi, du temps travaillé et de la rémunération des salariés par la DSN apportait par exemple pour l'ouverture des

droits individuels, la facilitation du passage d'un régime à un autre, le traitement de certains cas de cumul des prestations, la facilitation des recoupements, la connaissance des situations justifiant des pertes de droit ou changements de droits, etc.

En matière d'ouverture des droits

Ces apports concernent aussi bien l'ouverture des droits que leur contrôle et les situations de non recours.

C'est ainsi que la CNAM envisage de tirer parti de la substitution de la DSN à la DADS pour accélérer et simplifier le traitement de l'ouverture des droits à l'assurance maladie. L'accès anticipé à la date d'entrée en entreprise devrait lui permettre d'effectuer plus rapidement les premières ouvertures de droits et, par exemple, faciliter le traitement du passage du régime étudiant au régime général.

La liquidation des droits à retraite par la CNAV et l'AGIRC ARRCO pourra également être accélérée par la connaissance des rémunérations des derniers mois d'activité, dispensant les organismes de se tourner vers l'assuré pour lui demander ses derniers bulletins de paye. De même, l'AGIRC-ARRCO envisage la possibilité d'effectuer une actualisation plus rapide des droits en cas de changement d'entreprise ou de radiation.

En ce qui concerne Pôle Emploi et l'indemnisation du chômage, la DSN devrait permettre notamment de sécuriser l'attribution de l'allocation de retour à l'emploi, d'optimiser l'attribution du versement de l'allocation en cas de reprise d'activité réduite et des aides au retour à l'emploi, de maintenir la liste des demandeurs d'emploi à jour, de mieux observer le croisement des situations d'emploi et de chômage simultanés (cumul allocation chômage salaire), les situations de fin de droit, etc. Elle permettra également d'envisager plus aisément la mise en œuvre des « droits rechargeables » à l'assurance chômage issus de l'accord national interprofessionnel (ANI) du 11 janvier 2013.

De même en ce qui concerne la branche famille, la possibilité d'accès à une information sur les revenus salariaux pourrait permettre d'ajuster plus aisément le service de prestations attribuées sous conditions de ressources.

En matière de contrôle

Le contrôle peut être soit effectué avant le service de la prestation, soit après, pour vérifier que la situation permet toujours l'ouverture de droits. La DSN permettra comme mentionné ci-dessus en particulier le contrôle des salaires perçus avec revenus déclarés pour bénéficier des prestations liées à des conditions de ressources (CMU-C, ACS, RSA, etc...)

La CNAF, à la suite de la suggestion d'un rapport IGF/IGAS s'est livré, avec l'accord de la CNIL à une expérience de rapprochement des données de revenus issue de son fichier d'allocataire et de celles issue de la DADS. Cette expérimentation portait sur 10 000 dossiers. Elle a révélé que dans plus d'un tiers des cas, les revenus déclarés étaient différents. Par ailleurs, de nombreuses reprises du travail n'avaient pas été déclarées à la CAF. Dans d'autres cas, cela a permis d'enregistrer également une adresse actualisée de l'allocataire.

On sait que 40 % des indus sont liés à une mauvaise prise en compte de la situation professionnelle de l'allocataire et les échanges organisés avec Pôle emploi sur les situations de fin de chômage laissent encore des marges importantes d'amélioration. La CNAF envisage donc une utilisation systématique des données de la DSN pour fiabiliser son fichier.

Cette expérience qualifie totalement la DSN comme une source incomparablement plus performante que la DADS pour connaître les situations actualisées des allocataires et permet d'envisager la mise en œuvre de traitement extrêmement efficace pour rétablir les situations réelles sans attendre le résultat des questions posées aux assurés eux-mêmes, lesquelles ne seraient plus nécessaires.

En matière de lutte contre le non recours

Le Centre d'analyse stratégique placé auprès du Premier Ministre a publié en novembre 2012 une note relative à une politique globale de « juste paiement des prestations sociales ». Cette note analyse les moyens de lutter contre la fraude et les indus, mais aussi de faciliter le traitement des « non recours ». Elle évoque notamment le taux extrêmement élevé de non recours au RSA activité.

Ainsi qu'évoqué plus haut, les informations issues de la DSN permettent d'envisager une amélioration très significative des résultats de la lutte contre le non recours aux prestations par les assurés en situation d'en bénéficier. C'est le cas du RSA ou de la CMU-C par exemple. La DSN permettrait à la CNAF d'élaborer une stratégie de détection proactive des bénéficiaires potentiels du RSA activité, dans une optique de lutte contre le non recours. Peuvent en effet être issues de la DSN les dates de début et de fin de contrats pour apprécier les conditions d'activité, les dates d'arrêt de travail et toute modification dans la situation professionnelle.

Ainsi, que ce soit pour l'ouverture des droits des assurés salariés, leur contrôle et la lutte contre le non recours, les données collectées par la DSN et proposées à la consultation sous une forme appropriée, peut très utilement compléter les efforts faits aujourd'hui pour fiabiliser les droits.

III- À quelles conditions ces transformations peuvent-elles être obtenues ? Les pré- requis et limites

Conditions liées au projet DSN lui-même

Au début 2016, la trajectoire de la DSN prévoit sa généralisation à l'ensemble des entreprises du secteur privé, à tous leurs salariés et employeurs. Les administrations devront rejoindre la DSN ensuite dans un délai plus long. Le champ des salariés couvert devrait être suffisamment large pour autoriser les exploitations évoquées ci-dessus. Les dispositifs de simplification particuliers, comme le TESE, le TESA, le CESU devront être normalisés et connectés au circuit DSN et devraient donc pouvoir entrer dans le champ des recoupements envisageables.

La qualité des informations transmises par la DSN, comme évoqué ci-dessus, devraient être meilleure que celle de la DADS. S'agissant notamment de l'identification des salariés. L'entrée dans la DSN a été subordonnée à une correcte immatriculation des salariés ; 99 % des NIR doivent être valides dans les retours effectués par la CNAV, les employeurs et leurs salariés étant invités à faire toute diligence à cet égard. Les recoupements ne devraient dons pas être compromis par un nombre trop grand nombre de NIR incomplets, mal renseignés ou inexistants, comme c'est le cas dans la déclaration annuelle des données sociales.

Le remplacement de cette dernière par la DSN au début 2016 suppose que des données supplémentaires soient incluses dans le message, au-delà des informations individuelles

strictement salariales, comme les stock-options, les honoraires, voire certaines informations à caractère fiscal (net fiscal servant au pré-établissement des déclarations de revenu, utilisé par la CNAF pour apprécier les revenus des allocataires). En revanche, certaines limites pourront encore être notées, s'agissant des situations de multi-activités, ou de double statut (salarié et indépendant) voire certains cas de multi-employeurs.

Conditions liées aux organismes

La possibilité d'avoir accès aux informations de la DSN ouvre des perspectives pour l'adaptation des stratégies métiers et des procédures en vigueurs pour accorder les prestations « à bon droit ». Des changements d'organisation des tâches, voir des règles appliquées devront être conduits. De nouveaux traitements pourront donc être envisagés, sous réserve que la CNIL accepte d'élargir le champ des informations de la DSN que les organismes sont aujourd'hui habilités à recevoir. Le parti a été pris dans un premier temps de ne transmettre aux organismes que les données qu'elles reçoivent aujourd'hui par leurs propres traitements dématérialisés. Ainsi, la CNAF ne connaît que ses allocataires, ce qui est un handicap pour la recherche du non-recours par exemple ; la CNAM n'est en contact avec les personnes qu'en cas de maladie, ce qui reporte la juste ouverture de droits sur les conditions d'identification des personnes, etc. ….

Les premières pistes de réflexion identifiées par les organismes devront être rapidement creusées pour tirer parti des opportunités offertes dès la généralisation de la DSN et pour obtenir de la CNIL les décisions nécessaires.

Les systèmes d'information (SI) des organismes concernés devront également permettre que l'échange entre les organismes et le système DSN se fasse techniquement de façon fluide avec les SI alignés et performants, pour que les métiers ne soient pas amenés à renoncer à ces nouveaux traitements. Cela pose la question des modalités de récupération des données : directement dans le système de production ? Par un entrepôt spécifique ? Quel que soit le choix à retenir, il est urgent d'arrêter une stratégie de mise en cohérence des différentes projets du champ social, conforme aux autorisations de la CNIL et qui puisse éviter la multiplication des échanges bilatéraux ou la reconstitution par chaque organisme d'un dispositif particulier d'accueil et de conservation de ces données.

Les simplifications juridiques

Tout échange d'informations suppose une définition précise et partagée des données par les organismes qui les utilisent. Parallèlement au chantier de la DSN, mené par les OPS réunis au sein du GIP MDS, le Comité de normalisation des données sociales, s'est efforcé dans ses travaux, et y est parvenu dans une mesure significative, de réduire et de qualifier les données concernées dans un référentiel partagé. Cela a quelquefois été rendu possible par des ajustements à la marge des règles juridiques visant à éliminer des complexités inutiles dans les textes ou accords présidant à l'établissement des droits.

Certains sujets ont ainsi progressé, comme la définition des effectifs, la durée du travail, l'analyse des rémunérations, d'autres devront être traités comme l'harmonisation du calcul des assiettes, par exemple. La clarification des règles, voire le changement des références utilisées pour l'ouverture des droits et leur contrôle pourrait ainsi faciliter les évolutions évoquées ci-dessus et donner du sens à l'utilisation des informations natives de la DSN. À ce stade, certaines allocations sont conditionnées par les ressources fiscales et non par les rémunérations constituant l'assiette sociale. Cela supposerait par exemple que soient rapprochées les définitions : net perçu - net imposable ; référence annuelle proratisée - référence mensuelle effective.

IV- Conclusion

Un réel potentiel de fiabilisation des droits des assurés

Les apports de la DSN à la gestion des droits des assurés salariés peuvent être majeurs si les caisses poursuivent leur recherche des opportunités nombreuses recelées par ce nouveau flux de données.

À terme, on peut en escompter davantage d'exactitude dans l'ouverture et l'exercice des droits, moins de droits ouverts à tort, davantage de fraude décelée ou prévenue, une réduction des indus, une meilleure qualité de service aux salariés, moins de litiges et de contentieux, un véritable retour sur investissement pour la protection sociale avec une application plus exacte des intentions du législateur et du gouvernement.

La DSN pourrait également contribuer à alimenter un « portail des droits des salariés » accessible à chacun d'eux pour suivre les droits tout au long de sa carrière. Elle pourrait également alimenter une ou plusieurs bases de données anonymisées, instruments d'aide à la décision pour les organismes sociaux et permettant d'affiner l'évaluation des mesures prises.

Une condition doit néanmoins être remplie. Que l'on identifie les échanges prioritaires et qu'on les rationalise, et que l'on se donne le temps de les organiser à travers un véritable projet. Tout ne se fera pas en un jour et il faut éviter de créer des flux d'informations sans schéma d'ensemble et sans avoir mesuré précisément leur coût et leur avantage.

Il conviendrait également que l'élaboration de ces dispositifs soit planifiée en fonction des autres chantiers également prioritaires, comme le RCD (répertoire des cotisants déclarants) ou le RGCU (répertoire de gestion des carrières unique) qu'il est indispensable de faire aboutir dans la stratégie préétablie.

D

Accès aux droits : vues d'ailleurs

Comment la Poste approche la question de l'accès aux droits dans son univers ? Ou comment faciliter l'accès au service pour les plus démunis pour réussir l'accès pour tous ?

Par **Xavier QUERAT-HÉMENT,**
Directeur qualité, groupe la Poste

Xavier QUERAT-HEMENT est Directeur de la Qualité du Groupe La Poste. Membre de la Commission Nationale des Services et du Groupement des Professions de Services, il assure la présidence du Comité d'Orientation « Management et Service » de l'AFNOR, la co-présidence de l'Association France Qualité Performance et la vice-présidence de l'Association Française de la Relation Client (AFRC). www.xavierquerathement.fr / @xavierquerat

Plus de 22 milliards d'euros de chiffre d'affaires, 266 369 collaborateurs, près de onze millions de clients à La Banque Postale, un réseau de facteurs présents 6 jours sur 7 au domicile de tous les Français et desservant 38 millions de boîtes aux lettres, 17 000 points de contact qui accueillent près de deux millions de visiteurs par jour, mais aussi 50 millions d'appels reçus chaque année par les plateaux téléphoniques, 13 millions de visiteurs uniques sur les sites portail chaque mois… Ces chiffres démontrent s'il en était besoin que le Groupe La Poste est un géant dans l'univers de l'industrie du service.

La multiplication des points de contacts, des réseaux, des canaux permet à cet « opérateur de service universel » de bien assurer sa mission de proximité et d'accessibilité auprès de l'ensemble des Français. Mais ces données restent muettes sur la qualité de la relation que le Groupe a réussi à mettre en place avec ses clients. En l'occurrence, ces chiffres impressionnants ne nous disent pas comment un grand groupe fait pour être plus accessible aux personnes les plus fragiles. Comment fait-on pour passer de la gestion de flux aussi massifs à la personne, à chacun, avec ses besoins particuliers ?

Cette question revêt un enjeu fondamental. Car il interroge la définition même d'un opérateur de service public. En effet, dans les trois grands principes de la « loi de Rolland », on trouve la « continuité » (régularité du service), la « mutabilité » (adaptation des services publics à l'évolution des besoins collectifs et aux exigences de l'intérêt général) et enfin « l'égalité ». C'est surtout ce dernier principe qui nous importe pour notre propos. Pour Louis ROLLAND, professeur de droit qui exerçait à l'université de Paris, l'égalité « interdit la discrimination entre les usagers du service tant vis-à-vis des prestations que des charges : des situations identiques doivent être traitées de la même manière. Mais inversement, des traitements différents peuvent être réservés à des situations différentes. ».

Ces principes centenaires restent plus que jamais d'actualité. Dans une interview exclusive pour la revue Cohésion, Benoît HAMON, Ministre de l'Éducation Nationale et précédemment Ministre de l'Économie sociale et solidaire s'exprimait ainsi : « La Poste joue un rôle fondamental dans notre quotidien à tous, que nous habitions une grande métropole ou dans une zone rurale. Partout où elle est présente, elle assure des missions de service public et répond aux besoins des populations. (…) À l'heure de la mondialisation, l'enjeu pour La Poste est de capitaliser sur son identité pour continuer de s'adapter aux évolutions de la société et en particulier, à ses modes de communication comme elle a su le faire jusqu'à présent. ».

S'en tenir à ces principes est un véritable engagement de tous les jours et surtout une obligation de résultats. En particulier, dans une période où le changement rapide s'impose et où il faut en conséquence s'adapter en permanence. Avec l'émergence des nouvelles technologies de communication et l'évolution des usages des clients, le Groupe La Poste doit se transformer pour y faire face et continuer à remplir ses missions. Seule une entreprise en bonne santé peut porter les missions d'intérêt général dans le contexte budgétaire actuel. Confronté à une mutation globale, à la baisse rapide de ses volumes courrier (-6 % / an), maintenir ce principe d'égalité est un impératif. Car pour continuer de servir tout le monde sur le même pied d'égalité et avec une bonne qualité de service, cela implique la mise en place d'un dispositif pour mieux accueillir les « publics les plus fragiles ». Et comme nous le verrons, s'occuper en priorité des plus faibles, est la condition de la pérennisation du système. Car comment répondre aux nouvelles exigences des clients si nous ne commençons pas par venir en aide aux clients qui en ont le plus besoin ? C'est même au cœur de la crédibilité, de la légitimité de l'entreprise, c'est même dans l'ADN des postiers.

Quel est le public cible concerné par la notion de « personnes en difficulté » ? Comment au cours de la transformation qu'il a vécu, le Groupe La Poste a-t-il fait pour toujours mieux répondre aux attentes de tous et en particulier des plus fragiles ? Comment est né le concept de « Relation Client Solidaire » et quels sont les leviers externes sur lesquels s'appuie notre Groupe ? La technologie et l'innovation de service ont-elles un rôle à jouer ? Quel est le rôle des collaborateurs et comment faire pour mieux les impliquer ? C'est à toutes ces questions que nous allons essayer de répondre.

I- L'accès aux droits, envers et « Contre toute attente » !

Comme nous le rappelions brièvement dans l'introduction, l'égalité est un des trois piliers du service public. Cela revêt d'autant plus d'importance que La Poste est le premier réseau proximité en France. Comme le souligne Georges Lefebvre, Délégué Général du Groupe, « La Poste permet de créer du lien et de la solidarité entre les populations et les territoires. (…) Là où il y a un bureau de poste, là où il y a un facteur, là où il y a une voiture jaune, là où il y a l'oiseau bleu de la Banque Postale, il y a finalement une manifestation de la République. C'est d'ailleurs pour cette raison que les enjeux concernant La Poste vont bien au-delà de l'exécution de ses missions de service public (…) ».

Pour que ce principe soit respecté, il faut que chacun puisse être servi en fonction de ses besoins particuliers. Tel est l'enjeu. Dans cette logique, il faut apporter un soin particulier aux populations les plus fragiles. Certains ont besoin de davantage de services : « qui sont-ils ? », « quels sont leurs besoins ? ». En interne, afin de mieux venir en soutien aux clients vulnérables, nous avons tenté d'analyser des typologies et des parcours. Nous avons pu identifier cinq types de vulnérabilités rencontrées par les clients : « financière », « culturelle », « administrative », « physique » et « technologique ».

Chacune de ces situations cause une forme de vulnérabilité par rapport aux parcours clients mis en place et a des conséquences sur la relation client. Ainsi, une situation de « handicap », implique une accessibilité limitée et a pour conséquence sur la relation client, « la nécessité d'un équipement et d'un accueil adapté ». Une situation culturelle où l'individu rencontre des problèmes de langue, de la maîtrise du français ou de calcul, génère des obstacles sur le parcours clients et peut demander une pédagogie spécifique, par exemple, pour envoyer un mandat. Dernier exemple, enfin, un manque d'expérience posera un problème d'autonomie par rapport au multi-canal et à l'automatisation. En conséquence, il

sera nécessaire, là-aussi, de faire un effort pédagogique.
Prenant en compte la spécificité de toutes ces populations, le Groupe La Poste a décidé de mettre en place des solutions adaptées qui répondent à chaque type de besoin tout en poursuivant par la même occasion sa démarche de modernisation.

La Poste, telle qu'on la connaît aujourd'hui, est le fruit d'une réflexion générale intitulée «Ambition de service du Groupe La Poste». Initiée à partir de 2008, cette démarche concerne tous les métiers du Groupe. Cette « entreprise de transformation » a visé pour principal objectif la réduction des principaux irritants clients, tels que, par exemple, « l'attente aux guichets » ou encore « la présentation des recommandés en l'absence des clients », « le traitement des réclamations », « l'information des clients sur nos services »… Nous avons multiplié les opportunités de points de contact avec les clients. Un service consommateurs a été mis en place avec un numéro de téléphone, le 3631 non surtaxé, donnant accès à tous les services (plus de 10 millions d'appels chaque année), et une présence forte sur le portail Internet du Groupe qui accueille plus de 140 000 visiteurs uniques par mois. L'entreprise accueille également les clients sur les espaces sociaux (Facebook, Twitter). L'enjeu est de les recevoir bien, à chaque fois, quel que soit le canal (face à face, à distance).

Lors de cette transformation, 4 600 bureaux ont été modernisés pour être rendus plus accessibles, simples pour tous et notamment pour les personnes les plus fragiles. Nous avons veillé à apporter un soin tout particulier aux publics présentant un handicap. Pour les personnes sourdes et malentendantes, nous avons mis en ligne une page dédiée permettant le dialogue en langue des signes par webcam, ainsi qu'un formulaire simplifié de demande d'information avec une vidéo mode d'emploi en langue des signes. Cela représente des investissements importants mais qui se situent au cœur du modèle social et sociétal du Groupe.

Cette démarche a eu pour conséquence la progression du taux d'accessibilité externe des établissements recevant du public. Celui-ci était de 49 % en 2010, de 58 % en 2011, et de 70 % en 2012. Comme le souligne le rapport « Performance responsable 2012» : « À fin 2012, 70 % des sites patrimoniaux étaient accessibles en externe aux personnes à mobilité réduite (PMR), en progression de douze points sur un an. Parmi eux, les bureaux de poste patrimoniaux atteignent un taux d'accessibilité externe de 65 %. Une attention particulière est portée au parc locatif, pour lequel les travaux dépendent essentiellement des propriétaires, et dont le taux d'accessibilité externe est actuellement de 45 %. » Ce premier exemple démontre à quel point le Groupe La Poste a conservé le souci de n'oublier personne dans son chemin de modernisation.

L'équation peut se poser en d'autres termes : les clients demandent un service toujours plus rapide. Mais comment répondre à cette exigence, si on ne sait pas s'occuper de ceux qui ont besoin de plus d'attention ?

Lors de l'opération « Contre toute attente », nous avons été confrontés à des problèmes particulièrement sensibles par rapport à ce contexte : en effet, l'installation d'automates permet de réduire les files pour les tâches les plus simples (retrait de carnets de timbres, envois postaux…), mais ces automates peuvent avoir un aspect rébarbatif pour certaines populations. Nous avons vu plus haut que le manque d'autonomie par rapport aux technologies innovantes pouvait faire partie des situations de vulnérabilité rencontrées par les clients. C'est là, sans doute, que les collaborateurs jouent un rôle fondamental en intervenant auprès de ceux qui en ont le plus besoin. Cela se traduit par une approche pro-active de l'accueil client en bureaux de poste (le « aller vers avec le sourire »), fondée sur la segmentation des flux client notamment en fonction de leurs besoins et des temps d'opération.

Les files d'attente générées par le versement des prestations sociales illustrent bien ce problème (La Poste est dans les faits le seul établissement financier à recevoir tous les publics). Ce scénario se renouvelle chaque mois à jour fixe et

cela nécessite la mise en place d'un dispositif d'accueil spécifique dans lequel tous les paramètres sont pris en compte, y compris la sécurité.
En effet, lors de ces journées très particulières, des sommes considérables sont gérées. 800 millions d'euros de prestations sociales sont versés chaque mois via des bureaux de Poste à plus de deux millions d'allocataires ! Cela implique une logistique considérable (sécurité spécifique, équipes renforcées, transport de fonds), de l'innovation (par exemple, la remise de carte de retrait dans certains bureaux sans argent) et une implication sans faille de toutes les équipes qui vont vers les plus fragiles. Pensons que chacun d'entre-eux a une attente bien spécifique : certains sont habitués à n'avoir que du liquide sur eux et refusent la technologie, d'autres, confrontés à la solitude, sont heureux de profiter des files d'attente, d'autres enfin ont besoin d'une traductrice… pendant qu'un autre public, lui, souhaite un service rapide afin de gagner du temps. Chacun vient à La Poste avec une demande particulière. Les postières et les postiers doivent trouver un juste équilibre entre les attentes de chacun, dans le respect et l'efficacité. À cela s'ajoute une forte tension due au rallongement de la file d'attente. Les collaborateurs sont parfois confrontés à des incivilités. On comprendra enfin que les populations les plus fragiles n'ont parfois ni l'expérience, ni l'envie d'être confrontées à des machines. Pour eux, la relation client avec un collaborateur est fondamentale, car elle renforce le lien social dont elles peuvent avoir besoin. Les équipes ont donc également ce rôle à jouer : il s'agit de soutenir et d'accompagner.

L'Esprit de service[1] consiste à aller vers ces personnes et les accompagner vers les automates, par exemple. Cela se fait parfois dans des conditions très difficiles. C'est face à ces difficultés que j'ai eu l'idée de développer la notion de « Relation Client Solidaire ». Mais avant de revenir en détail sur cette notion fondatrice, citons le témoignage de Martine Lemarchand, directrice d'établissement à Sarcelles (bureau qui reçoit plus de 1 800 personnes par jour), illustre ces difficultés : « Le bon profil pour travailler dans les ZUS (Zone urbaine sensible) ? Des collaborateurs expérimentés, parlant plusieurs langues. Grâce à la solidarité de mon équipe qui communique avec les clients par dessins, en anglais, par des gestes, qui prend le temps de leur expliquer de façon pédagogique autant de fois que nécessaire, comment effectuer une démarche, se servir d'un automate, etc., nous avons ainsi obtenu de bons résultats commerciaux sur 2013 ! Car les ZUS ont un potentiel ! Améliorer l'accueil des clients en situation de vulnérabilité est bénéfique pour l'ensemble des acteurs et in fine, pour la société toute entière. » Ce témoignage rappelle que le succès passe par le renforcement de l'accueil dédié aux plus fragiles. Celui-ci est la condition de possibilité de la réussite de l'ensemble. « Il faut accueillir tout le monde, c'est notre fierté ».

II- « La relation client solidaire » au service des plus fragiles

Le concept de « Relation Client Solidaire » est fondamental. Il est issu du travail mené dans le cadre du projet « Contre toute attente ». Dans un premier temps, il est le fruit d'une action en interne, co-construite et pro-active avec les guichetiers, les responsables des bureaux de poste et les clients, pour identifier une posture spécifique à l'égard des populations les plus fragiles. Dans un second temps, le concept de « Relation Client Solidaire » implique une collaboration avec des partenaires extérieurs, concernés par le même enjeu (CAF, Croix Rouge, France Terre d'Asile, etc). Ce travail a été repris et amplifié par La Banque Postale. Si nous voulons réussir la relation client avec chacun, il est essentiel de soigner particulièrement cette Relation client solidaire. Conscient de cet enjeu, Le Groupe La Poste organise chaque année les Rencontres de la « Relation Client Solidaire ». Ces

1 NB La démarche de transformation appelée « Esprit de service » est présentée dans un ouvrage aux éditions Lexitis paru en juin 2014.

journées sont l'occasion de faire le point sur les projets menés en faveur des clientèles en situation vulnérable, l'amélioration de la relation, l'évolution des incivilités, les difficultés rencontrées, les enjeux de management, de formation, d'accompagnement, de reconnaissance. Elles réunissent partenaires, élus et postiers impliqués.

Parmi les actions menées par la Fondation La Poste, on trouve de nombreux exemples de partenariats dont l'objectif est de venir en aide aux publics les plus fragiles. Un bel exemple de levier externe est l'ensemble « Cour du Languedoc ». Il s'agit d'un partenariat avec l'association Bouche à Oreille pour réaliser des ateliers d'écriture de chanson et un CD avec le public d'une zone urbaine sensible. Ce projet fut une véritable réussite qui donna lieu à un spectacle. Il participe de l'engagement du Groupe en faveur de la lutte contre l'exclusion.

Autre exemple de levier externe, le partenariat qui a été établi avec l'ESAP pour encourager la naissance de l'école des sports et des activités physiques de Metz-Borny. Ainsi, avec la participation de La Poste, des stages ont été organisés pour que des jeunes du quartier de cette zone sensible puissent suivre des cours d'arbitrage récompensés par un diplôme.

Comme on le voit, l'engagement de La Fondation La Poste montre un fort attachement aux combats contre les exclusions. La mobilisation de ces leviers externes reflète l'engagement du Groupe au quotidien. Cet engagement soutenu est chiffrable : les indicateurs de diversité et sociétaux démontrent que des efforts constants sont faits pour développer le recrutement dans les quartiers sensibles.

Ensuite, à l'échelon national, en 2013, le Réseau La Poste comptait « 902 bureaux ZUS » ou desservant des ZUS et 1 341 bureaux de Poste accueillant une clientèle majoritairement fragile financièrement.

Quelle est la spécificité de ces bureaux ? Metz-Borny est une autre illustration de « la présence postale responsable en zone urbaine sensible ». Ce projet pilote se compose d'un bureau de poste à Metz-Haut-de-Blémont et un centre de courrier (situé sur la zone de l'Actipôle). Il a consisté à mener de multiples actions d'information et de sensibilisation en partenariat avec les différentes structures associatives, bailleurs sociaux et autres acteurs du quartier. L'objectif étant de fournir un accompagnement adéquat aux personnes les plus vulnérables, afin que celles-ci puissent accéder en toute simplicité aux services postaux.

Les moyens disponibles sont mobilisés dans le cadre du contrat de présence postale territoriale. Sur le terrain, ce projet s'est manifesté par la mise en place de solutions innovantes initiées en co-création avec les acteurs locaux et les collaborateurs du Groupe. Ainsi, des réunions ont eu lieu entre les bailleurs sociaux, les gardiens d'immeubles et les collaborateurs de la Poste pour évoquer les parcours clients et les difficultés rencontrées (dégradations, absence de noms, problème d'accessibilité à certaines rues…). Comme le rapporte Jean-Luc Lauvray, chef de l'équipe de l'agence Coliposte de Metz-Woippy, « la mise en place d'interlocuteurs identifiés chez les différents intervenants a permis également de s'adresser aux bonnes personnes pour régler le plus rapidement possible les petits problèmes du quotidien ».

Nous engageons essentiellement des actions en partenariat avec des structures associatives ou privées qui travaillent sur ce type de projets : « pédagogie bancaire et postale », « médiation sociale », « prévention liée à la fragilité financière », « intégration des populations migrantes », « interprétariat et traduction ».

En 2012, La Banque Postale a lancé l'Initiative contre l'exclusion bancaire. Cette idée originale n'a cessé de prendre de l'ampleur depuis. Tout d'abord, rappelons qu'il s'agit d'une communauté d'acteurs engagés du monde social et associatif qui regroupe douze participants : l'Adie, Crésus, la Croix-Rouge française, La Banque Postale, les Restos du Cœur, le Secours catholique, le Secours populaire et l'Union nationale des centres communaux d'action sociale.
Les acteurs cités se sont fixé un double objectif : d'une part, accompagner les clients de La Banque Postale qui rencontrent des difficultés financières ponctuelles ou récurrentes et, d'autre part, améliorer la prévention des situations de fragilité financière.

Afin d'accéder aux services de l'Appui, un numéro unique non surtaxé a été mis en place. Celui-ci donne accès à une plateforme bancaire d'information et d'orientation. Il y a plusieurs sources d'orientation du client vers l'Appui. La prise de contact peut avoir été recommandée par le Centre Financier, le bureau de poste ou la filiale de crédit à la consommation de La Banque Postale. Certains partenaires du monde associatif cités précédemment (les Restos du Cœur, les CCAS ou les UDAF) peuvent également conseiller au client de prendre contact avec l'Appui.

À l'issue de cette prise de contact initiée par les partenaires de l'Appui, les télé-conseillers de la plateforme évaluent les besoins du client (le « reste pour vivre ») et effectuent un diagnostic complet de la situation budgétaire. Ils pourront alors identifier dans certains cas l'existence de droits non-ouverts (RSA, CMU, ACS…) et dans d'autres les cas de mal-endettement ou de sur-endettement.

À la suite de ce diagnostic, le client se voit proposer un « plan d'action ». Cela peut aller de la mise en relation avec des partenaires, des associations ou des acteurs sociaux volontaires (CCAS, UDAF, FASTT, PIMMS, FACE, CIDFF, ADIL) à la gestion des situations de mal-endettement ou surendettement avec CMP Banque et Crésus. La plateforme peut également proposer des offres solidaires adaptées aux besoins du client (ex. : programme Malin, Mobiliz, Optique solidaire…).

Près de 1 000 clients ont été accompagnés depuis mai 2013. Les profils types des clients identifiés, jusqu'à présent, sont des retraités ou actifs vivants seuls et sans enfants à charge.

Au travers de l'exemple de l'Appui des leviers internes et externes ont été mobilisés. L'interne, comme on le voit, repose sur la transformation des pratiques des collaborateurs, la modernisation et l'aménagement des bureaux de poste, l'accessibilité des produits et des services, l'adaptation des processus et des procédures. L'externe, quant à lui, s'appuie sur la mise en place d'un Club Initiative, l'achat de prestations de service (ex. : l'interprétariat) et la mise en place de partenariats institutionnels (CAF, CCAS…).

La force du Groupe La Poste auprès des plus fragiles, c'est cette capacité à décliner la notion de « relation client solidaire » dans tous les secteurs avec des appuis aussi bien en interne qu'en externe. Reste une question : peut-on encore innover en la matière pour toujours mieux servir ceux qui en ont besoin ?

III- Innover et « aller vers » avec l'Esprit de service, pour être toujours plus près des attentes de chacun

Nous avons vu que le Groupe La Poste s'engageait pour l'égalité au travers de projets nombreux, en allant au-devant des publics les plus fragiles, et en accompagnant les personnes qui rencontrent des problèmes financiers. Pour chacune de ces démarches, on constate que l'innovation de service

joue un rôle essentiel. Comme nous avons pu le démontrer par ailleurs (Revue Sociétal 2014), cette dernière est la clé de transformation des services publics qui leur permettra de s'adapter à la modernité et de répondre davantage aux attentes de chacun tout au long de son parcours client et à chacune de ses inter action avec l'entreprise ou l'administration.

Le Groupe La Poste innove ainsi pour renforcer la proximité en observant les attentes des populations rurales. Ces dernières, comme on le sait, peuvent être confrontées à la difficulté de se déplacer et il faut, en conséquence, venir à leur rencontre. C'est ainsi que les postiers proposent désormais des bouquets de services à domicile au travers du programme Facteurs Services Plus : Releveo (la possibilité d'effectuer un relevé de consommation), Porteo (le portage de médicaments ou de produits à domicile), Equipeo (la livraison et l'installation de décodeurs TV), Facileo (la remise ou collecte de documents importants) et enfin, Cohesio (la prévention auprès des personnes fragiles).

Afin de mener à bien ce projet, d'ici 2015 tous les facteurs seront équipés de smartphones Factéo et formés pour aller au-devant des populations afin de leur apporter de nouveaux services. L'innovation de service permet au Groupe de s'appuyer sur la technologie pour garantir le principe d'égalité et être en mesure de maintenir la continuité du service public.

Rappelons que le facteur est le deuxième personnage préféré des Français (d'après un sondage TNS, 92 % des Français ont confiance dans leur facteur et 87 % estiment qu'il joue un rôle clé dans la société).

On notera que ce dernier service s'adresse à la fois aux personnes les plus éloignées mais également aux personnes âgées. La silver économie fait partie intégrante de la politique d'innovation de service sur laquelle travaille le Groupe La Poste. Selon une étude du Credoc de 2010, les seniors assureront une majorité de dépenses sur différents marchés : 64 % sur la santé, 60 % pour l'alimentation, 58 % pour l'équipement et 57 % pour les loisirs… On estime le potentiel de la silver économie à plus de 300 000 emplois créés d'ici 2020. On comprendra que ce public qui a des besoins spécifiques pousse le Groupe La Poste à innover davantage pour satisfaire les attentes. Ainsi, un partenariat avec la CNAM sur des populations âgées a été mis en place. En Normandie, une expérience a été menée avec des Postiers qui ont rendu visite à plus de 3 000 personnes âgées pour remplir des questionnaires très simples de maintien d'accès aux droits. Les collaborateurs sont également capables de donner des informations sur l'état de santé des personnes âgées aux mairies ou aux CCAS.

Mais beaucoup reste à inventer en matière de parcours et d'expériences clients, aussi, ce chantier doit rester ouvert à l'innovation collaborative. Avec l'émergence de l'économie du partage et du collaboratif, l'innovation sociale et sociétale a le vent en poupe. Bien plus qu'un phénomène de société, il s'agit d'une modification profonde des structures qui régissent son développement. Cette transformation est propice pour la création de nouvelles solutions entrepreneuriales qui répondront mieux aux défis sociaux auxquels est confrontée notre société. Ashoka, par exemple, fournit une excellente source d'inspiration : premier réseau mondial d'Entrepreneurs Sociaux (plus de 3 000 répartis dans 80 pays), cette organisation internationale, soutenue par Geopost, cherche à « inspirer, encourager, faciliter la co-création d'activités nouvelles à fort impact social, en faisant tomber les barrières entre les parties prenantes de la société et équiper les jeunes générations avec les compétences indispensables pour « changer le monde ». C'est en s'inspirant de tels modèles et/ou en collaborant avec eux, que Le Groupe La Poste pourra relever de nouveaux défis et se rapprocher chaque jour un peu plus des attentes de chacun.

Si l'innovation joue un rôle fondamental, comme nous l'avions montré à l'occasion de la première Fête des Services en France (décembre 2013), remarquons qu'elle ne serait rien sans l'engagement formidable des femmes et des hommes qui s'investissent au quotidien pour adresser les problématiques de ces populations fragiles et travailler à maintenir le lien social. Les postiers sont les premiers acteurs de cette transformation et ce sont eux les moteurs du changement. Dans ce monde « tout numérique », la relation de proximité reste clé. La bonne application de la Relation Client Solidaire n'est possible que grâce à l'Esprit de service des équipes et à la motivation de chacun des collaborateurs. Cet Esprit de service s'illustre au travers de démarches de type « aller-vers » quand, dans les bureaux, ou sur le terrain, le Postier prend les devants pour signaler au client qu'il a droit à un service spécifique, dont celui-ci n'avait pas forcément conscience. Cette démarche est fondatrice et elle a fait l'objet de formations spécifiques auprès des collaborateurs.

Notons également qu'un effort de formation a été également mené avec les partenaires externes. Dans certains quartiers cibles (à la Goutte d'Or, par exemple), les collaborateurs forment des membres d'une association. Nous avons créé un kit pédagogique pour l'utilisation des automates et le remplissage des formulaires postaux et bancaires. Sur les territoires, l'accompagnement s'enrichit avec la mise à disposition pour les équipes d'un « kit démarche partenariale » et des dispositifs d'évaluation des impacts locaux pour La Poste, les partenaires et les territoires. Pour les partenaires également nous déployons des moyens afin de former des ressources : 40 sessions de formation à la pédagogie postale et bancaire ont été initiées depuis 2012, des kits pédagogiques contenant fiches, ateliers, lettres types bancaires et un guide « La Poste » en fonction des situations de vie des clients, sont distribués. Une belle illustration du volontarisme qui anime les équipes.

Beaucoup de choses ont été faites, beaucoup de choses restent à faire. L'amélioration de l'accessibilité est un work in progress. Cela demande un effort considérable pour le Groupe La Poste, sur le plan financier, mais également en termes de ressources humaines.

Pour continuer sur ce chemin, Le Groupe La Poste, acteur du lien, de la relation, de la « réduction de fracture sociale, territoriale, numérique », devra sans cesse innover et mobiliser l'ensemble de ses richesses humaines pour être toujours plus à l'écoute de la diversité des publics. Un engagement quotidien au service des clients, en Esprit de service, pour tenir la promesse « pour tous, partout, tous les jours ».

OBAMACARE ou la longue marche des États-Unis vers l'accès aux soins pour tous

Par Claire AUBIN,
Inspectrice générale des affaires sociales, Conseillère pour les affaires sociales à Washington

Claire Aubin est en poste à Washington comme conseillère pour les affaires sociales auprès de l'Ambassade de France aux États-Unis.
Inspectrice générale des affaires sociales, elle a depuis sa sortie de l'ENA occupé des fonctions variées dans la sphère du travail et des affaires sociales, à l'IGAS, en administration centrale, dans les services déconcentrés, à Bruxelles (Représentation de la France auprès de l'Union européenne) et dans le cadre de l'ONU.

Les points de vue exprimés dans cet article n'engagent que son auteure et en aucun cas les institutions d'appartenance.

L'« Affordable Care Act », plus communément désigné sous l'appellation d' « Obamacare »[1], est un ensemble législatif complexe adopté en 2010 par le Congrès des États-Unis, dont certaines dispositions essentielles viennent d'entrer en vigueur.

Des deux volets que comporte la réforme celui visant à étendre la couverture santé pour permettre à tous les Américains d'accéder aux soins est de loin le plus connu. Le deuxième axe, qui a trait à l'organisation des soins et à la maîtrise des dépenses de santé, a été beaucoup moins médiatisé car moins sujet à controverse. La bataille politique s'est en effet largement polarisée sur la mise en place d'une assurance obligatoire contre le risque maladie présentée par le camp conservateur comme une atteinte au principe de liberté individuelle et une entrave aux mécanismes de marché.

On examinera ci-dessous les spécificités du système américain qui expliquent la problématique d'accès aux soins aux États-Unis (1) avant d'exposer l'architecture du dispositif destiné à y remédier (2). Après avoir analysé les difficultés de mise en œuvre de la réforme (3) on s'interrogera sur la capacité de l'Obamacare à tenir ses promesses en termes d'accès aux soins (4).

La problématique de l'accès aux soins aux États-Unis

Les problèmes d'accès aux soins constituent une préoccupation de longue date aux États-Unis. Les trous de la couverture maladie ont en effet des conséquences importantes au plan économique, social, et en termes de santé publique.

Les trous de la couverture maladie

50 millions de personnes non assurées

Le nombre des personnes sans assurance santé aux États Unis en 2010 était évalué à quelques 50 millions de personnes soit 16% de la population totale. C'est ce chiffre, déterminé par voie d'enquête et non exempt de contestation[2], qui a servi de référence dans les projections et travaux relatifs à la réforme.

1 L'appellation d' « Obamacare » était initialement un sobriquet appliqué à la réforme par ses détracteurs. Elle est aujourd'hui communément utilisée, même par ses partisans.

2 Le bureau fédéral du recensement (Census Bureau) procède chaque année à une évaluation dans le cadre de son enquête annuelle de population (Current Population Survey). Les Républicains ont mis en cause le chiffre de 50 millions, jugé surestimé. De fait, le Census Bureau a procédé à une modification du mode de recueil des données en 2013 qui conduit à réviser en baisse ces estimations. La rupture des séries statistiques qui en résulte complique l'évaluation des effets de la réforme et a relancé les accusations de manipulation statistique.

30 millions de personnes mal assurées

Un autre phénomène moins connu mais significatif concerne la population mal assurée. Dans cette catégorie, on regroupe les personnes ayant un faible niveau de couverture (niveaux de franchise élevés, plafonds annuels de prise en charge, co-paiement importants…) ou dont la couverture exclut certains risques, en fonction du profil individuel, des antécédents médicaux ou des options souscrites dans le cadre contractuel. Une analyse effectuée en 2012 chiffrait à près de 32 millions le nombre des personnes sous- assurées[3].

En ajoutant cette population à la population sans assurance, ce sont au total plus de 80 millions de personnes qui risquaient de ne pouvoir accéder aux soins pour des raisons financières.

Des dispositifs dispersés et lacunaires

La diversité des dispositifs et des sources statistiques permet difficilement d'avoir une vision agrégée de la population américaine au regard de la couverture maladie. Sur la base d'une étude réalisée pour l'année 2012, la situation peut être résumée comme suit [4]:

% de la population couverte par

Assurances privées 53 %, dont		Dispositifs publics 31 %, dont			Non assurés 15 %	Total 100 %
Dispositifs employeurs 48 %	Assurances individuelles ou autre 5 %	Medicare 16%	Medicaid 14%	Autre 1%		

Source : Kayser Family Foundation

Le libre jeu du marché

Jusqu'en 2010 le modèle américain se caractérisait par l'absence de toute obligation au regard du risque maladie. Les individus étaient libres de s'assurer ou non, en fonction de leur propre appréciation du rapport coût/bénéfice d'une telle démarche. Les employeurs étaient libres de proposer ou non une couverture santé à leurs salariés. Les assureurs étaient libres de pratiquer une sélection des risques au regard des caractéristiques individuelles de chaque personne et décidaient librement des garanties offertes.

Des assurances liées à l'emploi

Pour les Américains, la possession d'une couverture santé était et demeure le plus souvent un avantage lié à l'emploi (benefit). Elle a longtemps constitué le signe distinctif d'un emploi de qualité et un avantage social apprécié, utilisé par les entreprises pour attirer les meilleurs candidats. Ce type de couverture reste le mode dominant, même s'il a connu une forte baisse dans les années 2000[5].

Des dispositifs publics pour certaines populations

Si l'on excepte les régimes spécifiques aux personnels militaires et anciens combattants, les systèmes publics s'adressent pour l'essentiel à des personnes qui ne peuvent travailler. Le dispositif Medicare bénéficie aux « seniors » à partir de 65 ans. Le dispositif Medicaid couvre, sous conditions très strictes

3 The Commonwealth Fund, mars 2014.

4 Kayser Family Foundation « Health Insurance Coverage of the total population 2012 ».

5 Catherine SAUVIAT « Où en est la mise en œuvre de l'Obamacare, quatre ans après l'adoption de la loi? » Chronique internationale de l'IRES, n°147.

de ressources, les personnes handicapées, les femmes enceintes et dans certains cas, les parents pauvres d'enfants éligibles au Children's Health Insurance Program (CHIP).

Les causes multiples de la non assurance

L'absence d'assurance peut recouvrir des cas de figure variés. Le chômage ou la perte d'emploi en constituent un. Pourtant les trois quart des personnes sans assurance vivent dans une famille comportant au moins un travailleur à plein temps mais sans couverture santé liée à l'emploi, soit parce que l'employeur n'en propose pas, soit parce que le coût de la couverture proposée est dissuasif. On trouve également parmi les non assurés des personnes qui sont éligibles aux dispositifs publics mais n'ont pas fait valoir leurs droits, ainsi qu'un nombre important de jeunes adultes (de 19 à 25 ans)[6]. S'y ajoutent les personnes exclues par les compagnies d'assurance en raison d'antécédents conduisant à un risque de santé majoré (preexisting condition).

Des conséquences préoccupantes au plan économique, social et sanitaire

Les lacunes de la couverture maladie ont un impact important sur le budget et l'équilibre financier des ménages

On estimait en 2010 que 35 % des Américains avaient un reste à charge annuel supérieur à 1 000 dollars pour leurs dépenses de santé[7]. Ce reste à charge atteint des montants particulièrement élevés pour les personnes souffrant de maladies chroniques.

En cas de sérieux problème de santé, un niveau insuffisant de couverture peut avoir des conséquences dramatiques. Près des deux-tiers des faillites personnelles enregistrées aux États-Unis résultent de dépenses de soins. Dans les trois quarts des cas, les personnes avaient une assurance santé[8].

Le défaut d'assurance maladie a par ailleurs des effets significatifs sur le recours au dispositif de soins.

53 % de la population non assurée n'a pas de suivi régulier contre 10 % seulement de la population couverte par Medicaid ou disposant d'une assurance liée à l'emploi. Parmi les personnes sans couverture, 30 % déclarent avoir dû reporter des soins pour des raisons financières contre 7 % des personnes assurées par l'intermédiaire de leur entreprise. 24 % des personnes assurées déclarent n'avoir pu exécuter une prescription du médecin faute d'argent contre 5 % des personnes couvertes via leur entreprise[9].

S'interrogeant dans un récent rapport[10] sur les raisons des médiocres performances des États-Unis en termes de santé publique, l'Institut de médecine américain citait en premier lieu l'organisation du système de santé, notamment l'absence de couverture universelle et les problèmes d'accès aux soins en résultant, avant d'aborder les facteurs comportementaux, environnementaux et les déterminants socio-économiques.

Une réforme conçue pour ouvrir un accès aux soins au plus grand nombre

Un enjeu : l'accessibilité financière

L'intitulé de la réforme « Affordable Care Act » expose clairement son objet qui est rappelé au titre I de la loi : « des soins de qualité, abordables pour tous les Américains ». Toutefois, la référence à l'universalité a de fait été abandonnée, pour lui substituer, au moins dans un premier temps, le « plus grand nombre » : la cible officielle est désormais fixée à 30 millions de nouveaux assurés.

6 Kayser Family Foundation « The uninsured, a primer » October 2013.

7 Commonwealth Fund « International Health Policy Survey in Eleven Countries » 2010.

8 American Journal of Medicine, juin 2009.

9 Source : Kayser Family Foundation, op cit

10 National Research Council and Institute of Medicine. U.S. Health in International Perspective: Shorter Lives, Poorer Health. Washington, DC: The National Academies Press, 2013.

Une démarche de compromis

L'hypothèse d'un système à l'européenne a été initialement envisagée. Une telle option était théoriquement possible : le dispositif Medicare pouvait être étendu à tous en supprimant le seuil d'éligibilité à 65 ans. Mais elle était politiquement exclue dans un pays où la couverture maladie constitue un marché vital pour le secteur des assurances et où l'idée d'un système centralisé (single payer) porte des relents de collectivisme peu porteurs.

Pour faire passer la réforme, il a donc fallu composer avec l'existant. L'Obamacare, dès le départ, représente un compromis : la structure composite et multicentrique du système de santé américain n'est pas remise en cause, le marché est respecté, mais la réforme l'organise et s'efforce de colmater les failles les plus criantes de la couverture maladie.

Ce parti pris aboutit à un ensemble législatif et réglementaire particulièrement touffu. Mais cette complexité souvent reprochée à la réforme reflète en définitive celle du système sur lequel elle a dû se greffer [11].

Une architecture complexe

Dans ce contexte, l'accès aux soins pour le plus grand nombre devait résulter de la combinaison de trois éléments principaux :

- **Une obligation d'assurance**

La mesure phare de la réforme est l'institution du « mandate », aux termes duquel les individus doivent être assurés contre le risque maladie ou, à défaut, payer une contribution au Trésor public. Cette disposition a d'emblée été la plus contestée, présentée par ses adversaires comme une atteinte au principe de liberté. A cette obligation individuelle répond une obligation collective pour les entreprises, qui au delà de 50 salariés, sont tenues de leur proposer un contrat d'assurance santé.

- **Des mesures pour solvabiliser la demande**

Un dispositif à trois étages est prévu selon le niveau de revenu des ménages :

  - **pour les plus défavorisés, un accès élargi au dispositif public Medicaid**. Selon l'Affordable Care Act, toute personne dont le revenu ne dépasse pas 138 % du seuil de pauvreté [12] devient éligible à ce programme lui permettant de bénéficier d'une couverture santé gratuite.
  - **pour les revenus intermédiaires, un système de crédits d'impôt.** Les personnes dont le revenu se situe entre 138 et 400 % du seuil de pauvreté bénéficient d'une subvention pour souscrire une assurance privée dont le coût se trouve significativement réduit
  - **pour les plus aisés, des prix de marché mieux régulés**. Au-delà de 400 % du seuil de pauvreté, les prix du marché s'appliquent mais un effet de modération est attendu de l'application des règles organisant une plus grande transparence et compétition. Les coûts d'accès prohibitifs pour les personnes présentant un risque de santé particulier sont désormais bannis et la possibilité de pratiquer des tarifs différenciés en fonction de l'âge est limitée.

11 Comme le rappelle le Président de l'association des hôpitaux américains (AHA), Rich UMBDENSTOCK, « il est impossible d'expliquer en termes simples un système soumis aux 130 000 pages de la réglementation Medicare et aux spécifications de 1 300 assureurs privés ».

12 138 % du seuil fédéral de pauvreté équivaut à un revenu annuel de 16 100 dollars pour une personne seule et 32 900 dollars pour une famille de 4.

- **Des critères de qualité minimum**

Diverses mesures visent à garantir la qualité des couvertures proposées sur le marché. Ainsi, il est désormais interdit aux compagnies d'assurance de sélectionner ou d'exclure certains risques et de fixer des plafonds financiers conduisant à l'interruption des prises en charge en cas de pathologie coûteuse. Une autre innovation majeure réside dans la définition d'un panier de prestations minimum (essential benefits) dont la couverture doit être assurée dans tous les contrats.

Une mise en œuvre politiquement et techniquement difficile

Une réforme qui touche à des valeurs américaines sensibles

L'ampleur des réticences suscitées par la réforme ne peut se comprendre sans faire référence aux spécificités de la culture et du modèle américains.

Lorsqu'il s'agit d'arbitrer entre liberté et sécurité, entre responsabilité individuelle et solidarité collective, ou de trouver un équilibre entre le jeu du marché et l'intervention régulatrice, les Américains placent le curseur à un niveau différent des Européens. L'Obamacare touche à certains de ces arbitrages essentiels.

Dans ce contexte, l'institution d'une couverture maladie obligatoire a pu être présentée par ses adversaires comme une mesure liberticide et la contribution que doivent payer les personnes assurées ressentie comme un impôt confiscatoire.

Certaines implications de l'Obamacare, considérées comme potentiellement explosives au plan politique, ont été peu explicitées par ses partisans qui ont plutôt eu tendance à en minimiser l'impact. Barack OBAMA a lui-même, pendant sa deuxième campagne présidentielle, assuré que pour 80 % des Américains la nouvelle législation n'aurait aucune répercussion, façon quelque peu paradoxale de défendre une réforme ambitieuse.

Le tabou de la redistribution

La généralisation de la couverture santé, tant en termes de populations que de risques couverts, entraine nécessairement des effets distributifs. L'interdiction désormais faite aux compagnies d'assurance de pratiquer la sélection des risques, la prohibition des tarifs différentiels selon le sexe, la limitation de l'échelle des primes en fonction de l'âge, conduisent mécaniquement à augmenter la facture pour le public masculin jeune et en bonne santé. L'obligation de couvrir tous les risques dits « essentiels » et l'ouverture de nouvelles possibilités de couverture gratuite pour les plus défavorisés vont dans le même sens.

Mais ces effets ont longtemps été occultés, la redistribution revêtant dans le contexte politique américain une connotation plutôt négative. La notion même de mutualisation des risques n'a pas été explicitée. La découverte de ses effets concrets n'en a été que plus brutale. Pour des millions d'Américains, elle a pris la forme à l'automne 2013 d'un courrier de leur assureur. Celui-ci dénonçait leur contrat pour non-conformité à la nouvelle législation et leur proposait une nouvelle police, généralement plus chère. Habitués à des tarifs calculés en fonction de leur profil individuel, nombre d'assurés ont été scandalisés de devoir payer pour des services qu'ils estimaient ne pas les concerner. Par exemple la couverture maternité, jusqu'à présent optionnelle dans la majorité des polices d'assurance individuelles, a été introduite dans la couverture de base obligatoire. Il en va de même pour les soins liés à l'addiction ou à des troubles mentaux.

Le cadeau empoisonné de la Cour Suprême

La décision prise le 28 juin 2012 par la Cour Suprême a levé une lourde hypothèque en validant la constitutionnalité de l'obligation d'assurance (mandate). Mais elle a, dans le même temps, ouvert une brèche importante dans le dispositif en déclarant que l'extension du programme Medicaid ne pouvait être imposée au niveau fédéral et relevait du pouvoir de décision de chaque État.

De ce fait, près de la moitié des États américains se sont à ce jour[13] prononcés contre cette extension, dont le coût est pourtant compensé presque intégralement par le budget fédéral[14]. La pression exercée par les professionnels de santé et les assureurs, soucieux de récupérer ces milliards de dollars qui viendraient alimenter le marché de l'assurance et solvabiliser la demande de soins, n'a pu triompher de l'hostilité politique à la réforme qui fonde le refus de la plupart des gouverneurs républicains.

Ce refus remet en cause un pan essentiel de l'édifice qui devait apporter une couverture santé gratuite aux populations en situation de précarité financière.

Une crédibilité entachée par les problèmes techniques

Le lancement opérationnel de la réforme auprès du public a été officiellement qualifié de « désastreux» par la ministre de la santé de l'époque[15]. Très médiatisées, les avaries techniques du portail gouvernemental qui devait être l'outil et la vitrine de l'Obamacare ont été largement commentées et exploitées par ses opposants. Elles constituaient selon eux la preuve éclatante que la réforme souffrait de défauts de conception irréparables et devait être retirée.

Ces problèmes techniques ont entrainé un retard important dans la souscription des contrats d'assurance, qu'une mobilisation extrêmement active de toutes les parties concernées - administrations, assureurs, organisations militantes - a in extremis permis de combler. Au final l'objectif de 7 millions de contrats qui avait été fixé pour la première campagne annuelle de souscription a été atteint et même dépassé. Mais le déficit politique demeure, qui a durablement affecté la crédibilité de la réforme ainsi que les efforts du Président OBAMA pour promouvoir une conception renouvelée de l'intervention publique à travers la notion de smart government.

L'Obamacare peut-il tenir ses promesses ?

Il est évidemment trop tôt pour porter un jugement définitif sur une réforme particulièrement complexe dont toutes les dispositions n'ont pas encore été mises en œuvre. Si l'impact apparaît d'ores et déjà positif, l'accès aux soins pour le plus grand nombre se heurte encore à des obstacles importants.

Un impact réel : les trous de la couverture diminuent

Depuis l'adoption de la nouvelle législation, près de 20 millions de personnes au total ont eu recours à l'une des nouvelles modalités prévues pour l'obtention d'une couverture santé[16] :

13 Selon la Maison Blanche, 24 États sur 50 refusaient au 1er juillet 2014 d'étendre le dispositif Medicaid.

14 Le coût de l'extension du dispositif est financé par le niveau fédéral à 100 % pendant les trois premières années. La participation fédérale diminuera ensuite graduellement pour arriver à 90 % en 2020.

15 Déclaration de Kathleen SEBELIUS devant le Congrès, 30 octobre 2013.

16 David BLUMENTHAL and Sara R. COLLINS Health care coverage under the Affordable Care Act- a progress report New England Journal of Medicine, Juillet 2014.

Nombre de bénéficiaires au 31 mai 2014

Souscription d'un contrat sur les nouveaux marchés réglementés d'assurance[1]	Extension de la couverture santé parentale aux jeunes de moins de 26 ans	Extension du dispositif Medicaid[2]
8 millions	3 millions	7 millions

Source : Departement of Health and Human Services

Toutes ces personnes n'étaient pas sans couverture auparavant. Certaines ont seulement changé d'assurance, allant généralement vers des garanties plus étendues. Les données officielles ne comportant pas d'information sur la situation de départ, divers sondages ont été effectués pour tenter d'évaluer le nombre des nouveaux assurés.

Au niveau national, la population non assurée, initialement évaluée à 50 millions de personnes, aurait diminué d'environ 20 % : 8 à 11 millions de personnes (selon les estimations) bénéficieraient aujourd'hui d'une couverture alors qu'elles en étaient privées il y a un an[17]. Les plus fortes progressions sont enregistrées chez les populations structurellement les plus éloignées de l'assurance santé : jeunes, hommes, minorités ethniques.

La couverture universelle reste un horizon lointain

La persistance d'un noyau important de personnes non assurés résulte de plusieurs phénomènes distincts.

Le défaut d'extension de Medicaid

Les chiffres établis au niveau national masquent de grandes disparités géographiques qui reflètent elles-mêmes le positionnement politique des divers États au regard de la réforme. Ainsi la Californie, qui lui apporte un soutien affirmé, a enregistré la plus forte progression de la couverture maladie : la part de la population sans assurance y a diminué de moitié en un an, passant de 22 % à 11 % de la population totale. Inversement, la population non assurée est de plus en plus concentrée dans les États du Sud et du Midwest, hostiles à la réforme, qui ont refusé d'étendre le dispositif Medicaid. Selon la Maison Blanche, le refus des États concernés prive **5,7 millions de personnes** de la couverture maladie prévue par la loi. Plus d'1,2 millions d'entre eux habitent au Texas où les conditions d'éligibilité au dispositif Medicaid demeurent drastiques[18].

La décision de la Cour Suprême relative à Medicaid constitue bien une difficulté majeure, particulièrement préoccupante puisqu'elle concerne la frange la plus fragile de la population américaine. Mais elle n'explique pas à elle seule le maintien d'une importante population non assurée.

Le non recours aux droits

Nombre de personnes qui seraient éligibles aux divers dispositifs prévus par l'Obamacare n'y ont, à ce stade, pas (encore) recours.

En effet, l'acquisition d'une couverture maladie nécessite de la part des personnes concernées une démarche volontaire. Malgré les efforts déployés pour rendre plus accessible et lisible le marché de l'assurance[19], la

17 Source : études effectuées par Commonwealth Fund, Urban Institute et Gallup Organization.
Sara R. COLLINS, Petra W. RASMUSSEN, and Michelle M. DOTY « Gaining Ground: Americans' Health Insurance Coverage and Access to Care After the Affordable Care Act's First Open Enrollment Period » The Commonwealth Fund, juillet 2014.

18 Un adulte résidant au Texas ne peut être couvert par Medicaid que s'il a au moins un enfant et si son revenu est inférieur à 15 % du seuil de pauvreté (situation en juin 2014).

19 Comme le classement des contrats d'assurance maladie en 4 catégories - bronze, argent, or et platine - selon le niveau des garanties accordées. Cf. Catherine SAUVIAT, op cit

souscription d'une couverture santé suppose d'accomplir des formalités relativement complexes et de choisir entre les multiples formules proposées sur le marché. Les administrations publiques mais aussi les compagnies d'assurance, les établissements de soins et les organisations militantes comme Enroll America, ont multiplié les initiatives pour aller à la rencontre des populations non assurées.

Malgré ces efforts, la population visée souffre d'**un déficit important d'information** : selon un sondage effectué en juin 2014 auprès des personnes non assurées, deux sur cinq méconnaissaient les principales dispositions de la réforme comme l'obligation de s'assurer, trois sur cinq ignoraient l'existence d'aides financières pour acquérir une couverture maladie[20].

La population immigrée rencontre des obstacles spécifiques. Les étrangers résidant légalement sur le territoire des États-Unis sont éligibles à l'Obamacare. Mais ils craignent, en engageant des démarches, d'attirer l'attention des autorités administratives sur les membres de leur entourage en situation irrégulière. Cette crainte est exprimée par 37 % des personnes immigrées résidant en Californie[21] qui de ce fait, restent non couvertes. Elle est suffisamment prégnante pour avoir suscité des assurances écrites des autorités en charge de l'immigration[22], reprises dans une intervention du Président OBAMA devant un public hispanique en mars 2014.

Les **marges de progression à court ou moyen terme** sont donc réelles. On estime que près de la moitié des personnes non assurées seraient susceptibles de faire l'acquisition d'une assurance maladie si l'information et le soutien technique nécessaires leur étaient apportés[23]. Cet effet est pris en compte dans les prévisions de l'administration fédérale, qui table sur un doublement du nombre de souscriptions sur les marchés de l'assurance lors de la prochaine campagne annuelle qui débutera à l'automne 2014.

Il reste toutefois **une part irréductible, évaluée à 20%** de la population non assurée, qui déclare ne pas souhaiter s'assurer[24]. Une telle attitude qui peut traduire une opposition politique ou une simple méfiance vis à vis de la réforme, peut aussi résulter d'un calcul économique rationnel, compte tenu du montant actuellement peu dissuasif de la contribution fiscale réclamée aux personnes non assurées[25]. Une personne jeune et ne présentant pas de risque de santé apparent peut préférer s'en acquitter plutôt que de dépenser plusieurs milliers de dollars par an pour s'assurer.

Malgré un avenir incertain, le retour en arrière apparaît peu probable

Une réforme qui demeure fragile et contestée

Si le portail gouvernemental est aujourd'hui en état de fonctionnement, toutes les difficultés techniques liées à la complexité de la réforme sont loin d'être dépassées. Elles ont notamment conduit à différer d'un an l'application des dispositions concernant les entreprises : l'obligation pour

20 Source : Urban Institute, Health Reform Monitoring Survey (HRMS), juin 2014.

21 Source : Kaiser Family Foundation, enquête sur la population adulte sans assurance en Californie, Where Are California's Uninsured Now? juillet 2014.

22 Le Department of Homeland Security dans une note d'octobre 2013 assure que les informations fournies dans le cadre de démarches visant à obtenir une couverture santé ne sont en aucun cas utilisées à des fins de politique d'immigration.

23 Source, Urban Institute, conclusions tirées du sondage précité.

24 Idem.

25 La contribution fiscale est fixée à 95 dollars annuels par personne célibataire ou 1 % du revenu en 2014. Elle sera progressivement portée à 695 dollars ou 2,5 % du revenu en 2016.

les employeurs de plus de 50 salariés de proposer un contrat d'assurance santé offrant les garanties prévues par la loi n'entrera en vigueur qu'à partir de 2016.

À ces difficultés techniques, s'ajoute une incertitude sur l'équilibre économique de la réforme. Les données actuellement disponibles sur le profil des nouveaux assurés et la structure des risques ne permettent pas de prévoir quelle sera l'évolution des primes dans les années à venir. Les détracteurs de la réforme continuent de prédire un « choc tarifaire » qui rendrait l'assurance santé de moins en moins accessible alors que les partisans de l'Obamacare en attendent au contraire une amélioration du rapport qualité-prix de la couverture pour le plus grand nombre. L'évolution sur ce point dépendra aussi des résultats obtenus sur l'autre volet de l'Affordable Care Act, relatif à la maîtrise des dépenses de santé, qui ne pourront être évalués qu'à moyen terme.

L'opposition à la réforme n'a pas désarmé. Les tentatives de remise en cause par la voie politique ont à ce stade échoué. Mais la bataille se poursuit sur le terrain juridique à travers les recours intentés contre diverses dispositions de la loi, qui pourraient s'avérer un mode de contestation plus porteur.

La Cour Suprême vient ainsi de reconnaître une sorte de clause de conscience religieuse pour les entreprises familiales qui pourront désormais s'exonérer de certaines dispositions de l'Obamacare relatives à la couverture contraceptive de leurs salariées, lorsque celles-ci heurtent les convictions religieuses du chef d'entreprise[26].

Si cette décision revêt surtout une portée symbolique, un autre jugement récent[27] fait peser une menace beaucoup plus lourde sur l'avenir de la réforme, en contestant la légalité du système de crédits d'impôts mis en place. Si cette décision était confirmée au plus haut niveau, c'est, après l'extension de Medicaid, un autre pan essentiel de l'édifice construit par l'Affordable Care Act qui serait remis en cause. Sans cet élément indispensable de solvabilisation de la demande, des millions d'Américains n'auraient, faute de moyens, plus accès au marché de l'assurance maladie.

Mais dont le retrait est peu probable

La réforme est encore sur la corde raide. Pour autant, le retour en arrière que signifierait son retrait pur et simple apparait improbable, même dans le cas où les Républicains prendraient le contrôle du Congrès à l'occasion des élections de midterm de l'automne 2014.

De nombreux éléments rendent peu plausible l'hypothèse d'une abrogation de l'Affordable Care Act, sans même parler du veto du Président, auquel une telle mesure se heurterait nécessairement.

Depuis l'adoption de la réforme, une dizaine de millions de personnes ont obtenu une couverture maladie, ce qui a eu un effet significatif et presque immédiat sur le recours au système de soins : 60 % des nouveaux assurés disent avoir depuis consulté un médecin ou obtenu une prescription et près des deux tiers d'entre eux déclarent qu'ils n'auraient pas pu se le permettre auparavant. Si cela ne suffit pas à convaincre une opinion publique qui demeure sceptique, l'impact social pour les populations concernées et les retombées économiques pour les assureurs et les fournisseurs de soins rendent un retour en arrière difficilement envisageable.

Si l'opinion américaine demeure sceptique vis-à-vis de l'Obamacare dans son ensemble, elle est favorable à la plupart des dispositions concrètes qu'elle recouvre. Et la majorité des Américains déclare souhaiter la modification de la loi plutôt que son retrait.
Par ailleurs, l'absence de contre-projet du parti républicain, dont le programme sur les questions de santé se résume pour l'essentiel à l'abrogation de l'Obamacare, rend celle-ci paradoxalement difficile sinon peu probable.

26 Burwell v. Hobby Lobby, 30 juin 2014.
27 Halbig V. Burwell, 22 juillet 2014.

En conclusion

Une grande partie des difficultés rencontrées par l'Obamacare apparaissent comme la rançon d'une insuffisance de consensus politique au départ. Dans le contexte actuel des États-Unis, l'objectif de l'accès aux soins pour tous n'était pas suffisamment rassembleur pour imposer des solutions simples et d'application générale. La nécessité de passer des compromis et d'avancer pour une part masqué a considérablement compliqué la tâche des réformateurs. L'édifice qui en résulte, fondé sur la juxtaposition d'éléments divers, se caractérise par une certaine vulnérabilité juridique et le risque d'assister au grignotage progressif de certaines dispositions essentielles de la réforme est réel, même si son retrait pur et simple apparaît peu plausible.

Il n'est pas possible, à ce stade, de dire si la législation adoptée en 2010 sera la grande réforme sociale annoncée, s'inscrivant dans la lignée des lois historiques qui, à l'époque du New Deal ou de la Great Society, ont construit le filet de protection sociale américain : Social Security, Medicare, Medicaid.

Une chose est sûre : la couverture santé universelle reste pour les États-Unis un horizon lointain. Mais derrière les batailles juridiques et politiques, des dispositions importantes sont entrées en vigueur qui bouleversent la philosophie et les pratiques en matière d'assurance santé aux États-Unis. D'ores et déjà, la santé ne constitue plus un produit comme les autres. Il n'est plus possible de refuser d'assurer une personne en raison de ses antécédents médicaux ou d'interrompre la prise en charge de son traitement parce que celui-ci coûte trop cher. Et des millions de personnes se sont vu reconnaître le droit à une couverture maladie à laquelle la modestie de leurs revenus ne leur permettait pas d'accéder sur la base des prix de marché.

De ce point de vue, une évolution a été engagée qui paraît difficilement réversible et l'Obamacare peut être considéré comme une étape majeure dans la marche vers l'accès aux soins pour tous, même s'il n'en constitue pas le point final.

E

Accès aux droits : cinq contributions des élèves en formation initiale

L'action des Agences régionales de santé face à la désertification médicale : une boîte à outils perfectible

Par Thibaut L'HERMITTE, Raphael BONNIER, Bahar BILGIN, Emmanuelle CAYADO et Magali JACQUET
Anciens élèves de la 52e promotion de l'EN3S

Et sous la supervision de Pierre-Jean LANCRY,
Directeur général de l'Agence régionale de santé de Basse-Normandie

L'accès aux soins est aujourd'hui au cœur de multiples débats, qui ont conduit ces quinze dernières années à des réformes profondes du système de santé français. Ainsi, de la création de la Couverture Maladie Universelle (CMU) par la loi du 27 juillet 1999 jusqu'à la mise en place des Agences Régionales de Santé (ARS) à la suite de la loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST) du 21 juillet 2009, en passant par la réforme de l'Assurance maladie par la loi du 13 août 2004, le système de santé français a connu des évolutions significatives.

La question de la « désertification médicale » s'inscrit pleinement dans les débats actuels sur l'accès aux soins, et a fait l'objet récemment d'une mobilisation importante des pouvoirs publics. Le lancement du Pacte Territoire-santé en décembre 2012, puis de la Stratégie nationale de santé en septembre 2013, en témoignent notamment.

La notion de « désert médical » est aussi controversée qu'omniprésente dans le débat public. En effet, la France comptait, au 1er janvier 2014, 219 834 médecins, soit une densité moyenne de 3,3 médecins pour 1 000 habitants[1] (14e rang des pays de l'OCDE, dont la moyenne s'élève à 3,1), tandis qu'en 1900, dans une France comptant moins de 17 000 médecins, le Docteur GOUFFIER signait dans la revue « Le concours médical » un article alarmant sur la « pléthore » de médecins. Ce décalage atteste bien d'une évolution culturelle majeure, qui a accompagné les progrès considérables accomplis par le système de soins au cours du XXe siècle, notamment grâce à la création de la sécurité sociale et à la généralisation progressive de l'Assurance maladie.

Les projections de la DREES relatives à la démographie médicale font état d'un « creux » à venir à horizon 2020, en raison des départs en retraite prévus sur la période liés à une pyramide des âges vieillissante. Ainsi le nombre de médecins passerait à 187 000 en 2020, pour retrouver quasiment son niveau actuel en 2030 autour de 206 000 médecins. Compte tenu de l'accroissement de la population sur cette période (+10% d'ici 2030), la diminution de la densité médicale sera durable et principalement préoccupante autour de 2020.

On peut définir un désert médical comme un territoire où l'offre médicale est insuffisante pour répondre aux besoins de la population. Afin d'être précis, nous employons dans cet article alternativement les termes de « zone sous-dense », de « zone fragile » ou de « zone déficitaire » plutôt que celui de « désert médical », moins administratif et plus politique.

Notre rapport de recherche action, réalisé dans le cadre de la formation à l'EN3S et basé sur de nombreux entretiens avec des représentants de trois ARS (Basse-Normandie, Franche-Comté et Rhône-Alpes), mais aussi

1 Drees, la démographie des médecins, 11 avril 2014

avec des chercheurs, des médecins, des représentants du Ministère et de l'Assurance maladie, tente d'apporter un éclairage à la question de l'action des Agences Régionales de Santé, nouvel acteur majeur du paysage sanitaire français, face à la désertification médicale.

Quatre catégories d'instruments composent la « boîte à outils » des ARS :

- les outils de diagnostic (I) ;
- les outils d'incitation à l'installation (II) ;
- les outils de regroupement (III) ;
- les outils transverses d'expérimentation (IV).

Cet article reprend, pour chaque catégorie d'outils, les grandes lignes de nos analyses et nos préconisations.

I- Des outils de diagnostic territorial insuffisamment partagés et dont les effets restent vains

La loi HPST a consacré les ARS comme les pivots de la gestion et de l'organisation territoriale de l'offre de soins. Véritable « préfet sanitaire », l'ARS est chargée d'assurer la coordination entre la politique nationale de santé et les différents acteurs présents sur le territoire régional.

Afin de décloisonner l'offre de soins, la loi HPST a introduit un volet ambulatoire au Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS). Dorénavant, les Plans Stratégiques Régionaux de Santé (PSRS), déclinés pour une durée de cinq ans, intègrent un volet portant sur l'organisation de l'offre ambulatoire afin de renforcer plus spécifiquement l'offre de soins de premier recours.

Dans une optique d'harmonisation nationale de la politique de santé publique, un cadre commun aux territoires a été fixé par la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) via l'élaboration d'un guide méthodologique. Toutefois, une certaine marge de manœuvre a été laissée aux ARS dans la définition des zones fragiles, afin de permettre une appropriation par l'ensemble des acteurs du diagnostic et une définition des besoins sanitaires au plus près des réalités des territoires. De fait, l'analyse de la déclinaison opérationnelle des SROS sur les trois territoires ciblés dans notre étude rend compte de la diversité des outils utilisés.

Ainsi, l'ARS Rhône-Alpes a mis en place des « zones de vigilance », qui ne sont pas recensées dans les SROS comme des zones fragiles stricto sensu (car le ministère fixe à chaque région, pour des raisons budgétaires, un « plafond populationnel », soit un pourcentage maximal de la population régionale résidant en zone fragile) mais font l'objet d'une attention particulière notamment dans la mise en place de projets de maisons de santé pluridisciplinaires. L'ARS Basse-Normandie a pour sa part développé une politique de charte partenariale axée sur des « bassins de vie » afin de promouvoir sur ces zones des structures pluridisciplinaires regroupées en Pôles de Santé Libéraux et Ambulatoires (PLSA).

En plus du pluralisme méthodologique local des ARS, la question de l'articulation des zonages des différents acteurs est posée. En effet, quand l'État tente de rationaliser l'offre de soins en fonction d'une densité médicale globale, l'Assurance maladie procède pour sa part à une lecture du territoire orientée par les conventions passées avec les différents professionnels de santé, et les Collectivités territoriales répondent à une logique guidée par les notions de proximité et d'accessibilité

du médecin pour évaluer les besoins de leurs administrés. Il résulte de cet enchevêtrement des différentes grilles de lecture une forme de cacophonie dans la définition des zones prioritaires.

Enfin, au-delà de la nécessaire harmonisation des différents zonages utilisés par les acteurs du système de santé, il convient de se pencher sur la question de l'opposabilité des SROS ambulatoires. En effet, à la différence des cartographies développées pour certains professionnels de santé (par exemple les infirmiers ou les kinésithérapeutes), le volet ambulatoire du SROS n'est aujourd'hui pas opposable aux médecins. L'opposabilité des SROS constitue un point de débat sensible dans la mesure où il touche au principe de liberté d'installation des professionnels de santé, qu'aucun gouvernement n'a souhaité remettre en question. Pour contourner cet obstacle, nous proposons de rendre les SROS ambulatoires opposables aux Conseils Régionaux de l'Ordre des Médecins. Cette proposition permet d'associer institutionnellement les professionnels de santé à la régulation territoriale de l'offre de soins sur la base d'une trame communément conçue par les ARS, l'Assurance maladie, les Unions Régionales des Professionnels de Santé (URPS) et les Collectivités territoriales concernées. Cette opposabilité constituerait un élément de responsabilisation du corps médical, autant qu'une garantie de prise en compte du point de vue des professionnels.

Préconisation 1 : Rendre le SROS ambulatoire opposable au Conseil Régional de l'Ordre des Médecins

II- Des outils d'incitation à l'installation à la recherche de leur public

Depuis la loi HPST et le déploiement du Pacte Territoire Santé, on dénombre deux outils principaux d'incitation à l'installation des professionnels de santé dans les zones sous denses : le Contrat d'Engagement de Service Public (CESP) et le contrat de Praticien Territorial de Médecine Générale (PTMG). Nous formulons également une proposition de création d'un nouvel outil d'incitation à l'installation : la réalisation de stages en maison de santé pluri-professionnelle.

Le CESP : un bilan mitigé pour un outil en manque de souplesse

Lancé à la rentrée 2010-2011, ce contrat créé par la loi HPST s'adresse aux étudiants et internes en médecine et ouvre droit à une allocation mensuelle de 1 200 euros. En contrepartie de cette allocation, les étudiants ou internes s'engagent à exercer leurs fonctions à compter de la fin de leur formation dans les lieux d'exercice où l'offre médicale est menacée ou insuffisante. Cet exercice se fait au tarif conventionnel uniquement. La durée de l'engagement est égale à la durée de perception de l'allocation et ne peut être inférieure à deux ans. Pour y prétendre, l'étudiant ou l'interne doit présenter un projet professionnel concret et indiquer les lieux où il souhaiterait exercer plus tard.

Depuis sa création, le CESP connaît une montée en charge certaine mais n'atteint pas les objectifs assignés : en 2011, sur les 400 contrats proposés (200 pour les étudiants et 200 pour les internes), seulement 43 % ont été signés (130 par des étudiants et 45 par des internes). Il est ainsi possible de nourrir certains doutes sur l'atteinte de l'objectif annoncé de signature de 1 500 CESP en 2017. Ce succès mitigé s'explique en partie par de fortes réticences des étudiants à s'engager dans un dispositif qu'ils considèrent trop rigide et pour des perspectives qui leur apparaissent éloignées et peu lisibles (car, compte tenu de la durée des études médicales, la cartographie des zones prioritaires peut évoluer entre le moment où l'étudiant signe son CESP et le moment où il s'installe).

Il apparaît ainsi nécessaire de faire évoluer le CESP afin de le rendre davantage attractif. Nous formulons deux propositions alternatives :

Préconisation 2 / Option 1 : Assouplir le CESP en réduisant la durée de l'engagement de moitié et en permettant un exercice partiel en zone sous dotée plutôt qu'une installation pleine et entière.

Il s'agit de tenir compte des craintes qu'expriment les étudiants à l'égard du dispositif : l'étudiant signataire s'engagerait ainsi à exercer au moins partiellement dans une zone sous dotée et pour une durée moindre (six mois par année de versement de l'allocation).

Préconisation 2 / Option 2 : Supprimer le CESP et consacrer les moyens dégagés au renforcement du PTMG.

Dans cette hypothèse, il s'agit de prendre acte de l'échec du CESP et d'en tirer toutes les conséquences en le supprimant (sans remettre en cause les droits acquis et la sécurité juridique des signataires déjà engagés). Les moyens (financiers et humains) ainsi dégagés pourraient être intégralement affectés au renforcement du PTMG.

Le contrat PTMG : un outil plus adapté aux besoins et aux attentes des jeunes médecins

Le PTMG est l'un des douze engagements du Pacte territoire-santé. Mis en œuvre par les ARS, il a pour objectif d'inciter et d'accompagner les jeunes médecins généralistes s'installant dans des zones sous denses. Dans le cadre de ce dispositif, le médecin signe un contrat avec l'ARS, à travers lequel il s'engage à exercer au tarif conventionnel dans un territoire sous dense ou dans une zone urbaine sensible, en réalisant au moins 165 consultations par mois. En contrepartie, l'ARS garantit au médecin un niveau de rémunération de 6 900 euros bruts mensuels et une couverture sociale (prise en charge maladie-maternité). Le déploiement de ce dispositif est trop récent pour être évalué de façon pertinente. Toutefois, cet outil qui répond au même objectif d'incitation mais s'adresse à des médecins ayant terminé leurs études, permet un engagement réaliste en adéquation avec les besoins d'offre de soins et les perspectives de carrières des professionnels de santé.

Un nouvel outil d'incitation à l'installation : le stage en maison de santé pluri-professionnelle

Enfin, un nouvel outil d'incitation à l'installation dans les zones sous denses pourrait être créé par une légère modification réglementaire : il s'agirait d'étendre aux maisons de santé pluri-professionnelles situées en zones sous dotées la possibilité donnée aux étudiants de médecine de travailler en tant qu'aides-soignants ou infirmiers dans des établissements de santé publics ou privés.

Il s'agit d'inciter les maisons de santé à recourir, notamment pendant la période des congés universitaires, à des étudiants de médecines pour remplacer des aides-soignants ou des infirmiers. L'ARS pourrait contractualiser avec les étudiants intéressés et les maisons de santé afin de prendre en charge leur rémunération. Cette proposition vise à faire connaître aux étudiants de médecine l'exercice de la médecine générale en maison de santé « en avant-première ».

Préconisation 3 : Élargir aux maisons de santé la possibilité donnée aux étudiants de médecine d'exercer en tant qu'aides-soignants ou infirmiers dans des établissements de santé, et faire prendre en charge leur rémunération par l'ARS.

III- Des outils de regroupement pluri-professionnel dont la montée en charge doit être consolidée

Avec 54 % de médecins généralistes déclarant exercer en groupe en 2009 contre 43 % en 1998, la pratique collective est désormais majoritaire. Ce pourcentage est encore plus élevé chez les médecins de moins de 40 ans (77 %), notamment en raison de l'aspiration des nouvelles générations de médecins à mieux concilier vie familiale et vie professionnelle.

Dans un contexte de crise de la démographie médicale et d'accroissement des inégalités de répartition géographique de l'offre de soins, l'exercice regroupé pluri-professionnel est perçu comme un moyen de maintenir une offre de santé suffisante, moderne et de qualité sur tout le territoire, tout en améliorant les conditions d'exercice des professionnels.

L'exercice regroupé prend différentes formes :

- Les maisons de santé : introduites dans le code de la santé publique par la loi de financement de la Sécurité sociale du 19 décembre 2007, ce sont des structures pluri-professionnelles, dotées de la personnalité morale, qui organisent leur activité autour d'un projet de santé partagé associant les acteurs médicaux-sociaux et sociaux
- Les pôles de santé : définis par l'article 40 de la loi HPST, ces pôles de santé sont des réseaux fonctionnels d'interrelations prenant place au sein d'un territoire défini, sans être nécessairement adossés à une structure physique.
- Les centres de santé : héritage des dispensaires créés au début du XXème siècle en réponse à une situation sanitaire défavorable et à un cadre d'exercice médical d'identité libérale (charte médicale de 1927), les centres de santé constituent le plus ancien mode d'exercice pluri-professionnel intégré. Les centres de santé sont créés et gérés soit par des organismes à but non lucratif, soit par des collectivités territoriales, soit par des établissements de santé publics ou d'intérêt collectif. Les médecins qui exercent en centre de santé sont salariés.

Aujourd'hui, les maisons et pôles de santé connaissent un véritable essor : l'observatoire des maisons de santé de la DGOS en dénombrait 291 en janvier 2013 contre moins de 30 en 2009. Ce dynamisme devrait perdurer compte tenu du nombre de projets recensés (environ 450). Elles sont situées à 80 % en milieu rural, et regroupent aujourd'hui 2 650 professionnels de santé, dont 750 médecins.

L'enjeu majeur s'agissant du développement des maisons et des pôles de santé est de concilier l'adhésion des professionnels de santé aux projets avec leur pilotage par les ARS. Il est ainsi essentiel que les projets soient réellement portés par des professionnels, les projets impulsés par les élus locaux pouvant courir le risque de ne pas rencontrer leur public et d'engendrer inutilement d'importantes dépenses d'investissement (« murs vides »).

En nous inspirant de nos échanges avec les ARS rencontrées, nous proposons de créer, dans chaque région, un cahier des charges régional commun à l'ensemble des partenaires financeurs de projets de maisons de santé. Il reprendrait a minima les éléments du cahier des charges national élaboré par la DGOS et intégrerait des éléments liés au contexte local. En outre, il aurait vocation à être opposable, conditionnant l'octroi de subventions, et le cas échéant d'une labellisation permettant de renforcer la visibilité des projets sélectionnés.

Préconisation 4 : Faire réaliser par les ARS, dans un cadre partenarial, un cahier des charges régional reprenant a minima les éléments du cahier des charges DGOS, et intégrant des éléments régionaux liés aux enjeux et spécificités du territoire.

Préconisation 5 : Rendre le cahier des charges de l'ARS opposable aux porteurs de projets afin d'en faire la condition de l'octroi de subventions de l'ARS et de ses partenaires. Les projets respectant le cahier des charges pourraient être labellisés afin de leur assurer une plus grande visibilité.

S'agissant de la question de l'implantation géographique des maisons de santé pluri-professionnelles, la question principale est celle du ciblage des financements. L'exercice pluri-professionnel étant largement perçu comme un phénomène intrinsèquement positif (notamment dans le cadre de la « révolution du premier recours » portée par la stratégie nationale de santé), la tentation de lui apporter un soutien financier public quel que soit le lieu d'implantation peut exister. Toutefois, compte tenu des contraintes budgétaires actuelles et de la situation de crise de la démographie médicale de certains territoires, nous préconisons de limiter l'octroi de financements publics aux seuls projets d'implantation dans des zones déficitaires.

Préconisation 6 : Cibler les financements de l'ARS sur les projets de regroupement implantés dans des zones déficitaires.

Ce ciblage des financements sur le regroupement des professionnels de santé en zones déficitaires n'empêche pas l'ARS de soutenir par ailleurs des projets de regroupement dans des zones moins fragiles, mais ce soutien ne passe pas nécessairement par des financements. Ce soutien non financier requiert des compétences qu'il nous semble préférable d'internaliser au sein de l'ARS, mais qui peuvent également être externalisées si l'ARS ne dispose pas des ressources en interne. Compte tenu du caractère stratégique du soutien au regroupement pluri-professionnel, nous préconisons de développer au sein des ARS des compétences pour accompagner les porteurs de projets plutôt que de recourir à des prestataires extérieurs.

Préconisation 7 : Développer dans les ARS des compétences internes afin de structurer une offre de services destinée aux porteurs de projets de regroupement pluri-professionnel : conseil juridique, mise en réseau, ingénierie de projet, évaluation

IV- Des outils transverses d'expérimentation à structurer davantage pour assurer leur généralisation

Nous avons identifié quatre outils d'expérimentation transversaux : la délégation de tâches, les nouveaux modes de rémunération, la télémédecine et le Fonds d'Intervention Régional (FIR).

La délégation de tâches appelle des aménagements

La délégation de tâches est une forme de coopération entre professionnels de santé qui vise à transférer certaines activités et / ou compétences médicales vers les professionnels paramédicaux, plus nombreux et moins longs à former, afin d'améliorer la répartition des tâches entre professionnels de santé et de pallier l'insuffisance de médecins dans certains territoires.

La loi HPST a posé un cadre dérogatoire aux règles professionnelles en vigueur, permettant de pérenniser certaines expérimentations et de développer de nouvelles coopérations entre professionnels de santé. Ainsi, des professionnels de santé volontaires peuvent soumettre à l'ARS un protocole de coopération, qui l'autorise après avis de la HAS.
La délégation de tâches est l'un des douze axes du Pacte territoire santé et est intégrée comme élément central de la « révolution du premier recours » portée par la stratégie nationale de santé. La

Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS) pour 2014 introduit dans l'évaluation des protocoles de coopération un aspect économique portant sur les modalités de financement et de rémunération des actes et prestations réalisés dans ce cadre.

Malgré ces évolutions, la délégation de tâches se heurte aujourd'hui à des freins importants liés aux modalités de formation des différents professionnels de santé médicaux et paramédicaux, au cadre juridique de l'exercice de ces professions (notamment autour de la question de responsabilité de l'acte), aux modes de rémunération et à l'absence de dispositif d'accompagnement des parties prenantes aux protocoles de coopération.

Préconisation 8 : Permettre un réel transfert de responsabilité du professionnel « cédant » vers le professionnel « prenant » dans le cadre de la délégation de tâches.

Préconisation 9 : Structurer au sein des ARS une offre de services destinée à promouvoir les protocoles de coopération interprofessionnelle et à accompagner les professionnels de santé parties prenantes de la délégation de tâches

Les dispositifs de rémunération forfaitaires pourraient être mieux articulés

Si la rémunération des professionnels de santé s'est historiquement construite autour du paiement à l'acte, élément socle de la médecine libérale, le levier de la rémunération apparaît comme un élément majeur de l'évolution de l'offre de soins de premier recours. Ainsi, l'idée d'associer au paiement à l'acte une part forfaitaire a progressé au point de débouché sur la mise en œuvre des Expérimentations des Nouveaux Modes de Rémunération (ENMR) à compter de la LFSS pour 2008, pour une période de six ans.

Les ENMR sont intrinsèquement liés à l'essor des structures pluridisciplinaires ambulatoires, auxquelles elles s'adressent afin de valoriser le travail de coordination au sein des structures, de susciter l'émergence de nouvelles modalités de prise en charge (notamment des pathologies chroniques), de promouvoir l'éducation thérapeutique du patient et le transfert de tâches entre professionnels. Les ARS jouent un rôle central dans le déploiement des ENMR, puisqu'elles sélectionnent les projets et pilotent le conventionnement des structures expérimentatrices.

Afin de pérenniser les ENMR, l'article 45 de la LFSS pour 2013 prévoit la tenue d'une négociation conventionnelle interprofessionnelle spécifique portant sur la rémunération des équipes de soins de proximité, sur le modèle des négociations conventionnelles entre l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM) et les syndicats de médecins libéraux. Se pose dès lors la question de l'articulation des ENMR avec les dispositifs conventionnels existants en matière de rémunération forfaitaire : la Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP), qui a succédé au Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles (CAPI).

La participation des professionnels de santé à l'action de lutte contre la désertification médicale, est intégrée dans la ROSP, autour de deux options :

- L'option démographie : aide aux médecins s'installant dans des zones déficitaires
- L'option santé solidarité territoriale : incitation des médecins installés en zones sur dotées à aider leurs collègues installés dans des zones sous dotées (à raison de 28 jours / an), par des rémunérations complémentaires

Ainsi, en matière de rémunération forfaitaire, on assiste à une forme d'empilement de dispositifs conventionnels qui altère leur lisibilité globale. Il apparaît nécessaire de mieux articuler les acteurs – État et Assurance maladie – et les dispositifs – ENMR et ROSP.

Préconisation 10 : Rapprocher l'Assurance maladie et l'État dans le cadre des négociations interprofessionnelles sur la rémunération des professionnels de santé afin de renforcer la cohérence des différents leviers

Le développement poussif de la télémédecine

La télémédecine n'a fait que récemment l'objet d'un encadrement légal, par la loi du 13 août 2004 relative à l'Assurance maladie dans un premier temps, puis par la loi HPST dans un second temps. Il s'agit d'une forme de pratique médicale à distance mettant en rapport un ou plusieurs professionnels de santé - entre eux ou avec un patient - via l'utilisation des technologies de l'information et de la communication. Quatre actes de télémédecine ont été définis : la télé-consultation, la télé-expertise, la télésurveillance et la télé-assistance.

Le développement de la télémédecine est un axe structurant du Pacte territoire santé et de la Stratégie nationale de santé. L'article 36 de la LFSS pour 2014 fournit un cadre précis aux porteurs de projets pilotes de télémédecine qui contractualisent avec l'ARS, et introduit des règles dérogatoires de facturation, de tarification et de remboursement des soins prodigués dans ce cadre.

Toutefois, des difficultés subsistent en matière de rémunération, puisque les actes de télémédecine ne sont pas encore référencés dans la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP). Comment rémunérer l'ensemble des professionnels dans la chaîne de télémédecine ? D'autres difficultés peuvent être soulignées : flous sur les questions de direction et de responsabilité, réticence de l'ordre des médecins, faiblesse des initiatives de terrain, absence de très haut débit sur certains territoires (qui sont souvent concernés par la sous densité médicale, notamment en zones rurales).

Aussi, nous préconisons de fonder les projets de télémédecine sur une mise en réseau préalable, sous l'égide des ARS, des différentes parties prenantes : professionnels de santé, établissements sanitaires et médico-sociaux, assurance maladie et collectivités territoriales.

Préconisation 11 : Fonder les projets de télémédecine sur une mise en réseau préalable des différentes parties prenantes sous l'égide des ARS

Le financement des actions : le Fonds d'Intervention Régional (FIR)

Mis en place en 2012 afin d'apporter davantage de transversalité dans la prise en charge des projets par les ARS, le FIR, qui regroupe des enveloppes préexistantes vise à financer des actions relevant de la permanence des soins, de la télémédecine, du regroupement pluri-professionnel, de l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins, de la mutualisation de moyens entre professionnels de santé et structures sanitaires, etc. Les actions prises en charges par le FIR sont sélectionnées par les ARS et doivent s'inscrire en cohérence avec les orientations du Projet Régional de Santé. Elles font l'objet d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.

Son rôle est aujourd'hui d'impulser des projets innovants et expérimentaux, mais pas de les financer dans la durée. Aussi, nombre d'ARS considèrent que les enveloppes du FIR sont trop limitées et

souhaitent la pérennisation de certains dispositifs financés par le FIR à titre expérimental. Depuis la LFSS pour 2014, les crédits du FIR sont identifiés dans un sous-objectif de l'Objectif National de Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM). Cette visibilité accrue donne l'occasion de renforcer l'évaluation des actions financées par le FIR, notamment de leur impact sur la réduction des inégalités territoriales d'accès aux soins.

Préconisation 12 : Recenser les projets financés par le FIR afin d'évaluer son rôle dans la lutte contre les inégalités territoriales d'accès aux soins.

En conclusion, le principal enseignement que nous avons pu tirer de nos travaux est que, quels que soient les dispositifs utilisés pour tenter de faire face à la désertification médicale qui frappe de nombreux territoires, la difficulté principale réside dans l'adhésion des professionnels de santé. Aussi, l'un des axes de travail structurant pour les ARS est, selon nous, de parvenir, sur le terrain, à convaincre les professionnels de santé de s'inscrire dans ces différents dispositifs. Toutefois, au-delà du rôle que sont appelées à jouer les ARS pour convaincre les médecins de s'inscrire dans ces différentes démarches, la formation initiale du corps médical (et des autres professionnels de santé) doit être questionnée. C'est en effet au cours de la formation initiale que peuvent s'acquérir les réflexes qui conduiront les professionnels de santé à s'inscrire plus « naturellement » dans ces dispositifs.

L'autre enseignement que nous avons tiré de nos travaux est que la « boîte à outils » dont peuvent se servir les ARS pour endiguer la désertification médicale est plus largement porteuse d'une réorganisation profonde de l'exercice de la médecine de premier recours. Ce constat signifie que les politiques visant à maintenir ou à consolider une offre de soins primaires de qualité sur l'ensemble du territoire peuvent servir de levier pour engager la « révolution du premier recours » évoquée dans la Stratégie Nationale de Santé. La sensibilité de l'opinion publique aux questions de désertification médicale, comme les aspirations des nouvelles générations de médecins, peuvent servir de point d'appui à la mise en œuvre de cette refondation des soins primaires en France.

Enfin, à travers la question de la désertification médicale se pose la question plus globale de la gouvernance du système de santé français. Des tensions peuvent exister entre l'échelon national et l'échelon loco-régional ou entre l'État et l'Assurance maladie, qui freinent le décloisonnement du système de santé que l'ensemble des acteurs appellent pourtant de leurs vœux. La Stratégie Nationale de Santé évoque la question de la gouvernance du système de santé, sans pour autant sembler trancher dans un sens ou dans l'autre. Un rapprochement nous semble toutefois aller dans le sens d'une plus grande efficacité de la politique de santé, et d'un véritable décloisonnement des acteurs et des structures, rendu nécessaire par l'évolution des besoins de santé en France (poly-pathologies, maladies chroniques, vieillissement de la population, etc.) et par les contraintes fortes pesant sur les ressources publiques.

Les Centres d'Examens de Santé et l'accès aux soins des publics vulnérables

Par Maud MOREIGNE, Laure VIVIES, Stéphane UGUEN et Frédéric FRÉNET,
Anciens élèves de la 52e promotion de l'EN3S

Et sous la supervision de Norbert DEVILLE,
Directeur du Centre technique d'appui et de formation des centres d'examens de santé

Introduction

Au regard de leur mission et des objectifs qui leurs sont confiés, les centres d'examens de santé (CES) de l'Assurance maladie sont susceptibles de jouer trois rôles en faveur de l'accès aux soins et à la prévention des publics vulnérables :

- Orienter les assurés dans le système de santé ;
- Orienter vers les dispositifs de prévention primaire, secondaire et tertiaire adaptés aux facteurs de risques (éducation en santé, dépistages organisés, éducation thérapeutique, Sophia, ateliers équilibres, …) ;
- Informer les assurés sur leurs droits et favoriser l'accès à ces droits.

Pour autant, l'hétérogénéité des centres d'examens de santé a pu conduire à la mise en œuvre de politiques locales, dont l'efficacité globale est contestée.

Dès lors, il convient de définir des lignes directrices pour gagner en homogénéité des pratiques, en efficacité et en efficience. Cette ambition a constitué l'enjeu de notre recherche action.

I- Le rôle des CES en faveur de l'accès aux soins et à la prévention des publics vulnérables.

Les caisses de sécurité sociale ont progressivement mis en place, au lendemain de la guerre, des centres d'examens de santé (CES) afin de proposer aux assurés un bilan de santé périodique, financé par l'Assurance maladie du régime général.

Les CES sont aujourd'hui régis par l'arrêté du 20 juillet 1992. Ce texte organise leur activité autour des examens périodiques de santé (EPS) qui constituent des actions de prévention auprès des assurés sociaux concernés.

L'organisation des EPS représente donc la principale mission assignée à ces structures par la COG.

Les examens adaptés à l'âge, au sexe, aux risques ainsi qu'au suivi médical habituel des assurés, couvrent chaque année 1,3 % de la population du régime général, donnée qui correspond à l'objectif de l'article 2 de l'arrêté du 20 juillet 1992, qui préconise « le ciblage des populations en marge du système de soins et de leurs ayants droit ».

La méthode retenue et généralisée en 2002 dans tous les CES pour évaluer la situation de précarité des assurés bénéficiaires de l'examen est celle du score EPICES (Évaluation de la Précarité et des Inégalités de santé dans les centres d'Examens de Santé).

Cet outil, élaboré dès 1998, est un indicateur individuel de vulnérabilité sociale qui prend en compte les différentes dimensions de celle-ci.

Une seconde offre de services en santé dévolue aux CES est orientée vers les médecins traitants et les assurés sociaux. Il s'agit, à l'occasion de la prise en charge des assurés dans les CES, de développer l'information et l'accompagnement des personnes accueillies pour un meilleur usage de l'offre de soins et de prévention :

- en informant les assurés sur leurs droits et les dispositifs d'accès à une assurance complémentaire spécifique à leur situation personnelle (CMU-C, ACS), et en les aidant à s'orienter dans le système de soins, notamment à l'aide des outils d'information de l'Assurance maladie (ameli santé et ameli direct),
- en les sensibilisant aux campagnes de prévention (MT'dents, dépistage des cancers, cardio-vasculaire, etc.) et aux offres en santé de l'Assurance maladie (PRADO maternité ; orthopédie et insuffisance cardiaque ; SOPHIA, Santé Active).

Par ailleurs, les CES participent à des études nationales de santé publique qui recueillent préalablement l'accord de la CNAMTS (Constances, Esteban, …).

La gestion des CES est à plus de 60 % assurée directement par les caisses d'assurance maladie.

Les autres structures sont gérés par des entités privées ou publiques ayant passé des conventions avec une ou plusieurs CPAM.

Le pilotage des CES est réalisé par la CNAMTS. Leur coordination, l'animation des huit réseaux interrégionaux ainsi que la mise en œuvre des orientations stratégiques incombent quant à elles au Centre technique d'appui et de formation des centres d'examens de santé (CETAF). Ce dernier a été créé en 1994 sous la forme d'une association privée à but non lucratif, pour accompagner la mise en œuvre de l'arrêté du 20 juillet 1992. Enfin, l'IRCESAM (Instance de Réflexion des Examens de santé de l'Assurance maladie) joue le rôle d'instance nationale de réflexion sur les CES.

Les Conventions d'Objectifs et de Gestion (COG) fixent les priorités des CES.

Ainsi, conformément à la COG 2006-2009, qui fixait pour objectif leur certification ISO 9001, les CES sont aujourd'hui certifiés et nombre d'entre eux (35) ont obtenu une certification multi-sites.

La COG 2010-2013 visait notamment à intensifier le ciblage des examens de santé mis en œuvre par les CES au bénéfice des populations les plus vulnérables. En ce sens, la part de personnes en précarité parmi les bénéficiaires d'offres de services des centres d'examens de santé, devait atteindre l'objectif de 50 % en fin de COG.

Cet objectif est désormais atteint. En effet, sur 497 789 examens de santé réalisés en 2013, 272 899 examens de santé ont concerné des publics vulnérables. Le taux de publics vulnérables sur l'ensemble du réseau est ainsi passé de 49,8 % de publics vulnérables en 2011 à 55,2 % en 2013.

La COG 2010-2013 posait également deux principes supplémentaires, dans le cadre du programme 1 « garantir l'accès aux soins et réduire les inégalités de santé » : la modulation de l'examen de santé

en fonction des besoins du consultant, et la poursuite de l'information et de l'accompagnement des assurés éloignés du système de soins.

Les CES ont, au final, vocation à participer à la mission de l'Assurance maladie, qui est de garantir un égal accès au système de santé. À cet égard, ils sont, a priori, des acteurs de la politique de gestion du risque qui vise à améliorer l'état de santé de la population et contribue en cela à la maîtrise médicalisée de l'évolution des dépenses de santé.

Cette politique s'articule autour de deux grandes orientations : d'une part, « garantir l'accès aux soins des assurés et réduire les inégalités de santé », en incluant dans tous ses programmes de prévention des volets spécifiques pour les publics vulnérables, avec des modes de contact mieux adaptés ; et d'autre part, « aider les assurés à être acteurs de leur santé » et, dans une logique de « parcours de santé », les accompagner dans la préservation de leur capital santé.

II- En dépit d'un accompagnement centralisé, l'hétérogénéité des centres d'examens de santé a pu conduire à la mise en œuvre de politiques locales, dont l'efficacité globale est contestée.

En appui du cadrage de l'action des CES par les COG, le Centre Technique d'Appui et de Formation (CETAF) a développé plusieurs actions pour accompagner les CES.

Pour autant, cet accompagnement est diversement exploité par les CES, qui lui substituent d'autres pratiques, contribuant ainsi à une hétérogénéité peu propice à l'efficience globale du réseau.

II.1- L'accompagnement du CETAF

II.1.1- Le déploiement d'une stratégie de partenariats visant à répondre à l'objectif d'intensification du ciblage des examens de santé.

Entre 2010 et 2013, de nouveaux partenariats nationaux ont été négociés ou expérimentés :

- CAF : mise à disposition des modèles de convention pour mettre en œuvre les partenariats avec les CAF sur le modèle de l'expérimentation entre le CES et la CAF de Saint-Étienne (2012) pour inviter les parents isolés et les familles nombreuses avec faibles ressources.
- AGIRC ARRCO : signature d'un accord-cadre de partenariat le 31 mai 2013 pour coordonner les actions de prévention menées en matière de santé publique par le CETAF d'une part, l'AGIRC ARRCO d'autre part, via leurs réseaux respectifs (CES et Centres de prévention Bien Vieillir), en vue de les rendre complémentaires.
- Groupe UGECAM : signature d'un accord-cadre de coopération le 24 mai 2013 : promotion de l'EPS pour les assurés sociaux des Centres de Réadaptation Professionnelle.
- Pôle emploi : Accord-cadre entre le CETAF et Pôle emploi signé le 4 mars 2014 pour promouvoir les collaborations entre les CES et les agences afin de faciliter la prise en charge des problèmes de santé susceptibles de freiner l'accès ou le retour à l'emploi des demandeurs d'emploi et prioritairement des plus vulnérables.
- Ateliers Santé Ville : début 2012, une expérimentation a été mise en place en Ile-de-France en vue de construire un partenariat national entre le CETAF et le SGCIV (Secrétariat général du Comité interministériel des villes). Ce territoire a été choisi compte tenu de l'intérêt porté à ce projet par la DRJSCS-IDF, l'ARS-IDF, le collectif ASV-IDF et le réseau francilien des CES.

Ces nouveaux partenariats sont venus compléter des accords-cadres nationaux, négociés par le CETAF lors de la COG précédente, avec la CNAV, les services sociaux des CARSAT, UNAFO (Union Nationale des Foyers), UNCCAS (Union Nationale des Centres Communaux d'Action Sociale), CNML (Conseil national des missions locales). Ces accords font l'objet d'un suivi : régulièrement, des comités de pilotage ont lieu avec les partenaires nationaux. Ils sont suivis d'actions de communication ou d'adaptation des modalités partenariales pour améliorer le fonctionnement des collaborations.

Le CETAF a par ailleurs élaboré des outils pour la déclinaison locale de ces accords-cadres :

- Une mise à disposition d'outils sur l'extranet du CETAF, ouvert aux CES : modèles de convention d'application locale, traçabilité des partenariats, évaluation du recrutement, plaquettes d'information, courriers d'invitation… ;
- Une note « Aider au recrutement des publics éloignés du système de santé » a été diffusée en 2011. Elle synthétise les outils mis à disposition par le CETAF pour le recrutement des populations vulnérables ;
- Des séances de formation dédiées sur le thème « Ciblage et accompagnement des populations éloignées du système de santé : construire une stratégie de recrutement » ;
- Un accompagnement personnalisé des CES les plus éloignés de l'objectif des 50 % de publics en situation de précarité ;
- Une aide à l'organisation de rencontres partenariales régionales ;
- Des Web réunions d'échanges de pratiques entre CES.

II.1.2- L'expérimentation d'une démarche structurée d'information et d'orientation vers l'accès aux droits, s'agissant de l'accompagnement des assurés fragiles dans le système de soins)

Le programme « Information des consultants » a pour objet de mettre en œuvre, suivre et évaluer l'expérimentation d'une démarche structurée d'information et d'orientation des populations vulnérables sur l'accès aux droits et aux soins. Le champ de l'expérimentation est notamment celui de l'accès aux droits de base et à la complémentaire (CMU-C et ACS).

Ses objectifs opérationnels sont :

- Identifier - repérer les situations de fragilité,
- Informer sur les droits et la bonne utilisation du système de soins et orienter vers le bon acteur pour une prise en charge efficiente,
- Quantifier et suivre la montée en charge de cette activité.

II.1.3- L'accompagnement du changement de logique de l'EPS

Autrefois essentiellement basé sur des actes techniques et très standardisé, l'EPS modulé en fonction d'une approche globale de la personne reçue vise désormais à responsabiliser les consultants sur la gestion de leur santé par une approche moins clinique et plus globale. Le chantier en cours sur la rénovation de l'EPS permettra de fixer aux assurés des objectifs individuels en fonction de leurs comportements en santé et de leurs facteurs de risques.

II.2- En dépit de cet accompagnement, les pratiques demeurent hétérogènes

II.2.1- Concernant le ciblage des populations

Nos investigations ont permis de constater que les CES déploient d'autres modalités de ciblage et d'invitation des publics cibles de l'EPS que celles prévues par les accords-cadres négociés par le CETAF. Au premier rang de ces modalités figurent les requêtes dans le fichier des CPAM, suivies d'invitation par courrier.

Dans ce cadre, les critères utilisés pour l'élaboration de ces requêtes ont été définis dans un premier temps, par rapport aux catégories de populations énumérées par l'article 2 de l'arrêté du 20 juillet 1992.

Il apparaît toutefois que la précarité dépasse le périmètre de l'article 2 (vulnérabilité des familles monoparentales, des travailleurs pauvres,…). Certains CES (CES de Nîmes, CES de Niort, CES de Toulouse, Union de Caisses - Centre de Médecine préventive - UCCMP) ont ainsi mené des réflexions sur la vulnérabilité afin d'identifier des nouveaux critères de ciblage socio-administratifs. Il s'agissait d'analyser a posteriori les caractéristiques des personnes qui obtenaient un score EPICES positif. Des profils-types de personnes vulnérables ont ainsi pu être élaborés. Les CES engagés dans cette démarche ont pu alors définir des critères de requêtage particulièrement fins : critères géographiques (CES de Nîmes et UCCMP), critères comportementaux, avec l'absence de médecin traitant déclaré ou la non-consommation de soins pendant deux ans (CES de Toulouse), …

Les requêtes les plus souvent utilisées sont celles concernant les assurés bénéficiant de la CMU-C, de la CMU, les demandeurs d'emploi, les bénéficiaires de l'ACS et les bénéficiaires d'IJ.

Les modalités d'invitation utilisées par les CES sont très variées même si deux modes sont plus fréquemment employés : l'envoi de courriers et l'appel téléphonique direct.

Certains CES expérimentent toutefois de nouveaux modes d'invitation : le SMS (utilisation par l'UCCMP et les CES de Nîmes et d'Annecy pour les rappels) ; l'e-mail (CES de Nîmes, Association nationale pour la protection de la santé - ANPS) ; le déplacement sur un lieu ciblé à la suite d'un requêtage (CES de Nîmes) ; l'encart publicitaire dans un journal local (CES d'Annecy).

Les avantages du requêtage sont multiples.

Tout d'abord, ce mode de ciblage s'impose comme une modalité de recrutement efficace, puisqu'il contribue à 24,6 % du recrutement des CES (2013).

Il s'avère ensuite efficient puisque les responsables de CES, interrogés dans le cadre des entretiens, estiment que les coûts liés au requêtage sont limités. En fait, les principales dépenses générées par cette méthode de recrutement tiennent à l'affranchissement et se trouvent ainsi considérablement réduites en cas de mailing (CES de Nîmes) ; ces coûts sont même annulés en cas d'envois réalisés directement par le partenaire (expérimentation du partenariat avec la CAF de Saint-Etienne). Il importe toutefois de préciser que les coûts sont dans leur ensemble peu évalués.

Enfin, les profils socio-administratifs définis par les CES grâce à l'utilisation du score EPICES permettent d'identifier des populations précaires mal connues (exemple des travailleurs pauvres et des familles monoparentales).

Le requêtage n'est pour autant pas sans inconvénient.

Il apparaît tout d'abord que les pratiques de requêtage sont fortement hétérogènes, notamment du fait d'un accès variable aux bases de données des CPAM selon le statut du CES, et de l'adoption de critères très différents d'une structure à l'autre.

Ensuite, les mesures engagées pour réduire les coûts liés à l'affranchissement se sont révélées jusqu'à présent peu concluantes, à l'exception du développement du mailing. En effet, l'envoi d'invitation dans un courrier joint au décompte est peu efficace (CES de Nîmes); la gestion des envois (dans des courriers isolés) par la CPAM directement peut se traduire par une perte de contrôle du CES sur son processus d'invitation (ANPS : pas de retour systématique de la CPAM sur les envois opérés).

Enfin, le taux de réponse varie sensiblement selon que les requêtes sont génériques (taux de réponse entre 3 % et 5 %) ou qu'elles sont ciblées (taux de réponse entre 7 % et 10 % dans le cas de l'expérience menée conjointement par le CES et la CAF de Saint-Étienne). Ainsi, l'efficience du requêtage dépend fortement des critères de requêtage eux-mêmes.

Si les CES développent des méthodes alternatives aux partenariats préconisés par le CETAF et ceci, alors même que les partenariats sont plus efficaces en matière de ciblage, c'est que le développement local de relations partenariales par les CES est confronté à plusieurs écueils.

Tout d'abord, le travail partenarial mené par les CES apparaît particulièrement coûteux. En effet, bien que rarement mesuré, le coût des partenariats est reconnu comme très supérieur aux autres modes d'invitation. Les dépenses engagées pour faire vivre les partenariats tiennent notamment à la gestion de la relation (exemple des chargés de partenariat de l'UCCMP) ; à l'animation d'informations collectives et aux déplacements conséquents (CES de Niort, de Saint-Étienne,…).

Ensuite, le bon fonctionnement d'un partenariat dépend de la présence au sein de l'entité partenaire d'un interlocuteur dynamique et compétent. La présence de cet interlocuteur n'est pas systématiquement acquise.

Enfin, la gestion des partenariats locaux semble dans la majorité des cas empirique, dépourvue d'outils et de méthodes professionnelles, ce qui ne permet pas d'identifier les potentialités d'optimisation des relations.

Il apparaît à l'issue de nos travaux que les conventions nationales sont un outil insuffisamment ou imparfaitement exploités pour dynamiser les partenariats, et donc l'efficacité du ciblage des populations. Plus globalement, la mesure et l'évaluation des dispositifs de ciblage et d'invitation des assurés présentent des faiblesses qui limitent la capacité d'optimisation des processus. En effet, l'évaluation se fonde sur des données exclusivement déclaratives, dont l'exhaustivité et l'homogénéité ne sont pas assurées.

II.2.2- Concernant l'information des consultants

Les pratiques diffèrent selon les CES, en fonction des modalités de gestion des centres (gestion directe ou gestion déléguée).

La mise en œuvre du programme socle d'information des consultants est en cours de généralisation dans les CES. Ainsi, fin février 2013, 86 structures (CES ou antennes) ont formé leur personnel à

la démarche « Information des consultants », dont 68 par l'intermédiaire du CETAF.

Au-delà du socle minimum commun d'information, le programme a fait émerger des expériences réussies de complémentarités CES / CPAM en particulier dans les CES qui partagent leurs locaux avec les CPAM. Ce constat confirme la nécessité d'une meilleure intégration de l'activité des CES dans la stratégie de gestion du risque mise en place dans les CPAM.

Parmi ces réussites figurent les cas ci-dessous :

- Dans les CES de Saint-Étienne et de Nîmes, l'agent chargé de l'accueil administratif au CES établit une fiche de liaison à destination du service social de la CPAM pour un meilleur suivi et accompagnement du consultant,
- Certains CES développent une approche populationnelle de l'EPS, avec une adaptation de son contenu :
  - Le CES de Nîmes a mis en place un « parcours jeunes » avec une modulation de l'EPS, qui intègre le dépistage VIH et des tests toxicologiques ;
  - Le CES de Lyon pratique des EPS séniors avec des ateliers équilibre.
- Les CES de Saint-Étienne, Niort et Bordeaux ont mis en place des « pôles de solidarité » avec les différents services de la CPAM en lien avec les publics vulnérables, pour renforcer les synergies entre les services.
- Certains CES font la promotion des programmes PRADO et Sophia dans leurs accueils et le CES de Niort développe des mises en relations mutuelles avec le service « santé active ».

Dans tous les cas, une collaboration renforcée avec les services traditionnels des CPAM est nécessaire. Or à l'heure actuelle, on observe encore trop fréquemment une absence marquée d'implication des directeurs de Caisses dans le pilotage des CES.

III- Nos préconisations en matière de stratégie des CES pour faciliter l'accès aux soins des populations fragiles

Partenariats ou requêtage ? Conventions nationales ou partenariats locaux ?

La question de la valeur ajoutée des CES pour le système de soins se pose en réalité en d'autres termes.

Partenariats et requêtage ne sont que deux options, le plus souvent complémentaires, d'une politique de ciblage et d'invitation qu'il convient de professionnaliser, et d'intégrer dans une politique santé plus large d'accès aux soins et de prévention.

Dès lors que cette politique a pour finalité de permettre aux assurés sociaux les plus vulnérables d'intégrer des parcours de soins personnalisés, la valeur ajoutée des CES pourrait être définie comme leur capacité à inscrire les assurés ciblés dans les parcours de soins.

Nos recherches nous conduisent dès lors à proposer plusieurs pistes pour améliorer cette valeur ajoutée :

III.1- Renforcer l'intégration des CES dans les politiques des CPAM

Cette proposition conduirait à améliorer la prise en compte des CES dans la COG, puis dans les CPG. À l'heure actuelle, seul le ciblage est l'objet d'un indicateur dans la COG de 2010-2013. Or, pour éviter de voir apparaître des disparités dans les actions mises en œuvre, il conviendrait de prévoir des objectifs relatifs à l'information des consultants.

La CNAMTS comme le CETAF proposent en outre que l'information des consultants par les CES soit inscrite dans les projets d'entreprise des organismes, afin de définir des axes de développement des CES en cohérence avec leur missions permanentes.

Par ailleurs, il conviendrait d'affirmer les CES comme acteurs de la gestion du risque au sein des CPAM.

Alors que les travaux de la Mission déléguée du CNG « Assurance maladie et vulnérabilités » ont permis d'identifier les difficultés majeures auxquelles est confrontée l'Assurance maladie dans l'exercice de sa mission (non accès des assurés à leurs droits légaux ; non recours aux offres de service et d'accompagnement proposées ; inadaptation des informations collectives ou individuelles diffusées auprès de certains profils d'assurés ; aggravation de situations déjà fragilisées par des décisions administratives et individuelles défavorables.), les CES ont un rôle important à jouer comme acteur de repérage des situations de vulnérabilité et de l'accompagnement effectif de ce public dans le parcours de soins.

Ce positionnement doit être porté par la Direction de la caisse, car il ne va pas de soi.

D'une part, certaines caisses n'ont à ce jour organisé que peu de liens entre le CES et les autres acteurs de la GDR, de la prévention et de la précarité au sein de la caisse. D'autre part, certaines caisses ont confié leur CES à un organisme conventionné. Pour ces CES, il convient d'envisager le renouvellement des modalités de tutelles des CPAM, en reposant la question des objectifs, du reporting, des budgets alloués, des instances de supervision et de décisions, voire de la forme juridique des organismes conventionnés, pour une liaison renforcée avec les besoins des CPAM.

Plus globalement, les CPAM devraient renforcer leur implication dans le pilotage des CES. Cette évolution est précisément l'objet de l'introduction récente d'objectifs CPG relatifs aux CES pour les CPAM.

III.2- Promouvoir les synergies entre les CES et les CPAM

En dehors des situations de CPAM où les CES sont explicitement identifiés comme acteurs de la GDR, les synergies entres CPAM et CES sont relativement peu organisées et opérantes. Ce constat vaut tant pour les CES conventionnés que pour une majorité de CES en gestion directe.

Dès lors, les synergies sont à organiser et promouvoir.

Elles peuvent être identifiées par la mise à disposition de moyens marketing des CPAM au bénéfice des actions de ciblage et d'invitation des CES : éditique, téléphone, sites internet, emailing, campagnes sms, campagnes de communication, …

Les synergies peuvent aussi être identifiées dans une approche commune des partenariats précarité, dès lors que les services précarité des caisses travaillent avec les mêmes partenaires que les CES. Les collaborations CPAM et CES pourraient ici autant porter sur les modalités de gestion relationnelle (par exemple en mettant en commun un outil de gestion de relation client) que sur les contenus des partenariats (par exemple en intégrant dans une même offre de service les compétences des CES et celles des services précarité).

Par ailleurs, des marges de manœuvre sont à exploiter au niveau des systèmes d'information des caisses. Ainsi, le croisement systématique et organisé de données à caractère médical (ex. : non consommation de soins) avec des critères socio-administratifs permettrait d'identifier de nouvelles cibles. Certains CES ont avancé sur le sujet en constituant des listes de requêtes types utiles au ciblage. La mise à disposition des CES et des CPAM de ces listes est une action en cours de promotion par le CETAF, via la diffusion prochaine d'un catalogue des requêtes.

III.3- Professionnaliser l'évaluation de l'action des CES

Les démarches qualité sont des éléments structurants pour évaluer l'action des CES.

Le déploiement par les CES, dans le cadre de la COG 2007 - 2010, de systèmes de management de la qualité normés et certifiés (Norme ISO 9001) leur a permis de s'orienter résolument vers la prise en compte des attentes de leurs clients au travers du développement de l'écoute client et la mise en place d'une approche par processus.

Le Système de Management Intégré (SMI), nouveau référentiel CNAMTS en cours de déploiement dans les CPAM à compter de 2014, contient des attendus opposables et des recommandations de bonnes pratiques. À ce titre, il précise les dispositions qui ont pour ambition de créer les conditions d'un pilotage optimisé des organismes et des activités de l'Assurance maladie dans le but d'améliorer sa performance globale au service de ses missions stratégiques.

A ce stade, dans la cartographie unique Assurance maladie (CNG Juin 2013), les CES sont intégrés au macro processus métier « Évolution des comportements / pratiques ».

III.4- Une approche populationnelle et territoriale pour améliorer les capacités de recrutement des CES

Le développement d'une approche populationnelle et territoriale devrait permettre d'améliorer les capacités de recrutement des CES. Il s'agirait d'adapter à la fois les modes de recrutement et le format de l'EPS aux segments de population visés.

L'approche populationnelle (adaptation à l'âge des populations) connaît déjà des traductions concrètes : mise en œuvre au niveau national de l'EPS seniors, grâce à une collaboration CNAV-CETAF ; élaboration d'un parcours santé jeune au sein du CES de Nîmes avec une adaptation des modes de ciblage et du contenu de l'EPS (dimension virologie et préventive accrue, démarches renforcées d'accès aux droits). Les avantages de l'approche populationnelle sont avant tout d'ordre méthodologique : il s'agit de partir des besoins des populations considérées comme prioritaires pour construire l'offre proposée (format de l'EPS et offres annexes) et adapter le marketing de l'offre.

Quant à l'approche territoriale, elle est expérimentée dans plusieurs CES, avec un recrutement ciblé sur les territoires qui se caractérisent par la précarité de leur population (UCCMP, CES de Nîmes). Ces CES utilisent des indicateurs socio-économiques (revenu moyen, taux de chômage,…) pour établir la cartographie des zones de vulnérabilités.

III.5- Réseaux innovants : Identifier, évaluer, relayer les bonnes pratiques partenariales

Il s'agit ici d'aller au-delà de la logique de lutte contre le non-recours dans le cadre de l'Assurance maladie et de réfléchir plus largement, en termes de parcours de soins et en envisageant un plus grand décloisonnement entre les différents acteurs évoluant autour des publics vulnérables et un développement de synergies entre eux. Il nous a été donné d'observer certaines tentatives locales allant dans ce sens.

Nous avons identifié plusieurs expériences locales de décloisonnement des acteurs de la santé et de l'accompagnement auxquelles les CES sont largement associés, et dont la déclinaison nationale pourrait être envisagée.

- Les CES de Nîmes, Saint-Étienne et Bordeaux tentent d'accompagner les consultants dans la souscription à une mutuelle de santé, notamment en faisant des demandes d'achats groupés afin d'obtenir de meilleurs tarifs.
- Des partenariats autour des ateliers d'éducation thérapeutique sont localement mis en place avec les hôpitaux publics ne disposant pas nécessairement d'une offre de service pour toutes les populations et pathologies. C'est le cas au CES de Bordeaux.
- Les CES de Bobigny et de Rennes ont noué des relations avec les facultés de médecine, pour accueillir des internes au sein des CES, afin de les sensibiliser à la médecine préventive.
- Le CES de Niort envisage de mettre en place des partenariats inter-régimes avec la MSA et le RSI.

Le PLANIR (Plan Locaux d'Accompagnement du Non-Recours, de l'Incompréhension, des Ruptures) constitue pour sa part une expérimentation nationale à laquelle les CES devraient prendre toute leur part.

Mobilisant CPAM, CES, ELSM et secteur social de la CARSAT, les PLANIR pourraient notamment associer formellement le CES dans une démarche de repérage de situations de vulnérabilités au Front Office.

Les conventions nationales constituent un outil-clé pour développer l'approche populationnelle et territoriale des CES, et développer des réseaux innovants et performants.

Aussi, la promotion des conventions nationales devrait être pérennisée et recentrée sur cet objectif de mise en réseau des CES, même si cela doit conduire à une refonte du contenu des conventions nationales. Ce recentrage permettrait une communication plus aisée sur le bien-fondé des conventions. Dans ce contexte, la promotion desdites conventions pourrait comporter une dimension de contrainte : information active de l'instance nationale partenaire auprès de l'ensemble de son réseau sur le dispositif de la convention nationale et les obligations qu'ils emportent ; pour les organismes de sécurité sociale, définition d'objectifs chiffrés d'envoi de consultants pour chaque partenaire dans le cadre des CPG.

IV- Conclusion

Au vu de nos recherches, il apparaît que les CES ont un rôle incontestable à jouer dans l'accès au système de santé des populations en situation de vulnérabilité.

Ainsi, dans sa contribution à la Stratégie Nationale de Santé publiée en mai 2013, la Société Française de Santé Publique (SFSP) salue l'apport des CES en termes de ciblage et d'inscription dans une démarche de prévention de ces personnes. Elle présente les centres comme un exemple à suivre, pour porter des stratégies volontaristes visant à réduire les inégalités d'accès aux soins et à la prévention.

Pour autant, cette contribution pourrait être encore améliorée sous réserve que soient réunies deux conditions.

Tout d'abord, la mise en œuvre d'un pilotage renforcé des CES par les directions des CPAM contribuerait à améliorer leur efficience et leur positionnement dans l'offre de services globale de l'Assurance maladie.

Ensuite, une clarification du rôle des CES s'avère nécessaire. En effet, notre étude nous a permis de mettre en évidence diverses expérimentations locales qui dépassent le périmètre traditionnel d'activité. Ce constat remet en cause l'homogénéité du pilotage, faisant peser un risque sur la cohérence globale du dispositif et de son efficience.

Enfin, le ciblage des populations reçues en centres d'Examens de Santé ne s'improvise pas. Il résulte d'une technicité à mettre en œuvre à l'image de ce qui devrait être fait dans le choix des programmes de prévention pour notre système de santé. À cet égard, il convient de rappeler que trois critères doivent guider ces choix :

- Viser la prévention des maladies ou d'autres entités péjoratives de santé ayant des conséquences importantes ;
- Définir la méthode de ciblage de la population la plus à risque pour chaque entité considérée ;
- Prendre en considération l'efficacité et la faisabilité des mesures préventives de cet événement de santé.

Le CETAF est l'opérateur privilégié des CES pour ce faire, en appui de la CNAMTS. Il est effet en capacité de prendre du recul, et de définir ces méthodologies au service de la Stratégie Nationale de Santé. L'action du CETAF a d'autant plus de pertinence qu'elle s'inscrit dans une logique partenariale en lien avec d'autres acteurs institutionnels (Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé par exemple).

L'accès aux soins et l'action sociale des CPAM

Par Léa DIVAY-FEILLET, Géraldine BRUN, Morgane JAVELLE, Antoine PASTOR et Stéphanie WILLOT,
Anciens élèves de la 52e promotion de l'EN3S

Et sous la supervision de Gisèle SANTA CRUZ,
Sous-Directrice de la CPAM du Rhône

Cet article synthétise une étude, réalisée par un groupe d'élèves de l'École nationale supérieure de la sécurité sociale (EN3S) sous la supervision de Mme SANTA CRUZ, sous directrice à la CPAM du Rhône. Le périmètre de cette recherche action est centré sur les aides financières individuelles, les prestations supplémentaires, et les subventions d'équilibre en faveur des œuvres en gestion directe (principalement centres de santé).

Le code de la Sécurité sociale précise que les Caisses Primaires d'Assurance Maladie (CPAM) exercent une Action Sanitaire et Sociale (ASS) destinée en priorité aux populations exposées au risque de précarité.

Mise en œuvre dans le cadre de l'arrêté ministériel programme d'octobre 1970, cette action se décline aujourd'hui dans le contexte des Contrats Pluri-annuels de Gestion (CPG) des caisses.

Elle est, par ailleurs, composante de la Convention d'Objectif et de Gestion (COG) 2010-2013 qui positionne en axe primordial de la gestion des risques, le souci de garantir l'accès aux soins des assurés, réduire les inégalités de santé et limiter la fragilisation sociale. L'ASS contribue notamment à accroitre la possibilité, pour tous et sur tout le territoire, de recourir à des soins de qualité.

Cependant, malgré l'ambition partagée par les CPAM de favoriser l'accès aux soins, les mécanismes au fondement de l'ASS sont porteurs d'une hétérogénéité générant un traitement différencié des assurés puisque, d'une CPAM à l'autre, les assurés ne bénéficient pas toujours des mêmes aides, ni des mêmes montants.

Se pose la question de savoir comment l'action sanitaire et sociale des CPAM peut contribuer à améliorer l'accès aux soins, entre marges de manœuvres locales et convergence des politiques locales ?

Dans cet article, nous apportons quelques éclairages issus de divers rapports, commissions, etc. Nous avons, en outre, réalisé une enquête basée sur une série d'entretiens, effectués auprès d'un échantillon de onze organismes, choisis en fonction des disparités qu'ils présentent en matière de politique d'ASS, et de divers interlocuteurs notamment de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAMTS).

Nous proposons dans cet article quelques préconisations que nous avons formulées dans notre rapport afin de conforter l'impact des politiques d'ASS.

I- Les mécanismes au fondement de l'ASS sont porteurs d'hétérogénéité

La loi du 13 août 2004 portant réforme de l'Assurance Maladie a positionné la politique d'ASS des CPAM comme l'une des prérogatives majeures des conseillers. Ces marges de manœuvre permettent donc de voir

émerger des initiatives originales et d'être au plus près des besoins des publics précaires. Cela engendre cependant, une inégalité de traitement des assurés sur le territoire en matière d'accès aux soins, puisque, d'une CPAM à une autre, les assurés ne bénéficient pas systématiquement des mêmes aides, ni des mêmes montants.

Dans un rapport de 2006[1] sur l'ASS des CPAM, la Cour des comptes a souligné le manque de lien entre la santé, l'accès aux soins et les politiques d'ASS menées par certaines CPAM. Elle a par ailleurs pointé des lacunes dans le ciblage des bénéficiaires d'ASS résultant d'un manque d'harmonisation nationale.

En réponse à ce rapport des orientations nouvelles ont été définies pour la COG maladie 2010-2013. L'action sanitaire et sociale est ainsi mobilisée en priorité sur l'accès aux soins des publics fragilisés.

Pour autant, des divergences de politiques d'ASS demeurent, au niveau des critères d'attribution ou de refus des aides, de la nature des ressources prises en compte, des modalités de gestion des prestations extra-légales d'ASS (passage en commission d'action sociale ou délégation directeur, délais d'instruction des demandes d'aides…), et de la nature, du nombre et du but même des aides allouées (prise en charge ou non des dépassements d'honoraires des professionnels de santé etc.). De plus, le taux d'exécution de la dotation paramétrique varie très fortement d'une CPAM à une autre, ce qui reflète les différences d'ampleur entre les politiques d'ASS menées[2].

En octobre 2012 la CNAMTS a émis un référentiel réglementaire d'action sanitaire et sociale, socle commun à toutes les CPAM de règles en matière d'ASS. Elle préconise un mode de calcul unique du quotient familial dans les critères d'octroi des aides ainsi qu'un délai de traitement commun des dossiers.

Cependant, l'harmonisation se fait lentement et d'abord dans les faits avec un rapprochement des pratiques via un recentrage de l'ASS sur l'aide à la mutualisation.

II. Les politiques d'ASS : vers une convergence ?

II.1- Le point de convergence : une ASS tournée vers l'ACS extra-légale

L'aide à la complémentaire santé s'est vue complétée par la création, au sein des CPAM, de deux types d'aides

- Les aides complémentaires à l'ACS légale
- Les aides destinées aux personnes dont les ressources dépassent légèrement le plafond ACS, appelées aides « effet de seuil ACS ».

L'aide à la mutualisation mobilise actuellement la majorité des fonds d'ASS, alors qu'antérieurement c'est l'aide sociale qui était privilégiée. En 2012, les aides à l'accès à une complémentaire santé représentaient 39 % de la dotation paramétrique consommée des CPAM (contre 23 % en 2010). La plus forte progression a concerné les aides complémentaires à l'ACS (augmentation de 73 % des bénéficiaires).

1 Rapport sur la Sécurité sociale 2006.
2 CORPASS 25/09/2013 BILAN 2012 de la mise en œuvre de la dotation paramétrique.

II.1.1- Accès à la complémentaire individuelle

En la matière, deux constats nous interpellent :

- Les bénéficiaires de l'ACS n'ont actuellement pas l'obligation de choisir leur mutuelle parmi un nombre restreint d'organismes « validés ».
- La mutualité française est en cours de réflexion par exemple sur la création de mutuelles à faible coût et à géométrie variable pour les assurés qui ont l'ACS (choix de se couvrir pour la lunetterie ou les soins dentaires par exemple). D'ailleurs, dans certains départements, des mutuelles proposent déjà des garanties santé adaptées aux bénéficiaires de l'ACS.

Préconisation : Labelliser les contrats ACS

La labellisation permettrait de lister les opérateurs offrant des services adaptés à la situation et aux ressources des bénéficiaires d'ACS. Elle apporte une certaine fiabilité aux contrats qui bénéficient d'une aide financière qu'elle soit légale ou extra-légale.

Le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM) examine, par ailleurs, l'hypothèse de mise en œuvre « à l'initiative de la puissance publique, des contrats spécifiques, réservés aux seuls bénéficiaires de l'ACS ». De plus, le projet de loi de financement de la sécurité sociale 2014 prévoit une mise en concurrence des contrats souscrits dans le cadre de l'aide à la complémentaire santé.

Préconisation : Réorganiser la distribution des fonds de la dotation paramétrique.

En cas de labellisation, le bénéfice de contrats moins chers et de meilleure qualité dégagerait des économies. En effet, certains bénéficiaires de l'ACS (légale et/ou extralégale) sont amenés à solliciter une aide financière individuelle auprès des CPAM afin de financer des soins peu ou faiblement remboursés par leur complémentaire santé. Les économies générées pourraient être réorientées sur d'autres types d'aides ou attribuées à d'autres bénéficiaires dans le cadre de la mutualisation. Il convient néanmoins de s'interroger sur cette dernière assertion : faut-il élargir le champ des bénéficiaires d'aides extra-légales, au risque de tomber dans le «saupoudrage» ? Ou attribuer des sommes plus importantes à des publics cibles spécifiques (seniors, familles mono parentales, chômeurs en maladie, invalides…) afin de compléter les droits légaux et éviter ainsi des restes à charge importants entrainant un renoncement aux soins ?

II.1.2- Généralisation de la complémentaire santé

Dans ce contexte, s'inscrit la loi sur la sécurisation de l'emploi qui prévoit notamment, la généralisation de la complémentaire santé en entreprise d'ici le 1er janvier 2016 : il s'agit de permettre aux salariés sans complémentaire santé collective obligatoire d'accéder à cette protection[3] via un accès à des garanties mieux négociées avec les assureurs.

Actuellement les chèques ACS ne peuvent pas être utilisés pour le bénéfice de cette couverture collective. Cela engendre des non-recours à l'aide légale et impacte l'ASS qui ne peut pas être sollicitée sur son volet d'aide à la mutualisation.

Préconisation : Permettre l'utilisation de l'ACS pour le paiement des cotisations des complémentaires collectives.

Sous réserve d'expertise, il s'agit de réduire les restes à charge (RAC) grâce à l'ACS légale et éventuellement à un complément extra-légal. Une telle évolution serait de nature à limiter les renoncements aux soins. Cette préconisation figure dans l'avis du HCAAM[4]

3 Cette généralisation par la voie professionnelle (qui n'inclut pas les fonctionnaires) devrait concerner 4,4 millions de salariés supplémentaires.

4 Cet avis accompagne le rapport du 18/07/2013.

III. Il est aujourd'hui difficile de mesurer l'efficacité globale des politiques d'ASS compte tenu de la diversité des actions et des modalités d'attribution des aides

Nos différents entretiens et lectures nous confirment qu'il est difficile de mesurer l'efficacité globale des politiques d'ASS. Nous avons ainsi formalisé plusieurs constats qui visent à favoriser cette évaluation.

III.1- La mise à jour des prestations supplémentaires

La liste des treize prestations supplémentaires n'a pas évolué depuis 1995 et on peut s'interroger sur leur pertinence et leur caractère prioritaire.

Préconisation : Actualiser les prestations supplémentaires en tenant compte des évolutions législatives et sociétales afin de permettre une meilleure lisibilité des orientations du Fonds national d'action sanitaire et sociale (FNASS), et surtout de libérer des crédits potentiels.

III.2- L'usage des fonds de l'ASS.

Près de 15 % de la dotation paramétrique n'est pas consommée[5] au niveau national (taux d'exécution de 81,5 % en 2011 et de 86 % en 2012), Cette consommation progresse cependant depuis que les dispositifs d'aide à la mutualisation sont devenus un axe prioritaire des CPAM au titre de leur ASS.

Les aides individuelles d'accès aux soins (hors aide à la mutualisation) ne représentent que 15 % du total des aides ASS. Elles sont composées notamment à 12,3 % par l'optique, à 16,3 % par l'hospitalisation et à 29 % par le dentaire hors orthodontie.

Préconisation : Recentrer des aides individuelles, hors mutualisation, sur l'accès aux soins et particulièrement le dentaire et l'optique (restes à charge les plus importants et fort taux de renoncement ou de report/retard des soins). Il s'agit de soins essentiels dont les conséquences peuvent être graves sur l'état de santé général, d'autant plus que 14 % des français renonceraient aux soins pour des raisons financières[6].

III.3- Les commissions des aides

Selon les caisses, les demandes d'aides extra-légales sont traitées soit exclusivement lors d'une Commission d'Action Sanitaire et Sociale (CASS), soit par délégation donnée par les conseillers au directeur. La mise en place d'une CASS n'est pas une obligation pour les CPAM. Néanmoins elle est quasi systématiquement installée.

Préconisation : Systématiser le dispositif de délégation aux services administratifs afin d'alléger les modalités de traitement et de raccourcir les délais.

III.4- Le système d'information pourrait être un outil au service de l'efficience de l'ASS

L'outil PEL (Prestation Extra-Légale), développé par la CPAM de la Sarthe, est un outil de saisie des demandes et des traitements d'aides financières au titre de prestations extra-légales[7].

5 Exécution budgétaire 2012 et budget 2013- CORPASS 04-04-2013

6 Enquête IRDES de 2008

7 Il a été créé en 2009 par la CPAM de la Sarthe en collaboration avec la CPAM du Maine-et-Loire

Il permet de : générer des gains en ETP, éviter les risques d'erreurs, permettre le suivi du budget et des statistiques en temps réel (tableau de bord) et s'adapter aux spécificités de chaque organisme puisqu'il est complètement paramétrable.

De nombreuses caisses l'utilisent, cependant sans labellisation formelle de la CNAMTS, le développement de cet outil est freiné.

Préconisation : **Labelliser le produit au niveau de la caisse nationale** afin d'apporter des garanties aux utilisateurs en termes de sécurité, de suivi et de support technique.

Le requêtage est également une démarche à renforcer. Le rapport ARCHIMBAUD[8] comporte de nombreuses propositions dont la généralisation de l'automatisation de la détection des situations de non-recours. L'idée maîtresse est « d'automatiser la détection des situations de non-recours et l'envoi de courriers d'information ».

Dans cette optique, la mission réseau spécifique CNG[9] « Assurance maladie et vulnérabilités » conduit à la construction d'une démarche pro active et transversale : le PLANIR[10]. Porté notamment par les CPAM du Gard et du Hainaut, il permet tout à la fois de rechercher des bénéficiaires potentiels, d'accompagner le demandeur dans l'accomplissement des démarches puis de suivre le renouvellement de l'aide octroyée.

Préconisation : **Mettre en place des croisements automatiques de fichiers avec d'autres organismes** (CAF) et institutions (les impôts pour connaître les ressources) permettrait une meilleure détection des bénéficiaires potentiels. Néanmoins cette préconisation s'inscrit dans un contexte budgétaire ASS contraint et cette détection améliorée ne peut avoir comme conséquence l'extension non maîtrisée de l'offre et notamment l'augmentation trop grande du nombre de bénéficiaires.

IV- Une politique d'action sanitaire et sociale efficiente repose sur la complémentarité, notamment avec les partenariats

IV.1- Les partenariats externes

Les services administratifs d'ASS des CPAM s'inscrivent dans un paysage institutionnel dense au sein duquel ils nouent des partenariats notamment avec les services sociaux des caisses d'assurance retraite et de santé au travail (CARSAT), les centres communaux d'action sociale (CCAS), les associations, les permanences d'accès aux soins de santé (PASS), les maisons départementales pour les personnes handicapées (MDPH) et, dans une moindre mesure, les missions locales d'insertion, les conseils généraux, les mutuelles et Pôle emploi.
Les partenariats évoqués par les CPAM lors des entretiens peuvent revêtir plusieurs formes :

- l'information et la formation du partenaire par la CPAM afin d'assurer l'accompagnement des publics précaires dans leurs démarches relatives à l'Assurance maladie,
- la détection précoce par le partenaire des situations de précarisation et de marginalisation du fait d'un défaut d'accès aux soins,
- une aide délivrée par le partenaire à la constitution de dossiers ou au choix d'une complémentaire santé,
- le co-financement d'une aide après enquête sociale effectuée par le partenaire.

8 Rapport au Premier Ministre de septembre 2013 établi par la Sénatrice de Seine-Saint-Denis, Aline ARCHIMBAUD
9 CNG : Mission nationale Assurance Maladie et vulnérabilités
10 Plan Local d'Accompagnement du Non-recours, des Incompréhensions et des Ruptures

Les partenariats permettent aux CPAM d'élargir leur champ d'intervention, de mieux détecter les besoins de la population du département, et de bénéficier des compétences et de l'expertise des partenaires. Enfin, et cela n'est pas négligeable dans un contexte budgétaire contraint, l'appui sur les partenaires externes permet également de préserver les ressources humaines internes, alors potentiellement mobilisables sur des actions à forte valeur ajoutée pour l'Assurance maladie.

Préconisation : Mettre en place un interlocuteur dédié aux partenaires afin de répondre aux situations urgentes relatives à l'accès aux soins et aux sollicitations des partenaires.

Dans cette optique, le dispositif « délégué social » peut être mis en place. Il s'agit d'un interlocuteur expérimenté dédié aux partenaires (Conseil général, centres hospitaliers, associations à caractère social, CAF, PASS, mairies ; une extension aux services de la protection maternelle et infantile et aux services pénitentiaires d'insertion et de probation peut être envisagée).

Le but de la démarche est de détecter de façon précoce, grâce aux partenaires, les situations de précarité et de marginalité entrainant un non-recours aux soins.

IV.2- Les partenariats internes

Si dans certaines caisses les services d'ASS s'appuient sur un large réseau de partenaires internes (services sociaux, administratifs, médicaux, les œuvres etc.), dans d'autres, au contraire, il n'existe pas, ou très peu, de coopération.

Pour autant, un développement de ces partenariats peut permettre un meilleur ciblage des bénéficiaires potentiels, un meilleur taux d'exécution des budgets d'ASS et un renforcement de l'accès aux soins des publics précaires.

Les services d'ASS apparaissent parfois isolés au sein d'une CPAM alors que d'autres acteurs internes agissent sur les mêmes thématiques et ont des rôles semblables. Pour un fonctionnement optimal des dispositifs d'ASS, un maillage doit donc se construire en interne. Il doit inclure plusieurs acteurs de l'accès aux soins : service social, service d'ASS, services de production et services de front office.

Concernant spécifiquement le service social, la COmmission des Relations aux Publics et de l'Action Sanitaire et Sociale (CORPASS)[11] de la CNAMTS a impulsé son repositionnement sur l'accès aux soins et aux droits des personnes en situation de précarité par le biais de la COG 2010-2013. Ainsi, le service social a pour mission de prévenir et anticiper les risques de précarisation médico-sociale des assurés sociaux. Il lutte contre la précarité et les inégalités en matière de santé grâce à des services attentionnés à destination de publics cibles.

Le renforcement d'un partenariat et des coopérations entre le service social et les services d'ASS est donc nécessaire. Ce besoin de complémentarité a, par ailleurs, été souligné par la mission nationale CNG « Assurance maladie et vulnérabilité ».

Préconisation : Renforcer le rôle du service social sur la prévention à destination des publics précaires. Il existe un réel besoin de créer au sein de la CNAMTS un macro processus « accès aux soins »

11 CORPASS, bilan 2010-2012 sur le service social, 25 septembre 2013.

c'est-à-dire une offre de service globale « accès aux soins » de l'Assurance maladie qui différencierait les rôles entre les différents acteurs internes tout en coordonnant leurs actions.

Préconisation : Renforcer les échanges au sein d'une même CPAM entre le front office, back office et les services d'ASS

Du fait de la non-connaissance des dispositifs par les assurés précaires, les services d'ASS rencontrent et des difficultés à cibler les bénéficiaires potentiels. Un partenariat renforcé avec l'accueil physique permettrait une meilleure détection des bénéficiaires potentiels et donc un meilleur accès aux soins. Ce partenariat repose sur des signalements et des offres sur rebond à l'accueil physique (remise de documentation sur l'ASS, etc.).

Il est donc fondamental que l'ASS s'inscrive dans des partenariats efficaces avec les autres acteurs internes pour améliorer l'accès aux soins des plus fragiles.

IV.3- Le rôle des œuvres

Les œuvres sont constituées pour l'essentiel de centres de santé et de centres de santé dentaire (CSD). Elles facilitent l'accès aux soins des publics fragilisés, notamment dans des zones géographiques où l'offre de soins de secteur 1 est réduite. Un récent rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS)[12] a d'ailleurs réaffirmé cette utilité sociale.

Ce rapport pointe cependant le modèle économique « structurellement boiteux » et déficitaire des œuvres. Les faibles marges de manœuvres financières de l'ASS des CPAM ne permettent pas à ce jour de porter ni de développer ce type de structures, même si certains l'appellent de leur souhait à l'image de Aline ARCHIMBAUD[13] sénatrice de Seine-Saint-Denis, qui préconise de « soutenir les centres de santé et de favoriser une meilleure couverture du territoire ».

Ces centres devront en tout état de cause faire face à des difficultés croissantes telles que les difficultés de recrutement de professionnels de santé.

V- Conclusion

La politique d'Action Sanitaire et Sociale des CPAM s'inscrit dans un contexte qui pourrait conduire à en redéfinir les orientations et les modalités de mise en œuvre.

En premier lieu, la revalorisation du plafond de ressources pour l'attribution de la protection complémentaire en matière de santé (CMU-C et ACS), à compter du 1er juillet 2013, conduit au relèvement des seuils relatifs à l'ACS légale. Cela modifie la population cible des dispositifs d'aide à la mutualisation extra-légaux (notamment des aides dites « effet de seuil ») qui s'adressent par conséquent à des publics moins défavorisés.

En second lieu, la COG 2014 - 2017 de l'Assurance Maladie, peut conduire à des modifications des principales orientations de la politique d'ASS pour les années à venir. Certaines caisses craignent une stagnation - voire une diminution - du budget consacré à l'ASS. Les modalités de calcul de la dotation paramétrique des CPAM sont, quant à elles, fortement susceptibles d'évoluer ce qui désavantagerait les gros organismes.

Enfin, la démarche PLANIR orientera certainement les évolutions futures des politiques d'action sanitaire et sociale des CPAM. Chaque plan d'actions sera adapté au contexte et aux contraintes locales grâce à l'élaboration

12 Les centres de santé : situation économique et place dans l'offre de soins de demain, rapport établi par P. GEORGES et C. WAQUET, IGAS, Juillet 2013.

13 L'accès aux soins des plus démunis, 40 propositions pour un choc de solidarité, rapport au Premier ministre établi par A. ARCHIMBAUD, Septembre 2013.

d'un diagnostic local préalable. La construction du plan d'actions, son évaluation et ses ajustements seront par la suite dévolus à un comité de pilotage (COPIL)[14] envisagé comme une instance à la fois de réflexion et de décision.

La CNAMTS s'est d'ores et déjà pré orientée sur l'insertion du dispositif PLANIR dans la COG, puis dans les CPG. Une telle démarche souligne l'importance que revêt la problématique de l'accès aux soins pour l'Assurance maladie. Néanmoins, pour que ce projet ambitieux produise les effets escomptés, la question des moyens devra être soulevée, notamment pour les caisses dont la population couverte cumule plusieurs facteurs de vulnérabilité.

Au-delà des impacts contextuels, le manque de visibilité à long terme, et par conséquent la difficulté à suivre la réalisation et à évaluer l'impact des politiques menées, représente un obstacle à l'élaboration de dispositifs adaptés, et une limite à leur efficacité. Une solution pourrait être trouvée dans le maintien des axes de la politique d'ASS sur une période de deux COG au minimum, soit huit années.

Cependant, le propre de l'ASS est justement de s'adapter rapidement à une fragilisation économique et sociale. Ce paradoxe, conduit à penser qu'il n'y a pas de politique idéale en la matière.
L'enjeu est donc de parvenir à maintenir la capacité d'adaptation de l'ASS tout en s'inscrivant dans une certaine continuité.

Par ailleurs, la difficulté à mesurer l'efficacité des politiques d'ASS s'explique également par la diversité des actions et du manque d'indicateurs.

Globalement, l'ASS peut être sujette à quelques évolutions. Elle se trouve à la croisée des chemins du fait de la nouvelle COG à venir, des changements qui l'impactent et de ses liens étroits avec l'ACS légale. Si les changements ne sont pas immédiats, on peut supposer qu'ils s'installeront à terme par un changement des cibles d'ASS notamment.

L'ASS des CPAM est donc un levier important en matière d'accès aux soins. Des outils de requêtage et de pilotage, ou le tissage de partenariats constituent des réels appuis en la matière.

En outre, le rôle de la caisse nationale est primordial. Il est cependant complexe notamment parce qu'il doit idéalement tendre vers la définition d'une politique d'ASS globale sans brider les initiatives territoriales afin de ménager des marges d'adaptabilité.

14 Participeront à ce COPIL : le médecin responsable de l'ELSM et les collaborateurs désignés par celui-ci, le ou les représentant(s) du Service social désigné(s) par le Directeur de la CARSAT, le Directeur de la CPAM et les collaborateurs désignés par ce dernier. Le COPIL pourra être élargi, par exemple au Médecin Directeur du Centre d'examens de santé.

Le recours à l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS)

Par Anne-Claire LIBERSAC, Ludivine GIACALONE, Alix VIGNE, Gaël PÉROCHAU et Valentin COUBLE,
Anciens élèves de la 52e promotion de l'EN3S

Et sous la supervision de Raphaëlle VERNIOLLE,
Directrice adjointe du Fonds CMU

I- L'ACS, une aide encore méconnue de son public

La question du non-recours aux droits sociaux a pris de l'ampleur dans les champs universitaire et institutionnel en France. À cet égard, l'ODENORE (Observatoire des non recours aux droits et aux services) a été créé en 2003 afin d'analyser les situations de non-recours aux prestations sociales et de produire des recommandations en matière de politiques publiques. En lien avec les travaux de l'ODENORE, Philippe WARIN, Directeur de recherche au Centre national de recherche scientifique (CNRS) et co-fondateur de l'Observatoire, a publié, en 2012, L'envers de la fraude sociale. Le scandale des non-recours aux droits sociaux[1].

La problématique du non-recours pendant de celle liée à la fraude a été relayée dans le débat médiatique et politique. En témoignent le Plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale, adopté le 21 janvier 2013 par le Gouvernement, ou encore les annonces faites dans le cadre de la Stratégie nationale de santé (généralisation du tiers payant). Au niveau des opérateurs de la Sécurité sociale, l'Assurance maladie a initié la démarche PLANIR (Plan local d'accompagnement du non-recours, des incompréhensions et des ruptures). L'objectif est de développer une approche transversale des situations de non-recours et d'innover dans l'offre de service proposée. Le rapport PLANIR[2] préconise des actions à l'adresse des bénéficiaires potentiels de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS). En effet, le taux de recours est particulièrement faible ; le Fonds CMU (couverture maladie universelle) l'évalue entre 30 et 43 %.

Mise en œuvre le 1er janvier 2005[3], l'ACS est une attestation-chèque, qui ouvre droit à une déduction sur les contrats de complémentaire santé. L'ACS a pour but de lisser les effets de seuil générés par le plafond CMU-C (couverture maladie universelle-complémentaire)[4]. Elle est accordée sous conditions de ressources. Les plafonds associés à l'ACS ont été relevés à plusieurs reprises (de + 15 % au-dessus du plafond CMU-C en 2005 à + 35 % en 2012). La dernière revalorisation date du 1er juillet 2013 (+ 8,3 %). Cette revalorisation porte le plafond d'attribution de l'ACS à 11 600 € pour une personne seule, soit 967 € par mois. La composition et les ressources du foyer sont prises en compte dans l'attribution de l'ACS. Il s'agit d'un montant forfaitaire qui augmente avec l'âge (100 à 500 euros par personne).

En 2005, près de 180 000 assurés bénéficient de l'ACS pour un nombre d'assurés potentiels évalué à deux millions. Malgré une montée en charge progressive du dispositif, un million d'attestations ont été délivrées en 2013 pour un nombre potentiel estimé entre 2,6 et 3,7 millions.

1 L'envers de la fraude sociale : le non recours aux droits et services, Philippe WARIN (sous la direction de), La Découverte, 2012, 210 p.
2 Plan d'actions pluriannuel (2014-2017) du non-recours, des incompréhensions et des ruptures, Guide méthodologique, 4 septembre 2013, 81 p.
3 Loi du 13 août 2004.
4 Loi n°99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle.

Les facteurs de non-recours à l'ACS, lors de la primo-accession, ont été étudiés dans le cadre de différentes études (Fonds CMU, IRDES)[5]. En revanche, peu d'analyses ont été conduites sur le non-renouvellement alors que le taux est de 55 %. Par comparaison, plus des deux tiers des bénéficiaires de la CMU-C renouvellent leurs droits (entre 65 et 75 %). Se saisissant de cette problématique, le Fonds CMU s'est attaché à déterminer pourquoi des personnes qui ont déjà bénéficié de l'ACS et qui, par conséquent, connaissent le dispositif, n'effectuent pas de démarches de renouvellement. Le Fonds CMU nous a confié un travail de recherche afin d'apprécier la spécificité des motifs de non-renouvellement de l'ACS. In fine, l'objectif est de formuler des recommandations pour améliorer le taux de renouvellement et ainsi le recours au dispositif sans rupture des droits.

Le 20 octobre 2012, le Président de la République a affirmé, devant le congrès de la Mutualité française qui se tenait à Nice, sa volonté de généraliser d'ici 2017 l'accès à une complémentaire santé pour les quatre millions de Français qui n'en bénéficient pas. L'augmentation du taux de renouvellement de l'ACS participe de l'amélioration de la couverture santé des publics précaires et, par là-même, de l'accès aux soins : cet objectif s'articule avec la stratégie nationale actuelle qui vise la généralisation de la complémentaire pour lutter contre les inégalités de santé.

II- L'élaboration d'une méthodologie appropriée

L'étude s'est inscrite dans une démarche partenariale associant le Fonds CMU, l'École Nationale Supérieure de Sécurité Sociale (EN3S) et la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) du Gard, particulièrement investie dans le champ de l'accès aux droits. La CPAM du Gard a notamment fait partie de la mission PLANIR. Elle a accepté d'être le terrain d'expérimentation de notre étude qui s'est déroulée de janvier à décembre 2013.

La première étape de notre travail a consisté à formuler des hypothèses de motifs de non-renouvellement à partir de ceux identifiés pour le non-recours, lors de la primo-accession : l'insuffisance de l'information (hypothèse 1), la complexité des démarches administratives (hypothèse 2), les restes à charge sur les contrats de complémentaire et les prestations (hypothèse 3). L'ordre des hypothèses est à relier à la chronologie de l'instruction de l'ACS.

Pour éprouver nos hypothèses, la deuxième étape a visé à définir une méthodologie. Elle a reposé sur une double approche, quantitative et qualitative. L'outil principal était un questionnaire, envoyé à plus de 4 000 assurés de la CPAM du Gard. Des outils qualitatifs ont été utilisés pour consolider l'élaboration du questionnaire (observations non participantes, entretiens semi-directifs), en amont de sa diffusion, et pour affiner l'exploitation des résultats (phoning), en aval.

La constitution de l'échantillon s'est révélé être un exercice délicat. L'une des principales difficultés a porté sur l'identification du public-cible. L'ACS a pour particularité de renvoyer à une procédure en deux temps : d'une part, les démarches visant à la reconnaissance de l'éligibilité, d'autre part, l'utilisation effective du chèque auprès d'un organisme complémentaire. Par souci de rigueur, nous avons retenu une définition restreinte du non-renouvellement, à savoir le cas de personnes qui avaient utilisé l'attestation-chèque en 2011 et qui n'avaient pas entamé de démarches de renouvellement en 2012. De plus, les sorties « naturelles » du dispositif (les bénéficiaires de la CMU-C, les personnes dont les revenus dépassent le plafond ACS), ne relèvent pas du périmètre

5 « Le recours à l'Aide complémentaire santé : les enseignements d'une expérimentation sociale à Lille », IRDES, Document de travail n°36, décembre, 2010, 31 p.

de l'étude. Les questions préliminaires du questionnaire ont permis d'isoler cette sous-population associée au non-renouvellement de l'ACS.

Deux trames de questionnaires ont été élaborées, l'une à l'adresse des renouvelants, l'autre à destination des non-renouvelants. L'objectif était d'étayer nos recommandations au regard de facteurs qui seraient identifiés comme incitant au renouvellement.

III- Les résultats de l'étude

À l'issue des retours de questionnaires, les résultats ont fait l'objet d'une analyse, avec l'appui du service des statistiques de la CPAM du Gard. Le taux de retour des questionnaires (43 % pour les renouvelants - 22 % pour les non renouvelants) a permis d'atteindre un taux de précision statistique de 5%.

Les trois hypothèses ont été validées. L'analyse a conduit à les hiérarchiser : le défaut d'information est le premier facteur de non-renouvellement de l'ACS (45 % des sondés), le reste à charge constitue le deuxième facteur (cité par 14,5 % des personnes interrogées) et le troisième est associé à la complexité des démarches (9 % des sondés).

Le manque d'information est nettement le principal facteur de non-renouvellement. À la question « Avez-vous reçu l'information concernant le renouvellement ? », 85 % des renouvelants répondent oui, contre seulement 60 % des non renouvelants. La CPAM du Gard envoie un courrier aux bénéficiaires de l'ACS potentiellement en situation de renouvellement pour les informer des démarches à effectuer. Il peut alors être avancé que, globalement, les non-renouvelants ne traitent pas l'information de la même manière que les renouvelants.

Deux axes d'amélioration ont pu être identifiés : le média et le contenu de l'information diffusée. Les renouvelants avancent qu'ils ont été informés, pour l'essentiel, par courrier (64 %) ou par l'accueil de leur CPAM (27 %) ; les non-renouvelants citent le courrier à 91 % et la CPAM à 17 %. Le courrier ne semble donc pas être le média le plus efficace pour atteindre le public des non-renouvelants. Le contact direct semble plus pertinent que la relation écrite. L'enquête téléphonique a permis de préciser la nature de la méconnaissance des non-renouvelants : elle porte sur les critères d'éligibilité - les assurés pensent qu'ils n'ont droit à l'ACS qu'une seule fois, ils ne connaissent pas le montant du plafond de ressources, la période pour la prise en compte des ressources - et les modalités de renouvellement - les bénéficiaires s'attendent à un renouvellement automatique.

La dimension financière est le deuxième facteur de non-renouvellement. Près de 15 % des personnes sondées la citent comme le motif principal. Toutefois, si l'on considère plus largement l'ensemble des non-renouvelants, 74 % d'entre eux ont renoncé à une complémentaire santé car le coût d'acquisition demeurait trop élevé, y compris avec l'ACS. Outre la question du montant d'acquisition du contrat, les restes à charge sur les actes et les prestations constituent un frein au recours aux soins (frais dentaires et optiques). Le reste à charge sur les contrats de complémentaires et le niveau de couverture associé représentent un levier d'action.

La complexité des démarches ne paraît pas être le principal facteur de non-renouvellement. Néanmoins, elle s'exprime à trois niveaux : pour entamer les démarches (53 % des non renouvelants ont exprimé des difficultés pour entamer leurs démarches contre 20 % des renouvelants), constituer un dossier (37 % des non renouvelants contre 26 % des renouvelants) et choisir une complémentaire santé (46 % des non renouvelants contre 21 % des renouvelants). Des marges de manœuvre sont à considérer pour simplifier le dossier. C'est surtout le temps nécessaire pour le remplir et rassembler les pièces justificatives qui décourage le renouvellement. Les difficultés de compréhension et la méconnaissance apparaissent plus prégnantes dans le choix d'une complémentaire.

Un lien entre l'insuffisance de l'information et la complexité du dispositif peut être établi. La complexité d'un dispositif entraîne des difficultés à comprendre l'information afférente. Partant de là, un dispositif complexe augmente le besoin d'information. La complexité ressentie semble renforcée au regard de la probabilité de ne pas voir une demande aboutir. L'estimation par l'assuré du rapport bénéfices / coûts, par rapport au temps investi et anticipé dans les démarches, apparaît insuffisant. Deux orientations se dessinent alors : une simplification du dispositif pour diffuser une information plus claire et plus accessible, d'une part, de meilleures garanties sur les contrats des complémentaires santé, d'autre part.

Ainsi, bien que les recommandations aient été élaborées pour chaque motif de non-renouvellement, elles s'articulent entre elles et doivent être appréhendées de manière systémique.

Les propositions ont été rédigées par le groupe de travail en décembre 2013. Elles ont été élaborées au regard des trois hypothèses de travail. Elles portent sur l'amélioration de l'information par un meilleur ciblage des assurés en situation de renouvellement et la mise en place d'un parcours d'information gradué. Elles visent à simplifier les démarches, notamment en automatisant du versement de l'ACS auprès des organismes complémentaires et en limitant la réitération des démarches. Enfin, elles reposent sur l'allègement de la contrainte financière pour les publics ACS et le développement des garanties contractuelles des organismes complémentaires.

Une des priorités pour augmenter le renouvellement de l'ACS concerne l'information (hypothèse 1), son défaut constituant le premier motif de non-renouvellement. Quatre recommandations peuvent être proposées : cibler les assurés en situation de renouvellement, mettre en place un parcours d'information gradué, s'appuyer sur les professionnels de santé et les partenaires extérieurs et renforcer des éléments majeurs d'information.

En premier lieu, l'enjeu est d'améliorer le ciblage des assurés en situation de renouvellement, préalable nécessaire à une partie des recommandations tirées de l'étude. Afin d'identifier précisément les assurés en situation de renouvellement, il apparait essentiel que les organismes complémentaires communiquent par voie dématérialisée et automatique à l'Assurance Maladie les dates d'utilisation de l'attestation et d'échéance des contrats de santé.

Pour ces publics, un parcours d'information gradué reposant sur l'ensemble des canaux de contacts pourrait être établi. Pour ce faire, deux conditions doivent être réunies : d'une part, la sensibilisation des assurés primo-accédants aux modalités de renouvellement (en particulier à anticiper au plus tôt le renouvellement, sur une période préconisée de quatre mois, pour assurer la continuité de leurs droits), l'optimisation du recueil des coordonnées (adresse, numéros de téléphone fixe et portable, adresse e-mail) d'autre part. Le moment de la primo-accession doit pouvoir donner lieu à une ouverture en direct d'un compte ameli afin de créer des alertes quatre et deux mois avant l'échéance du contrat.

L'objectif de cette recommandation est d'exploiter chaque mode de contact, du moins au plus onéreux, pour mettre en place un parcours d'information et d'accompagnement à différents niveaux. Quatre mois avant l'échéance du contrat, le premier niveau du parcours consiste à adresser aux assurés selon les coordonnées dont dispose l'Assurance Maladie un mail, un sms ou un courrier. L'objet serait de rappeler la nécessité d'effectuer des démarches pour renouveler l'ACS et d'inviter

à télécharger le dossier sur le site ameli.fr. Le mail et le sms devront être privilégiés car ils permettent d'éviter les coûts d'impression et d'affranchissement.

Deux mois avant l'échéance du contrat, le second niveau du parcours serait activé. Il s'agit de contacter par téléphone les assurés n'ayant pas engagé leurs démarches de renouvellement. Lors de cet entretien, les services de l'organisme évoqueront les motifs du non renouvellement, le rappel des modalités et, le cas échéant, proposeront une aide personnalisée (envoi du dossier, rendez-vous d'accompagnement, etc.).

Le parcours d'information comprend un niveau complémentaire. Il s'agit de proposer un rendez-vous d'accompagnement lorsqu'une difficulté est détectée pour effectuer les démarches (évaluation des droits à l'ACS, dossier à compléter, pièces justificatives à réunir) au cours des différents contacts ou à la demande de l'assuré. Cette offre de service sera mentionnée dans les supports écrits (mails, sms, courriers) et évoquée lors des contacts téléphoniques.

Ces deux derniers niveaux de parcours impliquent des contacts téléphoniques et physiques avec les assurés. Leur mise en œuvre relèvera donc d'un choix dans l'affectation des ressources.

De façon plus globale, une information la plus large possible peut être diffusée sur le renouvellement lors de chaque contact d'un assuré avec les organismes d'assurance maladie.

Dans la diffusion de cette information, une troisième recommandation serait de s'appuyer sur les professionnels de santé et les partenaires, en contact régulier avec les assurés. En amont, cela implique d'informer les professionnels de santé lors des visites des délégués de l'Assurance maladie (DAM) ou via le site Espace pro. Ceux-ci pourront être incités à renvoyer leurs patients « ACS » vers ameli.fr et cmu.fr, le 3646 ou un n° vert éventuel pour toute question. Des affiches dédiées et des dépliants à disposer dans la salle d'attente, ou à remettre dans le cadre d'une consultation, leur seront proposés.

Les partenaires extérieurs pourront être sensibilisés (Caisses Communales d'Action Sociale / CCAS, associations, Caisses d'allocations familiales / CAF notamment) à cette même nécessité d'informer leurs publics sur les modalités de renouvellement de l'ACS. Pour ce faire, des supports de communication de l'Assurance maladie leur seront également mis à disposition. Les assistants sociaux, les curateurs et les tuteurs, pourront servir de relais dans l'information diffusée, tout particulièrement pour les retraités et les bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés (AAH).

Outre la fréquence, les acteurs et les médias de communication utilisés, le contenu même de l'information diffusée pourra faire l'objet d'une quatrième recommandation.

Dès la primo-accession, l'information sur les droits attachés à l'ACS pourrait être renforcée. En effet, ceux-ci permettent de limiter l'avance des frais (existence du tiers payant social) ; de réduire la contrainte financière (par l'application des tarifs sociaux du gaz et de l'électricité) ; de diminuer le reste à charge (par l'interdiction des dépassements d'honoraires pour les bénéficiaires de l'ACS).

L'incertitude sur l'éligibilité à l'ACS décourage certains assurés dans la mise en œuvre des démarches de renouvellement. L'un des objectifs porterait sur l'information systématique de l'existence d'un simulateur de droits accessible sur ameli.fr afin de limiter le phénomène d'auto-exclusion des assurés qui ont connu un changement de situation.

Afin d'améliorer plus spécifiquement le taux de renouvellement de ceux qui sont éligibles mais qui pensent ne plus avoir droit à l'aide par méconnaissance de l'assiette de référence, il importerait également d'insister sur la base de référence de calcul des droits à l'ACS (revenus des 12 derniers mois).

Pour limiter la complexité des démarches (hypothèse 2), trois orientations majeures sont préconisées : simplifier la procédure dès la primo-accession, éviter les réitérations et faciliter l'appréhension du formulaire.

La recommandation principale consiste à simplifier la procédure en automatisant le versement de l'ACS auprès des organismes complémentaires. Dans le cadre du dispositif actuel, l'aide est versée à la suite du premier appel de cotisations de l'organisme complémentaire choisi par le bénéficiaire. Il est proposé de supprimer la délivrance de chèque. La procédure comprendrait une seule étape, à savoir la constitution du dossier. L'étape afférente à la remise de l'attestation auprès d'une complémentaire santé serait effectuée par les CPAM. De la même manière, les aides extra-légales, attribuées par les CPAM au titre de l'action sanitaire et sociale, pourraient être versées directement aux organismes complémentaires. L'automatisation du versement de l'ACS favoriserait la simultanéité des différentes étapes de la procédure. Elle simplifierait significativement les démarches pour les assurés et ainsi le contenu de l'information diffusé. De plus, les CPAM auraient accès à une information plus précise sur la situation de leurs bénéficiaires ACS en matière de complémentaire. Elles connaîtraient la date précise de la souscription des contrats puisqu'il n'y aurait plus d'utilisation différée du chèque. Les CPAM pourraient alors améliorer le ciblage des personnes en situation de renouvellement et développer une démarche pro-active à l'adresse de ce public (cf. parcours d'information).

Puis, il s'agit de limiter la réitération des démarches afin de prévenir les phénomènes de découragement. Deux axes principaux ont été envisagés. Le premier consiste à allonger la période de droit attachée à l'ACS. Une durée de deux ans semble appropriée pour que le lien entre le montant de l'aide et le niveau des revenus soit préservé. Le deuxième axe vise à limiter le nombre de pièces justificatives. Les bases de données des partenaires (CAF Pro, Pôle Emploi) pourraient être davantage exploitées dans le cadre d'une collaboration étroite et dans le respect des règles de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL). Des échanges automatisés avec la Direction générale des finances publiques (DGFIP) pourraient être mis en place. Une réflexion sur l'harmonisation des périodes de référence doit néanmoins être engagée au préalable.

S'agissant du formulaire, des axes de simplification ont été identifiés. Le formulaire pourrait être pré-rempli dès lors que l'assuré est entré dans le dispositif. La mesure suppose de mettre en œuvre la recommandation portant sur les échanges de données entre organismes. L'assuré n'aurait plus qu'à fournir un nombre minimal d'éléments nécessaires à l'actualisation de son dossier pour le renouvellement. Par ailleurs, le nombre de pages du formulaire (huit) pourrait être réduit par la suppression de mentions peu utiles et la réorganisation des items. L'objectif est d'améliorer la lisibilité du formulaire pour les assurés les plus en difficulté.

Pour alléger la contrainte financière des bénéficiaires de l'ACS et améliorer leur couverture santé (hypothèse 3), il existe trois leviers d'action principaux : définir des garanties contractuelles, limiter l'avance de frais et augmenter le montant de l'ACS.

Le développement des garanties contractuelles pour les publics ACS est la recommandation principale. Il s'agit d'impliquer les organismes complémentaires. La loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) pour 2014[6] s'inscrit en ce sens. Une procédure de mise en concurrence sera lancée à compter de janvier 2015 pour sélectionner les organismes complémentaires qui proposent des garanties de couverture (rapport qualité / prix) intéressantes pour les publics ACS. Dans ce contexte, les recommandations portent sur le cahier des charges. Des obligations d'information sont préconisées, à l'adresse des assurés et des CPAM. Concernant les assurés, il s'agit de rappeler la nécessité de constituer un nouveau dossier pour renouveler l'ACS et la procédure afférente, à l'approche de l'échéance du contrat. Pour les CPAM, il importe de les informer sur les dates de début / fin de contrat et les changements de situation des assurés afin d'optimiser le suivi. La coordination pourra s'effectuer au niveau national, entre l'UNCAM (Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie) et l'UNOCAM (Union Nationale des Organismes Complémentaires d'Assurance Maladie). Des obligations en matière de couverture santé et de limitation du reste à charge sont nécessaires pour prévenir le renoncement aux soins de ces publics et partant de là, les inciter à renouveler l'ACS. La prise en charge des secteurs à engagement financier important (hospitalisations) sera essentielle. Les prix pratiqués devront être raisonnables par rapport au revenu moyen des bénéficiaires de l'ACS ; les organismes devront s'engager à maîtriser l'augmentation des primes ou cotisations annuelles.

Ensuite, il est suggéré d'étendre le tiers payant social à la part prise en charge par les organismes complémentaires. Actuellement, les assurés ACS bénéficient du tiers payant social sur la part prise en charge par l'assurance maladie obligatoire. Or, l'avance des frais constitue un facteur de renoncement aux soins pour les publics précaires. A l'instar des bénéficiaires de la CMU-C, le tiers payant associé à l'ACS pourrait être étendu à l'ensemble des charges couvertes par l'Assurance maladie et les organismes complémentaires.

La dernière recommandation consiste à transférer le budget consacré aux aides extra-légales pour les bénéficiaires de l'ACS au Fonds CMU. Ces ressources supplémentaires permettraient, dans le cadre d'une réforme à coût constant pour les finances publiques, d'augmenter les montants du chèque ACS ou d'augmenter le plafond de ressources. Parallèlement, l'architecture du dispositif ACS s'en trouverait simplifiée. Cette mesure est délicate à mettre en œuvre d'un point de vue politique. Elle permettrait toutefois un allègement du reste à charge sur le montant des contrats de complémentaires et l'équité en matière de couverture des bénéficiaires de l'ACS sur le territoire.

Certaines des recommandations avancées seront plus facilement mises en œuvre dans le cadre de nouveaux dispositifs législatifs. C'est le cas de l'automatisation du versement de l'aide avec l'entrée en vigueur d'une procédure de mise en concurrence. L'extension de du tiers payant social à la part non obligatoire s'articulera avec le projet de généralisation du tiers payant annoncé par le gouvernement.

L'ACS est une aide encore insuffisamment connue du public auquel elle s'adresse, y compris pour ceux qui ont intégré le dispositif. Or, elle représente un levier essentiel de l'action publique pour lutter contre le renoncement aux soins des personnes vulnérables. Une étude des motifs de non-renouvellement a permis d'identifier des marges de progrès. L'ensemble des recommandations avancées constitue une boîte à idées pour améliorer le taux de renouvellement de l'ACS. Elles sont complémentaires mais peuvent aussi être mises en place de manière séparée. Certaines recommandations portent sur une amélioration de l'existant (formulaire), d'autres renvoient à des modifications plus substantielles du dispositif (automatisation du versement de l'aide aux organismes complémentaires). Au regard des résultats de l'étude, l'amélioration de l'information (contenu, média) est un axe prioritaire. L'implication des organismes complémentaires apparaît essentielle en la matière.

6 Loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014.

L'information des caisses d'assurance maladie sur l'utilisation du chèque ACS et les dates de contrats des complémentaires permettrait d'améliorer le ciblage des assurés ; elle participerait d'une mise en œuvre optimisée de l'ensemble des recommandations. Les organismes complémentaires ont également un rôle à jouer dans l'amélioration des garanties offertes aux bénéficiaires de l'ACS en tant que prestataires de couvertures santé. Plus globalement, l'ensemble des professionnels médicaux, paramédicaux et les opticiens sont concernés ; une limitation des tarifs pratiqués contribuera à l'amélioration de l'accès aux soins et aux prestations de santé des publics vulnérables. C'est tout l'enjeu des négociations qui ont été conduites par le gouvernement pour limiter les dépassements d'honoraires des médecins [7] ; il en est de même pour réguler les prix du secteur de l'optique[8].

7 Avenant n°8 à la convention médicale, signé le 25 octobre 2012. Paru au Journal officiel le 7 décembre 2012.

8 Négociation sur la mise en place d'un plafond de remboursement des lunettes dans le cadre des contrats responsables (mai 2014).

La gestion des bénéficiaires de la CMU-C par les organismes complémentaires agréés

Par Ophélie BEAU, Amandine FLOTTES, Hélène MAGNON et Jonathan WINO,
Anciens élèves de la 52e promotion de l'EN3S

Et sous la supervision de Jean-François CHADELAT,
Président honoraire du Fonds CMU

Introduction

La Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C), instituée par la loi du 27 juillet 1999, s'adresse aux personnes résidant sur le territoire français et dont les ressources sont inférieures à un certain seuil. Cette couverture complémentaire gratuite peut être gérée, selon le choix du bénéficiaire, par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) dont il dépend, ou par un Organisme Complémentaire (OC) à savoir, une mutuelle, une assurance ou une institution de prévoyance. Ce choix d'option ne concerne cependant qu'un certain nombre d'OC, qui ont demandé l'agrément du Fonds CMU et qui apparaissent en conséquence sur la liste des organismes agréés. La procédure d'option de gestion par l'Assurance maladie ou par un OC a lieu à l'occasion de l'ouverture des droits par la CPAM.

L'étude commandée auprès des élèves de l'École Nationale Supérieure de Sécurité Sociale (EN3S) par le Fonds CMU et dirigée par son Président honoraire, Monsieur Jean-François CHADELAT, a pour but d'étudier les déterminants du choix de gestion de la CMU-C par les bénéficiaires. Cette étude s'inscrit dans un contexte particulier : le taux de bénéficiaires choisissant un OC pour la gestion de leurs droits augmente depuis 2006.

I- Formulation des hypothèses et construction de la méthodologie

Ce projet de « Recherche-Action » s'appuie à la fois sur une recherche littéraire, et sur une étude de terrain, qui s'articule en deux temps : des entretiens auprès des CPAM et des OC ont été menés, et un questionnaire à l'attention des bénéficiaires de la CMU-C a été élaboré. L'étude de terrain a pour vocation de venir éclairer, en infirmant, nuançant ou confirmant, les hypothèses formulées grâce à la recherche littéraire. Ces hypothèses tendent à expliquer le choix de gestion des bénéficiaires de la CMU-C.

I.1 - Les hypothèses : quels enjeux déterminent le choix des bénéficiaires ?

I.1.1- Quels enjeux poussent à opter pour la gestion par la CPAM ?

En premier lieu, des hypothèses ont été formulées pour expliquer le choix de gestion par la CPAM. De l'étude préliminaire, plusieurs types d'enjeux ont été identifiés.

- Le premier type d'enjeux renvoie à la complexité des procédures et la préférence accordée à un guichet unique. En effet, choisir la CPAM, c'est confier la totalité de la gestion de sa couverture santé au même organisme, puisque dans ce cas, la CPAM gère les droits liés à la couverture obligatoire, mais également les droits liés à la couverture complémentaire.
- Le deuxième type d'enjeux renvoie à des éléments subjectifs de motivation, tels que la confiance dans le Service public, ou la familiarité avec la CPAM.
- Enfin, le troisième type d'enjeux identifié consiste dans la politique de communication des organismes.

L'hypothèse sous-jacente réside dans le fait que la CPAM pourrait influer sur le choix de gestion des bénéficiaires lors de l'instruction du dossier.

I.1.2- Quels enjeux poussent à opter pour la gestion par un OC ?

En second lieu, des hypothèses ont été formulées pour expliquer le choix de gestion par un OC. De même, plusieurs types d'enjeux ont été identifiés :

- Le premier type d'enjeux déterminant le choix des bénéficiaires en faveur d'un OC renvoie à la tradition mutualiste de certains territoires. En effet, certains OC peuvent avoir une implantation historique territoriale importante. Ainsi, les régions de l'Ouest, ou la région Rhône-Alpes, présentent une population de bénéficiaires de la CMU-C plus encline à choisir la gestion par un OC contrairement à la région parisienne où les bénéficiaires de la CMU privilégient la gestion par leur régime de base.
- Le deuxième type d'enjeux identifié consiste dans le le profil socio-économique de l'assuré : les bénéficiaires les moins précaires et les moins fragiles seraient plus enclins à opter pour une complémentaire.
- Le troisième type d'enjeux se réfère aux obligations normatives de préservation de l'OC pendant un an la première année d'affiliation. En effet, lors de l'ouverture des droits à la CMU-C, si le bénéficiaire est déjà affilié à un organisme complémentaire agréé, il doit le conserver pendant un an.

I.2- Construction de la méthodologie : la mise à l'épreuve des hypothèses

La mise à l'épreuve des hypothèses s'est appuyée sur deux leviers : la conduite d'entretiens, et la construction d'un questionnaire.

I.2.1- La conduite d'entretiens auprès des organismes

L'échantillon des neuf CPAM sélectionnées était constitué d'organismes représentatifs de la variation du taux de bénéficiaires ayant confié leurs droits à un OC.

Un premier lot était a été constitué par les CPAM ayant connu les plus fortes augmentations de bénéficiaires optant pour un OC ces cinq dernières années : l'Aude, l'Oise et l'Aveyron. Un deuxième lot a été constitué par les CPAM avec l'un des plus forts taux historiques d'assurés gérés par un OC : la Drôme (61,2 %), la Haute-Loire (45,6 %) et l'Ardèche (43,7 %). Le dernier lot a été constitué à partir de deux CPAM connaissant un très faible taux d'assurés gérés en OC : les CPAM de Seine-Saint-Denis (5 %) et de Paris. Enfin, un entretien a été mené auprès de la CPAM du Rhône dont le taux est proche de la moyenne.

En parallèle, deux entretiens ont été menés auprès d'Organismes Complémentaires. Les plus importants dans le dispositif, en nombre d'assurés gérés, ont été choisis : il s'agit de la MAAF, de PRÉVADIES, des groupes HARMONIE et EOVI.

a- La construction du questionnaire à l'attention des bénéficiaires

Le questionnaire a été construit en lien avec la CPAM du Rhône, avec laquelle une convention a été passée avec l'EN3S. En réalité, ce sont deux questionnaires qui ont été élaborés : le premier

s'adressait aux bénéficiaires ayant opté pour un OC et le second, aux bénéficiaires ayant opté pour la CPAM.

Collégialement, il a été décidé que 1 000 questionnaires seraient envoyés, dont 500 aux optant-CPAM et 500 aux optant-OC. Trois thèmes ont été sondés : le profil des bénéficiaires (catégorie socioprofessionnelle, situation personnelle, niveau d'études…) ; les motivations des bénéficiaires (avantages financiers, inconvénients pratiques, éléments subjectifs de confiance…) ; et la politique de communication dont ils ont fait l'objet (information précise, personnalisée, contenu de l'information…).

II- La mise à l'épreuve des hypothèses : restitution des entretiens et résultats du questionnaire

Des résultats du questionnaire, ainsi que de la restitution des entretiens, ressortent deux grands déterminants pour le choix de gestion.

II.1- Le rôle et l'influence des organismes dans le choix de gestion

Tout d'abord, le rôle et l'influence des organismes paraît avoir des conséquences sur l'option.

II.1.1- La politique de communication des CPAM et la qualité variable de l'information délivrée

Malgré la volonté de conserver une neutralité dans le discours, la communication parfois partielle des CPAM quant aux inconvénients et avantages de chaque option peut influencer le choix des bénéficiaires.

Les assurés formulant une demande de CMU-C sont informés de l'obligation de choisir un organisme gestionnaire de leur part complémentaire (CPAM ou OC). Dans les faits, les deux options sont évoquées, laissant ainsi l'assuré libre de formuler ses propres choix. Dans la plupart des CPAM, les agents reçoivent l'instruction de respecter les scripts et de rester neutres quant à l'information donnée aux bénéficiaires de la CMU-C. Ces scripts permettent également d'harmoniser les pratiques et mentionnent parfois l'obligation de fournir la liste des OC agréés et d'expliquer les différentes possibilités de gestion afin que le bénéficiaire soit libre de ses choix.

Toutefois, il a été mis en exergue que les efforts des CPAM sont inégaux et un déficit de communication concernant la possibilité de choisir entre une mutuelle État (CPAM) et un OC a été identifié. Le choix de la gestion des droits par une mutuelle n'est proposé par certains agents qu'à ceux qui disposaient antérieurement d'un contrat avec un OC. La liberté de choix de l'assuré n'est donc pas toujours préservée du fait d'un manque d'informations avéré. L'étude quantitative menée auprès de la CPAM du Rhône révèle cette problématique. Concernant les optant-CPAM, 94 % d'entre eux savaient que leurs droits étaient gérés par la mutuelle État. Cependant, 55 % ne savaient pas qu'ils avaient le choix et 60 % d'entre eux auraient souhaité être informés de cette possibilité même si en majorité ils n'auraient pas choisi l'option mutuelle. Concernant les optant-OC, seulement 80 % d'entre eux savaient que leurs droits étaient gérés par un OC.

De plus, la qualité de l'information varie selon le profil présumé des bénéficiaires (en termes de précarité, fragilité, autonomie) par les agents d'accueil au moment de l'instruction du dossier. 30 % des bénéficiaires gérés par la CPAM affirment que l'information donnée était précise et personnalisée contre 49 % pour les personnes gérées par un OC. 30 % des bénéficiaires gérés par la CPAM estiment que l'information était précise mais peu personnalisée contre 19 % des personnes gérées par un OC.

La qualité de l'information semble donc meilleure pour les personnes ayant opté pour la gestion par une mutuelle donc pour les personnes initialement mieux informées. À cet égard, dans de nombreux organismes, la liste des OC agréés n'est communiquée que sur demande de l'assuré. Les assurés accédant à la liste sont souvent ceux qui en font la demande donc ceux qui sont informés des différentes possibilités de gestion et qui bénéficiaient déjà d'une mutuelle avant leur demande de CMU-C. Ces affirmations sont confirmées par les résultats du questionnaire puisque 81 % des optant-CPAM et 58 % des optant-OC n'ont pas reçu d'information concernant la liste des mutuelles habilitées à gérer le dispositif. Ces résultats montrent que l'information est insuffisante et notamment pour les personnes gérées par la CPAM.

Le degré d'information varie également selon les difficultés de production rencontrées par l'organisme. La gestion du dossier est facilitée et allégée lorsque le choix est fait d'opter pour la mutuelle État. L'avantage que retirent les CPAM du choix de gestion par l'État se situe au moment de l'instruction des dossiers puisque les agents ont un acte de gestion en moins à faire. Cela peut expliquer le faible recours aux OC dans les CPAM qui connaissent des difficultés de production, et ont intérêt à ce que les assurés les choisissent, car cela permet de réaliser des gains de productivité. Les avantages ne sont pas tant en termes financiers mais davantage en termes de rapidité (pas de liaison à faire avec les OC, ni de formulaire à leur faire parvenir, moins de manipulations et enfin, pas de vérifications à faire sur l'agrément de l'organisme). Pour l'agence comptable également, la CPAM n'a aucun intérêt à promouvoir la gestion par un OC au regard du travail fastidieux de recouvrement des parts complémentaires de récupération des fonds.

L'information varie enfin selon l'implantation géographique de la CPAM, sachant que certains territoires ont une tradition mutualiste plus forte que d'autres.

II.1.2- La communication contrainte des OC du fait de leur positionnement dans le dispositif

Dans le cadre de la gestion de la part complémentaire de la couverture maladie universelle, le positionnement des organismes complémentaires est fortement contraint par l'organisation du dispositif et le rôle qui leur a été dévolu. La gestion partagée du dispositif place les OC dans une position quasi aveugle vis à vis des bénéficiaires de la CMU-C. L'organisation retenue maintient les CPAM comme interlocutrices de front office tandis que les OC n'assurent que les fonctions de back office. C'est notamment le cas lors des étapes clés que sont l'entrée dans le dispositif et le renouvellement des droits des bénéficiaires. Ainsi, l'OC qui aura été choisi par le bénéficiaire ne recevra que le formulaire d'ouverture du droit puis des demandes de remboursement provenant de la CPAM. Les contacts avec le bénéficiaire se réaliseront par l'intermédiaire de la CPAM. En se limitant au formulaire initial, les seules informations dont disposera l'OC seront le nom, le prénom, le numéro de Sécurité sociale et l'adresse du bénéficiaire. Les modalités de gestion mêmes du dispositif réduisent donc les marges de manœuvre des OC.

L'essentiel de la gestion appartient à la CPAM : les OC ne connaissent pas leurs assurés et les assurés n'ont pas de contact avec leur OC. Cette situation a aussi été vérifiée dans l'exploitation des questionnaires puisque près de 20 % des optant-OC ne savent pas qu'ils sont gérés par un OC.

Par ailleurs, la politique de communication, comme le positionnement stratégique vis-à-vis du dispositif, varie en fonction des OC concernés. Il est essentiellement contraint par l'organisation

du dispositif, même si certains OC ont une politique de communication plus offensive vis-à-vis des bénéficiaires de la CMU-C. A ce sujet, afin de pouvoir développer leur politique commerciale ainsi que certaines démarches de gestion du risque, les OC doivent déployer des stratégies complémentaires pour faire des bénéficiaires de la CMU-C de réels adhérents (accès à l'ensemble des coordonnées, promotion d'autres produits, proposition de contrats post-CMU plus personnalisés). C'est pour cela que de nombreuses mutuelles cherchent à orienter les entrants dans le dispositif vers leurs agences locales. Cette stratégie permet à la fois de proposer une aide à la complétude du dossier et à l'OC de récolter plus d'informations sur le bénéficiaire et sa famille. Naturellement, suivant les organismes, des offres complémentaires d'assurance peuvent être proposées à cette occasion. Malgré tout, pour les OC, le produit CMU-C ne permet pas de réaliser une marge rentabilisant un effort promotionnel important. Ainsi, assez peu d'OC se placent dans une démarche réellement active sur le dispositif.

II.2- L'importance du profil des bénéficiaires dans le choix de gestion

Ensuite, le second déterminant qui ressort des résultats du questionnaire et de la restitution des entretiens est à trouver du côté des bénéficiaires, et concerne leurs profils, et leurs motivations. En effet, le profil socio-économique et les motivations des bénéficiaires ayant confié leurs droits à un OC diffèrent de ceux des bénéficiaires ayant confié leurs droits à la CPAM. Tout d'abord, le public ayant choisi de confier ses droits à un organisme complémentaire est comparativement plus jeune que le public ayant confié ses droits à une CPAM. Ensuite, les optant-OC ont un niveau d'études supérieur aux optant-CPAM : 45 % d'entre eux ont fait des études secondaires et 26 % ont fait des études supérieures, tandis qu'ils sont 28 % sans diplôme. À l'inverse, les optant-CPAM sont majoritairement sans diplôme (41 %). Les professions intermédiaires et les cadres sont également davantage représentés chez les optant-OC. Il apparaît aussi que les optant-CPAM sont bénéficiaires de la CMU-C depuis plus longtemps et dans une situation de chômage durable. Par ailleurs, les optant-CPAM sont davantage bénéficiaires du Revenu de Solidarité Active que les optant-OC (59 % pour les premiers, 49 % pour les derniers). Les bénéficiaires optant pour la gestion par la CPAM ont donc un profil plus précaire que les optant-OC.

Il ressort également que les critères « subjectifs » de motivation, prévalent sur les critères objectifs (argument financier, plus grande simplicité…). Les optant-CPAM ont mis en avant la confiance dans la CPAM comme déterminant de leur choix. Ce critère « subjectif » de motivation prévaut sur les critères « objectifs » de simplicité - lié au guichet unique - ou sur les critères financiers. Il convient par ailleurs de mettre cette confiance en parallèle avec le motif de familiarité avec la CPAM.

Pour les optant-OC, les critères subjectifs prédominent également. Le souhait de conserver son ancienne mutuelle et l'attachement traditionnel à un OC sont les premiers motifs de choix de gestion par un OC. Les assurés se positionnent donc majoritairement sur le choix d'une complémentaire dans un souci de continuité de gestion de leur droit. On peut ainsi estimer que les bénéficiaires sont dans une logique de confiance dans la relation à leur organisme complémentaire, ce qui les conduit à conserver cette option.

Le second motif relevé pour le choix d'une mutuelle est le fait que ce mode de gestion est considéré comme financièrement plus avantageux. Mais, si la motivation financière existe, celle-ci n'est pas objectivée et rationnalisée par les optant-OC et ne serait donc qu'un motif subjectif de choix de la part des personnes concernées. En effet, cet attrait financier n'a pu être corrélé à l'attrait pour les avantages financiers du contrat de sortie offert par les mutuelles à la sortie du dispositif de CMU-C.

Enfin, l'implantation et l'influence territoriale de certaines mutuelles sont également des critères de choix non négligeables comme le refus d'être stigmatisé.

Pourquoi avez-vous choisi la CPAM / un OC ?	Motifs invoqués par les optant-CPAM :	Motifs invoqués par les optant-OC :
	1 - Confiance : 26,61% 2 - Simplicité : 21,37% 3 - Gestion unique : 20,97% 4 - Familiarité : 14,92% 5 - Avantage financier : 11,29% 6 - Incitation par la CPAM : 3,63% 7 - Autres : 1,21%	1 - Conserver complémentaire : 47,74% 2 - Financièrement avantageux : 10,70% 3 - Tradition (« Je suis traditionnellement attaché à ma mutuelle ») : 9,47 % 4 - Incitation CPAM : 9,05% 5 - Stigmatisation : 7,82% 6 - Autres : 6,58% (incitation OC, obligation normative, stigmatisation…) 7 - Tarifs préférentiels : 5,76 %

III- Préconisations : Faciliter la gestion et renforcer la transparence du dispositif

À partir de ces différents constats éclairant le choix de gestion des bénéficiaires, tirés des résultats des études qualitative et quantitative, ont été formulées différentes préconisations, afin de faciliter la gestion du dispositif et d'en améliorer la transparence.

III.1- Renforcer l'ergonomie de la liste des OC agréés et garantir sa fiabilité au service des assurés et des CPAM

En effet, des entretiens est unanimement apparue la difficulté de manipuler la liste des OC agréés pour gérer les droits CMU-C. La liste des organismes agréés est un outil central pour le bon fonctionnement du dispositif mais il ressort de notre étude que celle-ci serait complexe et peu fiable. Les préconisations formulées en la matière concernent à la fois l'ergonomie, l'exhaustivité et la mise à jour de la liste dans une optique de satisfaction des besoins des assurés et des CPAM. L'Assurance Maladie et les assurés ont un besoin commun d'information sur la dénomination des OC agréés mais leurs attentes se différencient rapidement puisque les CPAM sont en rapport avec les centres de traitement des OC tandis que les bénéficiaires sont davantage intéressés par les agences d'accueil. Afin d'assurer la pleine utilisation de la liste des OC agréés, celle-ci doit donc être reconsidérée, dans une vision centrée sur ses « clients » et leurs besoins. Un outil spécifique à chaque destinataire pourrait donc être développé pour s'assurer de la satisfaction des attentes de chacun sans risquer la surinformation. La liste pourrait donc être distinguée entre une partie gestion à destination des CPAM et une partie accueil à destination des bénéficiaires. Concernant la partie gestion, la CPAM de l'Isère a mis à disposition pour toute la région Rhône-Alpes un outil afin de faciliter la gestion de la liste par les agents d'accueil : cette application simple d'utilisation permet de rechercher les organismes complémentaires par numéro de mutuelle, nom ou ville.

Par ailleurs, il est apparu que la liste est difficilement mise à jour, en raison des regroupements des mutuelles. En ce sens, les OC devraient être incités à évoluer vers une centralisation de leur gestion de la CMU-C ou au moins vers la désignation d'une adresse unique pour l'envoi des formulaires d'inscription. Centraliser la gestion de la liste au niveau des sièges apporterait également une plus grande simplicité. De plus, au niveau national, le Fonds CMU doit garantir la précision de la liste des OC agréés. Au niveau territorial, la responsabilité repose également sur les OC qui sont seuls garants de la précision des informations transmises au Fonds CMU. Un travail de veille important est donc nécessaire et doit être organisé en partenariat afin de fiabiliser la liste.

III.2- Lever les obstacles techniques par le développement de la dématérialisation

Des obstacles techniques à une gestion fluidifiée du dispositif ont été identifiés. En effet, lorsqu'un assuré opte pour une gestion par un organisme complémentaire, cela nécessite pour les CPAM de déployer des moyens supplémentaires afin de gérer l'envoi non dématérialisé des documents nécessaires à l'affiliation à l'organisme complémentaire choisi. Les CPAM pâtissent donc de l'absence de dématérialisation des flux entre OC et CPAM en ce qui concerne l'ouverture des droits des bénéficiaires. Une action est sans doute à engager en ce sens du côté des OC pour améliorer les échanges.

III.3- Mettre en place une communication harmonisée et dynamisée sur le dispositif

Ensuite, un manque de transparence sur le dispositif a été mis en évidence. En effet, la méconnaissance des différents acteurs concernant le dispositif génère un certain déficit d'information et de communication à plusieurs niveaux. Les OC n'ont pas contact avec leurs assurés. Les agents d'accueil de la CPAM connaissent mal et communiquent peu sur les tarifs préférentiels et le contrat de sortie dont les assurés peuvent bénéficier à la sortie du dispositif CMU-C s'ils choisissent l'option-OC. Enfin, les bénéficiaires paraissent peu informés de la possibilité de confier leurs droits à un OC.

En ce sens, il serait souhaitable de redynamiser la communication au sein du réseau de l'Assurance Maladie. Le rôle de coordination de la CNAMTS, de même que sa communication sur la règlementation devront être renforcés. Cela permettrait d'harmoniser les pratiques des différentes CPAM dans le réseau, et de rappeler les modes opératoires dans le cadre du parcours attentionné. Les CPAM pourraient en conséquence mettre en place une politique de formation des agents qui renforcerait leur connaissance sur le dispositif, afin qu'ils puissent communiquer les avantages et inconvénients de chaque option de gestion. Pour ce faire, il est nécessaire de pouvoir valoriser et étayer les argumentaires disponibles dans l'outil de GRC Medialog pour favoriser l'intégration par les agents d'une information exhaustive et de qualité. De plus, afin de pallier le risque d'hétérogénéité des informations diffusées, il serait opportun de travailler sur l'harmonisation des savoirs et cela pourrait passer par la consolidation d'une offre de formation adaptée au niveau national, en appui avec l'UCANSS.

De plus, pour garantir la liberté de choix des bénéficiaires, une politique d'accueil sur rendez-vous pour l'ouverture des droits permettrait d'adapter l'information et la communication de l'agent d'accueil aux différents publics et d'accorder un temps privilégié aux publics les plus fragiles.

Pour terminer, les partenariats de l'Assurance maladie devraient se renforcer. Ainsi, la coordination entre Caisses nationales en la matière permettrait de fluidifier les rapports entre CAF, CPAM et CARSAT. Il s'agirait par exemple d'intégrer le choix d'option CMU-C au processus d'ouverture de droits au RSA, par voie dématérialisée. Les CAF sont des interlocuteurs sociaux importants et devraient davantage participer au dispositif de gestion de la CMU-C notamment pour leurs allocataires bénéficiaires du RSA. Les CAF pourraient davantage s'impliquer dans la gestion des droits connexes dont la CMU-C notamment, en pré-instruisant les dossiers de demande et en délivrant les formulaires aux bénéficiaires du RSA. Enfin, il serait souhaitable d'intégrer et de faciliter les circuits de communication avec les CAF en accélérant la mise en place de la dématérialisation des transferts de dossiers de CMU-C entre la CAF et la CPAM.

DOSSIER

2

MANAGEMENT DE LA PROTECTION SOCIALE

en3s
ECOLE DES DIRIGEANTS
DE LA PROTECTION SOCIALE

www.en3s.fr

La progression de la protection sociale dans le monde : synthèse des informations collectées par l'OIT

Par Julien Damon,
Professeur associé à Sciences-Po, Conseiller scientifique de l'EN3S
www.eclairs.fr

Sociologue et Professeur associé à Sciences-Po (Master Urbanisme), Julien DAMON est Conseiller scientifique de l'EN3S depuis 2013. Il est un membre actif du comité de rédaction de la revue REGARDS.
Ses derniers ouvrages sont : « L'exclusion » (PUF, coll. « que sais-je », 2014) et « Petit précis de culture économique. Lectures contemporaines » (PUF, 2013).

27 % seulement de la population mondiale a accès à une protection sociale « adéquate » (c'est-à-dire couvrant, plus ou moins bien, l'ensemble des risques sociaux). Les dépenses sociales, au total, dans le monde représentent environ 9 % du PIB mondial. Des travaux récemment publiés par l'Organisation Internationale du Travail (OIT) autorisent, à partir de données originales, une vision globale de la protection sociale, de son extension et de ses niveaux de couverture.

L'Organisation Internationale du Travail (OIT) publie, en théorie tous les deux ans, un rapport très complet sur la protection sociale dans le monde. La deuxième édition, parue en juin 2014, est l'occasion d'un portrait novateur[1], qu'annonçait déjà la première édition. Le Rapport mondial sur la sécurité sociale 2010/11. Assurer une couverture sociale en temps de crise et au-delà, publié à l'automne 2010, était le premier d'une nouvelle série de rapports sur l'état et le suivi de l'extension de la couverture sociale dans le monde. Cette série de rapports, épais et utiles, a notamment pour objectifs, d'une part, d'examiner le niveau et la qualité de la couverture de différentes branches de la protection sociale, et, d'autre part, d'évaluer les volumes financiers (exprimés en particulier en parts de PIB) affectés à la protection sociale. Ce travail est désormais inscrit dans la continuité et la perspective de mise en œuvre d'un « socle de protection sociale »[2].

Ce rapport phare de l'OIT, dans ses deux versions 2010 et 2014, donne une vue d'ensemble de l'organisation des systèmes de protection sociale, de leur couverture et de leurs prestations, ainsi que des dépenses publiques sociales. Le rapport 2014 présente, dans le cadre d'une approche fondée sur le cycle de vie, les stratégies de protection sociale pour les enfants, les femmes et les hommes en âge de travailler, ainsi que pour les personnes âgées. Il analyse les tendances et les politiques récentes, notamment les répercussions des politiques d'assainissement des finances publiques et des mesures d'ajustement liés à la crise. Il plaide pour l'extension de la protection sociale comme moyen pour sortir de la crise. On s'intéressera surtout, dans cette contribution de facture essentiellement informative, aux données et informations factuelles qu'il apporte.

1 Voir le rapport World Social Protection Report 2014/15. Building economic recovery, inclusive development and social justice, Genève, ILO, 2014. Voir, également, le site mis en place par l'OIT qui permet d'avoir accès aux données : www.social-protection.org. La signature de ce site est explicite et ambitieuse : « mettre en place des socles de protection sociale et des systèmes complets de sécurité sociale ».

2 Recommandation OIT (n° 202) sur les socles de protection sociale, 2012. À ce sujet, voir Martin HIRSCH, Sécu : objectif monde. Le défi universel de la protection sociale, Paris, Stock, 2011 et également l'entretien avec Martin HIRSCH, « Une approche résolument globale : le socle de protection sociale », Regards, n° 45, 2014, pp. 14-19. Relevons que les fondements et l'orientation de tels rapports de l'OIT sur la Sécurité sociale se trouvent également dans une convention de l'OIT plus ancienne : Convention (n° 102) concernant la Sécurité sociale (norme minimum), 1952 ; et notons que Association internationale de la sécurité sociale (AISS) et l'OIT ont formalisé un accord en 2012 visant à mieux coopérer afin de promouvoir l'extension de la sécurité sociale à cette partie majoritaire de la population mondiale qui n'en dispose pas.

Le document et l'analyse reposent très largement sur les informations et statistiques collectées dans le cadre de l'enquête de l'OIT sur la sécurité sociale[3] et, peut, en ce sens, être considéré comme une continuation de rapports produits au cours des dernières décennies (depuis les années 1950) par l'OIT sur le coût de la sécurité sociale. Mais la démarche a des ambitions plus larges, notamment d'informer sur la situation et les évolutions, en termes de dépenses et de couverture. Ce travail se légitime fortement par la volonté internationale d'aller vers un renforcement de la protection sociale dans le monde. Son premier intérêt est de fournir des chiffres, permettant de se comparer et de se situer.

À cet effet les experts, issus des différentes agences internationales, travaillent à partir d'une nomenclature de la protection sociale[4]. Celle-ci contient huit postes, qui sont alternativement présentés comme des « risques » ou des « branches » : retraites ; invalidité ; survie ; accidents du travail/maladies professionnelles ; santé ; maternité ; famille/enfants ; chômage.

Un tableau mondial de la protection sociale et de son évolution

La première contribution - tout à fait originale dans le détail de son contenu - de ce rapport est de fournir un tableau de l'effort social des différents pays dans le monde. Plus de 180 d'entre eux sont traités, avec des données agrégées notamment par continents. Certes les chiffres ne sont assurément pas de même qualité. Les appareils statistiques ne sont pas dotés des mêmes moyens. Les niveaux d'imprécision et d'incertitude peuvent être élevés[5]. Il n'en reste pas moins deux choses. Tout d'abord, avec cette compilation, il s'agit bien de la source la plus sérieuse d'informations. Ensuite, au niveau agrégé les erreurs et insuffisances, sans s'éliminer, s'effacent relativement. En un mot, il est aisé, loisible et certainement utile de critiquer les tableaux détaillés produits par l'OIT, il n'en demeure pas moins un exercice tout à fait bienvenu et aux fondamentaux difficilement discutables.

Ces précautions à l'esprit, on peut tirer du rapport OIT un premier tableau, par grandes zones géographiques, pour mettre en avant cette évolution et cette situation : les dépenses sociales mondiales représentaient 6 % du PIB mondial en 1990 ; elles en représentent 9 % en 2010. Le chiffre, est, insistons, un total et non une moyenne. Il est établi à partir des données de chaque pays et pondéré par les dépenses sociales, le PIB et la population de chaque pays. Plus simplement, il s'agit de la somme des dépenses sociales mondiales divisée par la somme des PIB nationaux[6].

---

3 Signalons que « sécurité sociale » et « protection sociale » sont interchangeables dans le vocabulaire OIT, au moins dans la rédaction de ce rapport.

4 Cette nomenclature, sans avoir formellement été adoptée en 1952, est une adaptation souple de ce qui était contenu comme décomposition de la protection sociale dans la Convention sur la Sécurité sociale : Convention (n° 102) concernant la sécurité sociale (norme minimum), 1952. Tous les textes de l'OIT, avec leurs actualités, se trouvent sur ce site : www.ilo.org/dyn/normlex/fr/f?p=NORMLEXPUB:1:0

5 Sur la faible fiabilité des données dans les pays en développement, voir deux livres récents : William EASTERLY, The Tyranny of Experts. Economists, Dictators, and the Forgotten Rights of the Poor, Basic Book, 2013 ; Morten JERVEN, Poor Numbers. How we are Misled by African Development Statistics and What to Do about It, Cornell University Press, 2013. Dans ce deuxième ouvrage l'auteur étudie principalement les comptes nationaux, dans des pays où il est difficile de démêler le formel, l'informel, l'officiel. Pour ce spécialiste de l'économie africaine, qui a enquêté directement auprès des instituts nationaux de la statistique, c'est toute la mesure du développement et, avec elle, l'évaluation des politiques qui sont faussées. Les économistes rivalisent de virtuosité en analyse des données. Mais celles-ci, quand elles existent, ne sont pas assurées. Elles présentent des défauts de disponibilité et de validité. Sans attaquer durement, Morten JERVEN signale les failles des informations diffusées par la Banque mondiale ou le FMI (il ne cite pas l'OIT).

6 Encore une fois, comme on l'indique dans la note précédente, les chiffres ne doivent pas être fétichisés. Il en va des dépenses sociales comme du PIB. En avril 2014, par révision (légitime) de ses modalités de calcul, le PIB du Nigeria a augmenté - en une nuit - de 90 %. Morten JERVEN cite le Ghana qui, en une nuit aussi, en 2010, a vu croître son PIB de 60 %. Si l'on prend les trois bases internationales les plus mobilisées, le PIB par tête au Mozambique varie de 1 à 10. Au problème du numérateur (un PIB mal cerné) s'ajoute celui du dénominateur (de pauvres informations de recensement ou d'état civil). Mais si ces sources interdisent des conclusions très précises pour chacun des pays (en particulier les pays pauvres), les experts en ont bien conscience, et traitements agrégés permettent de limiter l'impact des erreurs nationales.

Cette proportion pourra paraître faible, surtout à des yeux européens habitués à des moyennes tournant autour de 28 % du PIB[7]. Son évolution est remarquable, puisque cette proportion augmente de près d'une moitié en deux décennies, signe des efforts entrepris.

Dépenses de protection sociale rapportées au PIB (en %)

	1990	1995	2000	2005	2010
Afrique	2,7	2,8	3,7	4,3	5,1
… Afrique du Nord	4,2	4,3	5,9	6,4	9,0
… Afrique sub-saharienne	2,4	2,5	3,2	3,8	4,2
Asie	3,4	2,8	3,5	3,0	5,3
Moyen Orient	4,9	5,2	6,6	7,6	8,7
Europe de l'Ouest	20,9	23,6	23,3	24,8	26,7
Europe centrale et de l'est	12,8	15,5	14,6	16,6	17,6
Amérique latine et Caraïbes	8,0	9,6	10,2	11,4	13,2
Amérique du Nord	14,0	15,8	14,7	16,1	19,4
Monde	5,8	6,0	6,5	6,7	8,6

Dans cette source, nourrie pour les pays riches des données OCDE, c'est la France qui apparaît – en 2007, en 2009, en 2013 – en tête à l'échelle mondiale, avec un effort social (ou taux de redistribution sociale) de 33 % du PIB. Suivent, en 2013, le Danemark, la Belgique et la Finlande ; chacun avec environ 31 % de PIB consacrés aux dépenses sociales[8].

À l'autre extrême, on trouve, surtout à partir de sources OMS et FMI, une trentaine de Pays qui affectent – en 2010 (car on ne dispose pas de données plus récentes) – moins de 3 % de leur PIB aux dépenses sociales. Il en va ainsi de pays très pauvres comme la Gambie, le Niger, le Nigeria, le Bengladesh, le Kenya, le Cambodge ou le Tchad mais aussi de pays très riches, peu férus de dépenses publiques en général (Singapour) mais aussi si riches qu'une faible proportion de leur PIB peut représenter déjà des dépenses élevées (Qatar, Brunei).

Si le rapport apporte beaucoup sur la connaissance des dépenses et de leurs évolutions, il apporte aussi beaucoup en ce qui concerne l'extension de la protection sociale. Par extension il faut entendre la progression de la couverture des risques. La méthode employée consiste à prendre les huit risques/branches et à observer, dans chacune des législations nationales, s'il existe un système national de couverture. Le point à avoir à l'esprit est que l'existence d'un système légal n'implique pas forcément une couverture élevée. Nous y reviendrons.

7 Dans l'Union européenne à 27, selon Eurostat, ce ratio dépenses sociales sur PIB était de 27 % en 2006 ; de 29 % en 2011. Voir le site : http://epp.eurostat.ec.europa.eu/.

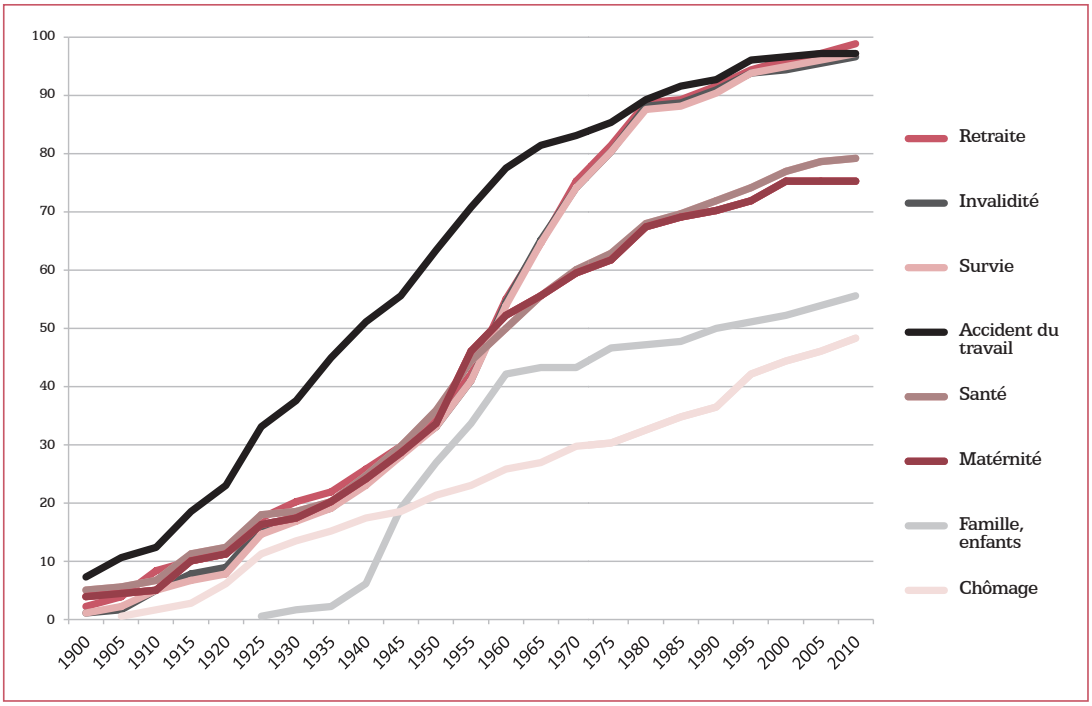
8 Tout est, pour ces classements, affaire, d'une part, de la qualité de la donnée, mais aussi, d'autre part, de la nomenclature de protection sociale prise en compte. En tout état de cause, selon les données OIT la France arrive nettement en tête. Il en va de même pour les données OCDE, en 2005 comme en 2009, en ce qui concerne les « dépenses sociales publiques et privées obligatoires » (voir le site http://stats.oecd.org/). En revanche, pour Eurostat, la France serait bien en tête en 2005, mais serait « dépassée », en l'espèce, par le Danemark depuis 2009.

Les données collectées et traitées par l'OIT autorisent une vision claire de la progression de l'extension, sur plus d'un siècle, de la protection sociale. On en rend compte par un graphique, mais aussi par une cartographie qui indique nettement le foyer européen de naissance de la dynamique et son extension progressive.

Le risque « accidents du travail » est historiquement le premier pris en compte et est actuellement le plus couvert (dans la quasi intégralité des pays). Mais cette pénétration, répétons-le, ne veut pas dire que les populations concernées soient forcément bien couvertes. À l'autre extrémité, c'est le risque « chômage » qui est le moins diffusé puisque moins de la moitié des pays ont un système d'indemnisation en place. Le deuxième risque le moins présent – sous sa forme d'institutions et dispositions légales pour le traiter – est ce que l'on baptise généralement en France le risque « famille » (c'est-à-dire, principalement, la compensation des charges d'enfants). Un tout petit peu plus de la moitié des pays ont une politique familiale (au sens où nous entendons une politique de prestations familiales). Actuellement les trois quarts des pays disposent d'une branche maternité, avec des niveaux de couverture (par exemple pour les congés maternité rémunérés) qui varient très sensiblement, se plaçant souvent en-dessous des standards attendus à l'international. Le risque santé est couvert dans 80 % des pays, mais mal couvert – car ne couvrant pas la majorité de la population – dans la plupart des cas. Pour ce qui concerne les autres risques/branches, ils sont présents dans la quasi-totalité des pays.

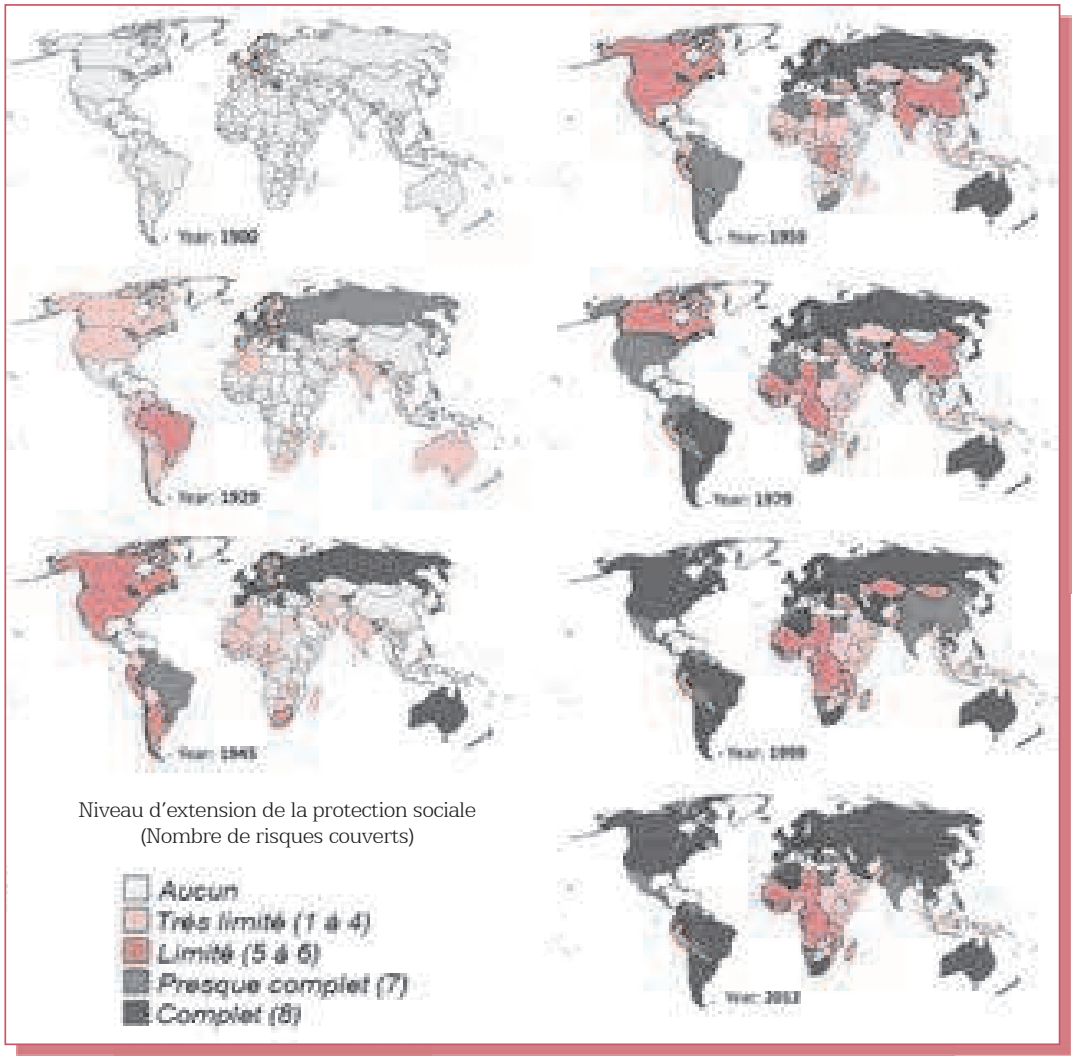
Retenons que la couverture est formellement maintenant d'un niveau élevé (au sens où il y a encore trente ans il était certainement inenvisageable d'espérer une telle évolution), tout en demeurant encore incomplète et, concrètement, faible. Pour autant l'information la plus importante est la puissante progression sur le siècle, ce dont rendent compte les deux illustrations.

Part des pays disposant d'un système légal chacune des huit branches (en %)



Source : OIT

Extension de la protection sociale sur un siècle



Source : OIT

Une forte extension mais une couverture très limitée

Depuis le début du 20e siècle, des progrès très significatifs ont été faits en ce qui concerne l'extension de la protection sociale. Partie du cœur de l'Europe à la fin du 19e siècle, la protection sociale s'est étendue progressivement à tous les continents. Aujourd'hui, la plupart des pays ont mis en œuvre des programmes légaux de couverture de certains risques voire de l'ensemble des risques. Reste que si ces systèmes sont en place, ils peuvent ne couvrir qu'une petite fraction de la population. Il y a extension de la protection sociale mais pas forcément généralisation ni universalisation[9].

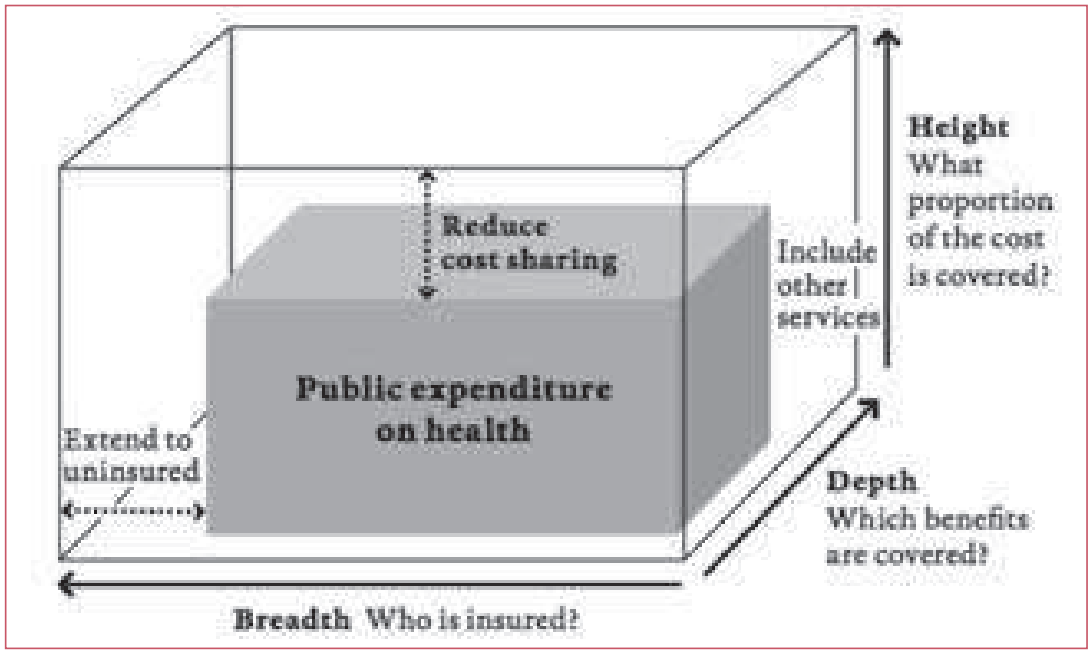
Malgré l'impressionnante extension de la sécurité sociale (c'est-à-dire de ses différentes branches) au cours du dernier siècle, une minorité seulement de la population mondiale est complètement couverte. En 2012, selon le rapport, 27 % de la population mondiale a accès à des systèmes complets de sécurité sociale (avec

9 Tous comme les chiffres, qui doivent le plus précis possible, les termes doivent être les mieux définis. Généralisation n'est pas exactement universalisation. Voir, pour le débat dans le contexte de l'aide au développement, Bruno LAUTIER, « Universalisation de la protection sociale et protection des plus vulnérables », Revue Tiers Monde, n° 214, 2013, pp. 187 – 217. Mais, en l'espèce, dans ce travail OIT, en grandes masses, les précisions sémantiques ne sont pas toujours de mise et pas forcément nécessaires.

les huit branches) tandis que 73 % ne bénéficie que d'une couverture partielle, ou n'est pas couverte du tout. Toujours selon l'OIT, plus de 5 milliards de personnes ne bénéficient pas d'une couverture adéquate[10].

Ce n'est pas parce qu'un système national est en place qu'il couvre vraiment la population. Si la couverture existe, il faut, comme y invite l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)[11], distinguer sa largeur (la part de la population couverte) ; sa hauteur (la proportion des coûts couverts) ; sa profondeur (la part des services couverts). L'OIT propose de parler de l'étendu de la protection sociale (le nombre de risques couverts), de son ampleur (la part de la population couverte), de son niveau (en termes de satisfaction des besoins).

Une extension à trois dimensions (cas de la couverture santé)



Source : OMS

Évolution et situation selon les huit branches/risques

Après cette reprise globale des informations amenées par le rapport OIT, on peut présenter, toujours à titre informatif et synthétique, ce qu'il en est de la protection sociale selon les huit postes (risques ou branches) retenus dans la nomenclature OIT.

• Santé

Le rapport montre qu'environ 39 % des individus, dans le monde, sont privés de toute affiliation à un système de santé. Cette proportion atteint plus de 90 % dans les pays à bas revenus. L'OIT estime également qu'il existe une pénurie de 10 millions de professionnels en ce qui concerne les personnels de santé pour garantir des services de santé de qualité pour tous ceux qui en ont

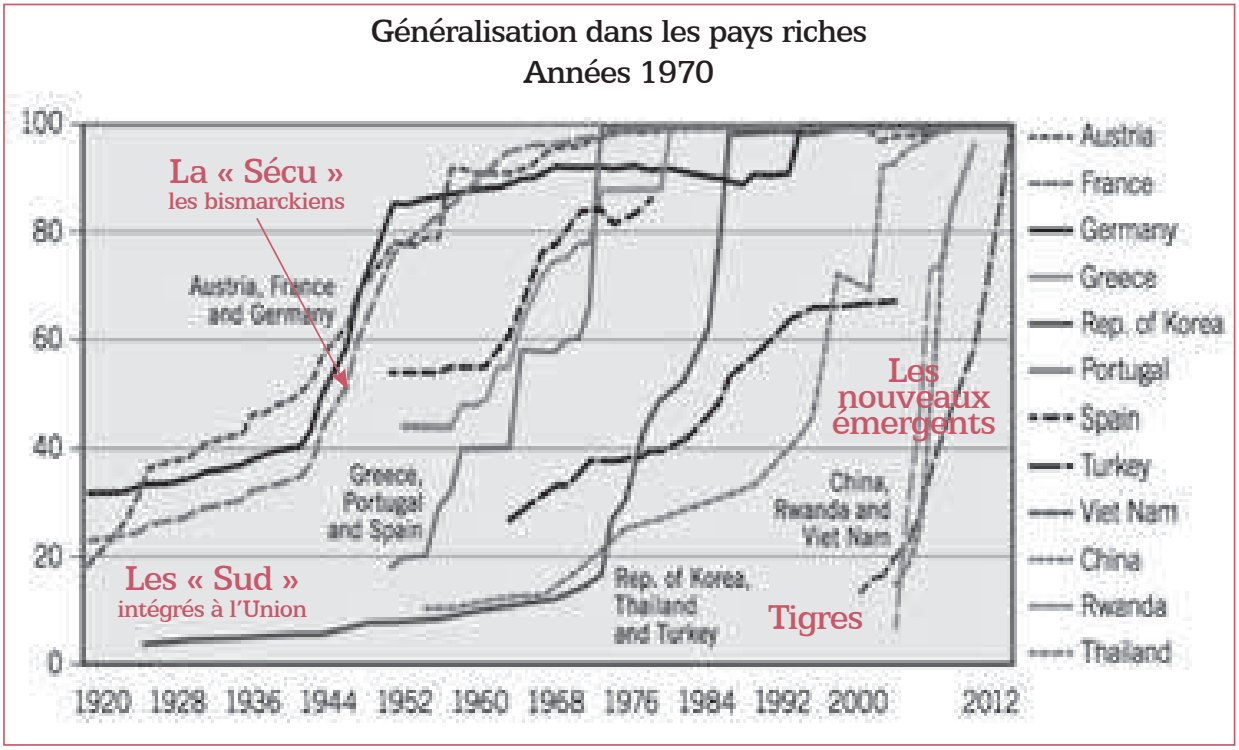
10 « Adéquate » et « complète » sont utilisés alternativement, avec le même sens, comme qualificatif de la protection sociale, dans le rapport et dans les communiqués qui l'accompagnent.

11 Voir les informations et guides pratiques publiés par l'organisation : www.who.int. Pour information, et compléter ou comparer les données OIT, les chiffres et analyses de l'observatoire mondial de la santé, comprenant quelques informations sur les systèmes de santé, se trouvent à cette adresse : http://apps.who.int/gho/data

besoin[12]. Malgré ces difficultés, certains pays – notamment la Thaïlande et l'Afrique du Sud – sont parvenus à une couverture de santé universelle en quelques années seulement, démontrant que c'était possible.

Le commentaire d'un graphique tiré de données de l'OMS permet de voir ce qu'a été l'histoire de la couverture santé. Parmi 12 pays très différents, on peut repérer quatre groupes. Dans un premier, les « bismarckiens », pionniers de la couverture santé, on trouve classiquement l'Autriche, la France et l'Allemagne. Ces derniers, de la fin du 19e siècle aux années 1970 (moment de généralisation de la couverture santé), ont mis plus de 70 ans à couvrir la quasi-totalité de leur population. Dans un deuxième groupe on trouve des pays européens plutôt défavorisés ayant rejoint l'Union européenne (Grèce, Portugal, Espagne). Ils n'ont véritablement commencé à développer leur couverture santé qu'après-guerre. Et ils ont accéléré la généralisation pour l'atteindre à peu près en même temps que les pays du premier groupe. Ils auront mis une quarantaine d'années. Un troisième groupe rassemble les « Tigres », comme la Corée du Sud ou la Thaïlande qui, investissant puissamment dans la couverture santé à partir des années 1970 vont atteindre une couverture quasi-intégrale dans les années 1990. Ils auront mis vingt ans. On trouve, enfin, un quatrième groupe, avec les émergents comme la Chine et le Viet Nam qui ne mettent qu'une dizaine d'années à couvrir, en théorie, l'ensemble de leur population. Certes, en profondeur, l'extension de la couverture santé est impressionnante. Il n'en va certainement pas de même en largeur et en hauteur, pour reprendre les catégories de l'OMS. Mais c'est une autre histoire à ce stade. La leçon générale c'est que l'extension de la protection sociale accélère.

Évolution de la part de la population couverte pour 12 pays (en %)



Source : OECD Health Data. The Economist

12 Selon l'OIT un pays devrait disposer en moyenne de 41 professionnels de santé pour 10 000 habitants pour être en mesure de dispenser l'essentiel des soins de santé à l'ensemble de sa population. Dans des pays comme Haïti, le Niger, le Sénégal et la Sierra Leone, il n'y a que 5 professionnels de santé, voire moins, disponibles pour 10 000 habitants, contre 269 dans un pays à hauts revenus comme la Finlande.

• Accidents du travail et maladies professionnelles

Historiquement – on l'a dit – le risque « accidents du travail » est très souvent le premier à avoir été organisé. C'est aussi celui qui est le plus diffusé à l'échelle mondiale. La quasi-intégralité des pays ont un système formel de prévention et prise en charge des accidents du travail et des maladies professionnelles. Cependant le taux de pénétration de ces dispositions est faible. L'OIT estime qu'en pratique, à l'échelle mondiale, 40 % seulement la force de travail est vraiment couverte. Une des raisons fondamentales à ce faible taux tient de l'importance colossale que tient le secteur informel dans les pays pauvres et, encore, dans les pays émergents.

• Famille/enfants

L'OIT signale qu'à l'échelle mondiale les gouvernements allouent seulement 0,4 % du PIB aux prestations familiales, avec des dépenses qui varient de 2,2 % en Europe de l'Ouest à 0,2 % en Afrique. Dans 108 pays, la législation offre des programmes spécifiques de prestations à l'enfance et aux familles, mais ceux-ci ne couvrent qu'un faible pourcentage de la population. Dans 75 pays, ce type de programme est totalement inexistant. Selon l'OIT, les politiques de protection sociale sont un élément essentiel de la réalisation effective des droits de l'enfant. Elles garantissent leur bien-être, brisent le cercle vicieux de la pauvreté et de la vulnérabilité, et aident les enfants à se réaliser pleinement. Malgré une extension considérable des régimes, les politiques existantes ne répondent pas suffisamment aux besoins des enfants et des familles en matière de sécurité du revenu, en particulier dans les pays à revenu faible et intermédiaire comptant un grand nombre d'enfants. Près de 18 000 enfants meurent chaque jour de causes évitables, malgré le fait que bon nombre de ces décès auraient pu être empêchés grâce à une protection sociale adéquate.

• Maternité

À l'échelle mondiale, moins de la moitié des femmes exerçant une activité professionnelle sont couvertes, en principe, par une législation au titre des régimes obligatoires de prestations de maternité. En raison d'une mauvaise application des dispositions dans certaines régions (surtout en Asie et dans le Pacifique, en Amérique latine et en Afrique), la couverture réelle est encore plus limitée : seules 28 % des femmes occupant un emploi dans le monde sont protégées par des prestations de maternité en espèces qui leur procure une certaine sécurité du revenu au dernier stade de la grossesse et après l'accouchement. Un nombre croissant de pays ont recours aux prestations de maternité non contributives pour améliorer la sécurité du revenu et l'accès aux soins de santé maternelle et infantile pour les femmes enceintes et les jeunes mères, en particulier les femmes en situation de pauvreté. Pour les femmes exerçant dans le secteur salarié formel, le nombre de semaines de congés maternité varie fortement. Dans 41 pays il dépasse les 18 semaines (seuil recommandé internationalement). Dans 114, il oscille entre 12 et 17 semaines. Dans 30, le congé maternité est inférieur à 11 semaines.

• Chômage

Pour l'OIT, s'ils venaient à perdre leur emploi, seuls 28 % des travailleurs dans le monde pourraient accéder à des prestations (contributives ou non contributives) en vertu de la législation nationale applicable. Ce pourcentage appelle toutefois quelques nuances, car les écarts entre les régions sont considérables: 80 % cent des travailleurs bénéficient de telles prestations en Europe, contre 38 % en Amérique latine, 21 % au Moyen-Orient, 17 % en Asie et 8 % en Afrique. Seuls 12 % des travailleurs sans emploi dans le monde sont bénéficiaires de prestations de chômage avec, encore une fois, d'importantes disparités entre les régions.

• Retraites

À l'échelle du monde, près de la moitié des personnes ayant dépassé l'âge légal de la retraite ne reçoivent aucune pension. Et pour beaucoup de celles qui en touchent une, le niveau des pensions les laisse bien souvent en dessous du seuil de pauvreté. En vertu des textes en vigueur, seules 42 % des personnes en âge de travailler aujourd'hui peuvent s'attendre à recevoir des pensions à l'avenir. Au cours des dernières années, de nombreux pays à revenu faible et intermédiaire ont entrepris des efforts pour élargir la couverture des régimes de retraite contributifs et mettre en place des pensions non contributives afin de garantir une sécurité élémentaire du revenu à toutes les personnes âgées. Dans la même période, les pays engagés sur la voie de l'assainissement des finances publiques réforment leurs systèmes de retraite afin de réduire les dépenses, notamment en augmentant l'âge de départ à la retraite, en réduisant les prestations et en augmentant les taux de cotisation.

• Invalidité

Tous les pays ont des politiques en direction de personnes handicapées. Mais ces politiques sont faiblement dotées et peu mises en œuvre. En complément des régimes contributifs, les prestations d'invalidité non contributives jouent un rôle clé dans la protection des personnes handicapées qui ne bénéficient pas de protection par des régimes contributifs. Seuls 87 pays possèdent de telles prestations non contributives ancrées dans la législation nationale sociale pour pouvoir bénéficier de prestations.

Contexte : la protection sociale et la crise

L'OIT, au-delà de ses constats et compilations statistiques, propose une analyse de la crise. Dans la première phase de la crise (2008-09), au moins 48 pays à revenu élevé ou intermédiaire ont mis en place des plans de relance pour un montant total de 2 400 milliards de dollars, dont environ un quart était consacré à des mesures de protection sociale. Ce soutien a agi, écrit l'OIT, comme un stabilisateur automatique qui a aidé les économies à retrouver leur équilibre et à protéger les chômeurs et les plus vulnérables.

Mais dans la seconde phase de la crise, à partir de 2010, de nombreux gouvernements ont changé de trajectoire et se sont engagés, déplore l'OIT, dans des mesures d'assainissement budgétaire pouvant avoir un impact négatif sur le soutien aux populations vulnérables.

Contrairement aux idées reçues, les mesures d'assainissement budgétaire ne sont pas cantonnées à l'Europe et aux autres pays riches. En fait, relève le rapport, pas moins de 122 gouvernements ont réduit leurs dépenses publiques en 2013, dont 82 pays en développement. Ces mesures concernaient des réformes des régimes de retraites, des systèmes de santé et de protection sociale qui ont souvent impliqué la réduction de la couverture ou du financement de ces systèmes, des réductions d'effectifs parmi les travailleurs sociaux et personnels de santé, ou le plafonnement de leurs salaires.

Pour l'OIT, si la tendance mondiale semble être à l'extension de la protection sociale, en particulier dans les pays à revenu intermédiaire, l'efficacité des systèmes de sécurité sociale est – toujours selon l'OIT – compromise dans certains pays en raison de l'assainissement des finances publiques et des mesures d'ajustement mis en œuvre.

Protection sociale et sécurité sociale Réflexions à propos du colloque du Conseil d'État « impôts et cotisations : quel financement pour la protection sociale ? »

Par Jacques Barthélémy,
Avocat – Conseil en droit social, ancien professeur associé à la faculté de droit de Montpellier, fondateur en 1965 du Cabinet éponyme

La présente note est inspirée du récent colloque du conseil d'État sur le thème « impôts et cotisations : quel financement pour la protection sociale ? »1 Un des grands intérêts de cette manifestation a été de démontrer la vanité de l'opposition entre impôts et cotisations sur le fondement de prestations en retour. À tout le moins, des nuances s'imposent, notamment du fait du rôle de la solidarité dans le social et de ses multiples aspects.

N'y aurait-il pas alors avantage à une autre réflexion, sur la différence entre protection sociale et sécurité sociale (I) pour en déduire l'intérêt, aux côtés de la notion de cotisation, de celles de contribution et de de prime (II). Car après tout, les charges de personnel des entreprises – qui affectent leurs marges brutes et ont donc une incidence sur l'emploi – ne se limitent pas aux salaires et aux « prélèvements obligatoires ».

Partie I.

Affirmer que la protection sociale ne se limite pas à la sécurité sociale relève de l'euphémisme. On n'aura pas ici l'outrecuidance de reprendre les développements savants de représentants prestigieux de la doctrine sur le concept de protection sociale. On se contentera, au vu de l'objectif de cette étude de souligner que :

1/ Droit du travail et droit de la sécurité sociale assument conjointement une fonction protectrice du travailleur salarié, même si le second concerne aussi les travailleurs indépendants. Cette fonction est liée à son état de subordination juridique à l'égard du donneur d'ordre et sans doute de dépendance économique. C'est donc dans les fondements de l'ordre public économique, donc dans la nécessité d'apporter une réponse à l'état de faiblesse d'une partie au contrat, que ce sont construits ces arsenaux juridiques protecteurs. Mais tandis que l'ordre public économique se concrétise par la réglementation de certains contrats, du formalisme, l'atteinte à la force obligatoire du contrat[2], le postulat de la qualité de « mineur social » du salarié se traduit par un volume bien plus important de dispositions législatives que ce qui résulte des principes, du droit du travail et la sécurité sociale ainsi que par l'ordre public social ou relatif concrétisé par la règle de l'avantage le plus favorable. D'où au demeurant une boulimie législative… qui va à l'encontre de l'objectif protecteur de ces disciplines dès lors qu'elle conduit à leur ineffectivité par suite de l'inintelligibilité de la loi, au mépris d'une exigence constitutionnelle.

Ceci étant, les moyens mis en œuvre par les droits du travail d'un côté, de la sécurité sociale de l'autre côté pour concrétiser cette fonction protectrice génétique ne sont pas les mêmes. Le droit du travail crée des avantages et des normes au bénéfice du salarié dont le non-respect entraîne des sanctions négatives à l'encontre de l'employeur (pénales et civiles) ; le droit de la sécurité sociale apporte des garanties au travers de la redistribution de revenus, par l'assurance, la mutualisation et favorise – ce dont atteste par exemple la législation des accidents du travail – l'émergence de sanctions

1 Les entretiens du Conseil d'État en droit social – Colloque du 27 juin 2014
2 Florence Canut : « L'ordre public en droit du travail » Ouvrage LGDJ 2007

positives de comportements vertueux. Ceci est attesté par la différence entre la mensualisation – le maintien du salaire en cas de maladie incombe à l'employeur sous la forme de sommes, destinées à compléter les prestations du régime général, le fait qu'il s'assure ne changeant rien – et les garanties de prévoyance, l'avantage étant ici constitué non par la prestation mais par le fait d'être assuré.

2/ Au vu du constat ci-dessus, la protection sociale peut s'identifier par des garanties sociales faisant appel, peu important la technique utilisée, à l'assurance et (ou) à la mutualisation. Son domaine ne peut dès lors se réduire à la sécurité sociale qui peut se définir par l'assurance plus la solidarité. Ce raccourci permet de montrer la différence fondamentale entre la construction née de l'ordonnance de 1945 et les textes des années trente.[3]

Ce constat rend utile la référence aux trois piliers de la protection sociale qui sont :

- le premier celui de la sécurité sociale, fondée sur une solidarité nationale, générale, interprofessionnelle. Elle est concrétisée évidemment par des régimes légaux en raison à la fois du champ très vaste de la loi et du recours à la redistribution de revenus qui l'apparente aux techniques en vigueur dans le droit fiscal.
  Voilà pourquoi existe une dimension publiciste dans la sécurité sociale.
  Ceci étant, la solidarité générale, nationale, interprofessionnelle peut se déployer en ayant recours à d'autres instruments que la loi. La convention collective, institution identitaire du droit social, est un support efficace de protection sociale en raison de sa nature duale, de contrat certes mais aussi – du fait de son caractère normatif – de règlement, de loi professionnelle.
  Même si la fonction première de la convention collective est de créer des avantages individuels et collectifs au profit des titulaires de contrats de travail, elle ne saurait s'arrêter, lorsqu'il s'agit de garanties sociales (objet de négociation collective – cf. article L2221.1 du code du travail), à fixer la nature et le niveau des prestations. Interdire à ses parties d'avoir une ambition plus grande, c'est bafouer le droit de négociation collective, qualifié de fondamental tant par la charte sociale européenne de 1961 révisée en 1995 (ayant le même champ que la CEDH), que par les chartes des droits sociaux de 1989 et des droits fondamentaux de 2000 de l'Union Européenne. Rien n'interdit donc aux partenaires sociaux de se fixer un objectif de solidarité et parce que l'accord collectif peut être interprofessionnel et avoir un champ identique à celui de la loi (surtout du fait de l'existence de la technique d'élargissement[4]) de construire les instruments d'une solidarité également générale, interprofessionnelle, nationale. Les régimes résultant de tels accords ne peuvent que relever du premier pilier de la protection sociale, même si, en raison de la nature juridique de la source de droit les ayant créés il faut recourir à l'expression de premier pilier bis. Ceci d'autant que ces régimes n'entrent pas dans le bloc de constitutionnalité, dès lors notamment qu'ils complètent seulement les régimes légaux.

- Le deuxième pilier, celui des garanties collectives, conçues au niveau de la branche et (ou) de l'entreprise pour lesquelles une distinction est à faire entre :
  - Système de prévoyance lorsque l'acte fondateur des garanties se contente de fixer la nature et le niveau des prestations que l'employeur doit, au nom de la protection du travailleur, assurer pour éviter les effets négatifs des vicissitudes juridiques et économiques de l'entreprise,

3 Cf. Précis Dalloz « Droit de la sécurité sociale » Jean Jacques DUPEYROUX – Michel BORGETTO – Robert LAFORE

4 Il faut distinguer l'élargissement par une convention collective et celui par voie réglementaire. Des règles spécifiques sont prévues pour les accords de retraite et de prévoyance par l'article L. 911.4 du code de la sécurité sociale, ce qui n'exclut pas l'application du droit commun des conventions collectives de travail – L. 2261.7 du code du travail. Cf. Jacques BARTHÉLEMY « Les spécificités de l'élargissement des accords collectifs de retraite et de prévoyance » Droit Social 1997 p 298

d'autant plus à craindre que les prestations en espèces sont dues pendant une longue période pouvant excéder celle du contrat de travail et même celle de l'entreprise. Le provisionnement des engagements qui en résulte contribue à renforcer la qualification de rémunération d'un tel avantage, à savoir le fait d'être assuré, son montant étant la cotisation parce qu'elle évalue actuariellement le risque.

- Régime de protection sociale complémentaire lorsque en plus est poursuivi un objectif de solidarité qui se décline par des droits non contributifs et rend de ce fait insuffisante la technique assurantielle. On est alors – c'est un clin d'œil à l'immense Paul DURAND[5] – en présence d'une convention collective de sécurité sociale, matérialisée par l'exigence d'un pot commun (référence à Jean-Jacques DUPEYROUX[6]) sur lequel les travailleurs ont un droit de tirage social (référence à Alain SUPIOT). Une telle construction n'est effective que si toutes les entreprises de la branche sont contraintes de relever de l'organisme auquel on a confié la gestion de ce pot commun. Pour le juge de Luxembourg, un tel accord ne contrevient pas à la prohibition des ententes entre entreprises (article 101 TFUE) en raison de sa nature d'accord entre partenaires sociaux (en liaison avec les chartes précitées) et de son objet, l'amélioration des conditions de travail (en liaison avec l'invitation faite aux États de poursuivre un degré élevé de protection sociale, notamment dans la perspective de parfaire le marché intérieur[7]). Il ne confère pas davantage une position dominante abusive (au sens de l'article 102 TFUE) à l'assureur dès lors qu'à défaut de recueillir l'adhésion de toutes les entreprises, celui-ci ne peut assumer la mission d'intérêt économique général qui ressort de l'objectif de solidarité[8]. Voilà pourquoi est plus que contestable la condamnation sans appel des clauses de désignation par le conseil constitutionnel au nom d'une atteinte disproportionnée à la liberté contractuelle dès lors que la solidarité, ici ciblée et seulement professionnelle, confère un but légitime à cette atteinte au nom de l'intérêt de la collectivité de travailleurs concernée[9].
- Le troisième, celui de l'assurance individuelle qui inclut les dispositifs à caractère collectif mais nécessitant une initiative personnelle pour en être bénéficiaire. Si on est dans le domaine de la prévoyance – c'est moins vrai pour la retraite – on quitte alors les rives du statut collectif pour entrer dans celui des activités sociales pour lesquelles le comité d'entreprise dispose d'un pouvoir autonome de décision et d'un patrimoine lui permettant de rendre ce pouvoir effectif. C'est, pour reprendre la savoureuse expression du professeur CHALARON, le domaine du « pouvoir ouvrier intégré[10] ».

  Le troisième pilier de la protection sociale peut se manifester ailleurs que dans la retraite et la prévoyance, spécialement par la mutualisation des contributions destinées à financer la formation, ce qui caractérise en quelque sorte l'assurance de la gestion du risque d'inemployabilité[11]. Un fond d'assurance formation doit pouvoir capitaliser, au profit d'un travailleur, les contributions personnelles (éventuellement assorties d'abondement de l'entreprise à l'instar de ce qui vaut pour le plan d'épargne), il se distingue alors de l'actuel OPCA qui ne s'intéresse qu'au financement par les entreprises de ce qu'on appelle le plan, dédié d'abord à la formation conçue comme un investissement de l'entreprise (même si une place est ouverte, depuis la dernière réforme surtout, aux initiatives personnelles, cf. aussi le CIF).

Partie II.

Cette vision de la protection sociale rend indispensable une définition propre à chacun des trois piliers des moyens de financement des droits des travailleurs.

5 Paul DURAND « Des conventions collectives de travail aux conventions collectives de sécurité sociale » Droit Social 1960 p 42

6 Voir notamment Jean Jacques DUPEYROUX « Les exigences de la solidarité » Droit Social novembre 1990

7 Cf. les arrêts Albany et autres du 21/09/1999, l'arrêt VAN DER WOODE du 21/02/2000

8 Cf. CJUE 3/03/2011 AG2R / BEAUDOUT

9 Décision du 13/06/2013 ayant déclaré inconstitutionnel l'ancien article L912.1 du code de la sécurité sociale. Voir notamment Jacques BARTHÉLEMY « Invalidation des clauses de désignation : une décision à haut risque » Les Cahiers du DRH septembre 2013 p 45 et s

10 CHALARON « Les limites du pouvoir ouvrier intégré » Droit Social 1978, 1 ; n° spécial avril 1978 p 63 (la notion d'œuvres sociales)

11 Jacques BARTHÉLEMY « L'employabilité » Les Cahiers du DRH 2009 p 157

1/ Le premier pilier est indiscutablement celui des cotisations sociales. Que le régime soit d'essence légale ou de nature conventionnelle, leur sort, leur importance ne peut échapper à un minimum de contrôle de l'État et à l'information du Parlement, surtout du fait qu'il s'agit de « prélèvements obligatoires ». En raison de la source conventionnelle créatrice des régimes relevant du I bis, le degré d'intervention de l'État ne peut être aussi important, sans pour autant le limiter à fixer des droits fondamentaux ayant valeur (sans doute) de principe, tirés pour l'essentiel du droit de négociation collective et du dialogue social.

Cela influence la qualification des cotisations. Il n'est pas surprenant – eu égard à l'évolution des régimes complémentaires de retraite, spécialement de leur entrée dans le règlement 1408-71 – que la loi portant réforme des retraites de 2003 (loi FILLON) ait donné aux cotisations AGIRC et ARRCO la même nature que celles du régime général. Auparavant, du fait que cette garantie sociale créée un avantage au bénéfice du salarié matérialisé par le fait d'être assuré, les cotisations afférentes à ces régimes étaient des salaires, au plan tant fiscal que social, seulement exonérés de cotisations sociales dans la limite d'un seuil par déclinaison du principe constitutionnel d'égalité devant les charges publiques.

Ceci étant la qualification d'institution relevant du premier pilier n'est pas universelle, mais fonctionnelle. Si, s'agissant du principe de libre circulation des travailleurs, l'UNEDIC d'un côté, l'AGIRC et l'ARRCO d'un autre côté relèvent bien du règlement 1408-71, donc du premier pilier, il n'en est pas de même s'agissant de la qualification (ou pas) de rémunération de cet avantage qu'est la retraite complémentaire. La CJUE, ayant considéré que sur ce terrain le régime de retraite supplémentaire obligatoire français ne résultait pas de la sécurité sociale, en a conclu logiquement que la prohibition des discriminations, en l'occurrence liées au sexe, s'imposait, spécialement en ce qui concerne les droits de réversion[12]. Reste en suspens, à défaut de jurisprudence communautaire, la question de savoir si, au regard du droit de la concurrence, ces régimes matérialisent une entreprise ; on peut pronostiquer que non en raison de l'absence d'autonomie de l'institution à l'égard des partenaires sociaux ainsi que d'un degré élevé de solidarité caractéristique de ces régimes[13].

Et puis même en se positionnant sur le terrain de la libre circulation des travailleurs véhiculée par le règlement 1408-71 en matière de sécurité sociale, une différence est à faire entre l'UNEDIC – qui se substitue à un régime légal et donc entre de plein droit dans ce règlement – et l'AGIRC / ARRCO qui par définition ne font que compléter le régime légal, leur entrée dans le champ de ce règlement résultant de la faculté offerte à un État de proposer une telle extension qui, au cas précis, émanait de la volonté des partenaires sociaux.

2/ Le deuxième pilier, c'est par définition celui des garanties collectives de prévoyance ; ce mot est pris ici au sens large qu'en donne l'article L. 911.2 du code de la sécurité sociale qui englobe la retraite supplémentaire mais aussi des garanties chômages, indemnités de fin de carrière, prestations liées à l'inaptitude… il s'accommode mal de l'appellation de cotisations sociales. Même si elles s'imposent à telle entreprise au vu de l'autorité d'un texte conventionnel de branche ou au salarié de telle entreprise au vu d'un accord d'entreprise, d'un référendum ou une décision de l'employeur (cf. L 911.1 du code de la sécurité sociale), le caractère obligatoire tel qu'on l'entend à Bercy et d'une manière plus générale chez les fiscalistes n'est ici pas rempli. Au regard de la fiscalité des sociétés, le conseil d'État a pu toutefois considérer qu'un système mis en place au profit d'une collectivité de travailleurs objectivement définie

12 C'est le fameux arrêt PODESTA du 25/05/2000 (aff. G50/99) de la CJUE (RJS 2004 p 272) qui a conduit les partenaires sociaux à modifier les règles de réversion … au détriment des veuves !

13 Ceci par référence aux célèbres arrêts PISTRE et POUCET de 1993

n'était pas une libéralité mais bien une charge d'exploitation, les spécificités du droit du travail en faisant une contrainte pour l'employeur tant que la source les ayant créés n'a pas disparue.

Pour autant, cela ne confère pas aux sommes versées par l'entreprise pour alimenter ces garanties la qualification de cotisations sociales. Mieux, de telles sommes sont des éléments de rémunération, au plan tant fiscal que social (ici pour la cotisation patronale, seule pouvant avoir la qualification de somme versée en contrepartie ou à l'occasion du travail au sens du premier alinéa de l'article L. 242.1 du code de la sécurité sociale). Le fait qu'elles soient neutres dans la limite d'un plafond ne doit pas abuser, cette règle n'étant destinée qu'à mettre en œuvre le principe constitutionnel d'égalité des citoyens devant les charges (fiscales) par suite d'une comparaison avec les fonctionnaires. C'est la fameuse et historique règle des 19 %, déclinée aujourd'hui par des règles mathématiques différentes pour la retraite et la prévoyance, revues de surcroît depuis que l'AGIRC et l'ARRCO sont sorties de leur champ[14].

Ici nul n'est besoin de faire de différence entre régime et système dès lors que même si solidarité il y a celle-ci n'est, par définition, ni générale, ni nationale, ni interprofessionnelle mais simplement professionnelle et ciblée. Si différence il y a entre garanties collectives et obligations d'un côté, système à adhésion facultative d'un autre côté, c'est exclusivement parce que seuls les premières relèvent du « statut collectif » et peuvent donc se voir appliquer la règle de neutralité sous plafond inspirée du principe d'égalité devant les charges publiques[15].

Parler de cotisations sociales concernant ces régimes et système est donc porteur potentiel de confusion. Mieux vaut recourir à l'expression contributions, en l'occurrence alimentant des garanties collectives complémentaires, d'autant qu'elles peuvent financer non seulement des droits contributifs donc être individualisées par recours à la technique assurantielle mais encore des droits non contributifs exigeant une mutualisation, moyen de concrétiser la solidarité.

3/ Le domaine de l'assurance individuelle invite - et peu important que s'y déploie éventuellement, comme dans la Mutualité, de la solidarité - à recourir au mot « prime », d'autant qu'ici la technique contractuelle y est plus pure. S'agissant des garanties relevant du deuxième pilier, le rôle du contrat d'assurance collective n'est que de gager les obligations de l'employeur, l'insuffisance ou l'absence d'assurance engageant sa responsabilité à l'égard du salarié qui subit un préjudice par perte de chance. Au contraire, la participation éventuelle de l'employeur à ce qui n'est, dans l'assurance individuelle, qu'un produit de consommation ne peut qu'avoir la qualification d'une dette du salarié acquittée par l'employeur, donc être une somme entrant dans l'assiette des cotisations de sécurité sociale et dans celle de l'impôt sur le revenu.

Un tel dispositif relève donc de la vie personnelle, peu important que l'accès pour un travailleur en soit facilité par l'organisation d'un contrat d'assurance à l'intérieur de l'entreprise. Le sort fiscal des prestations est éventuellement conditionné par le régime de faveur de l'assurance-vie, mais cela ne doit pas abuser car s'expriment ici des objectifs de l'État visant au développement de l'épargne au nom de l'intérêt général. La prime n'est alors pas déductible de l'assiette de l'impôt, ce qui n'exclut pas que la prestation sous forme de rente soit imposable mais pour une partie seulement dont le montant dépend de l'âge atteint à la date de la liquidation des prestations.

Conclusion prospective

Distinguer cotisations, contributions, primes pour les affecter à la protection sociale relevant du 1er, du 2e ou du 3e pilier est de nature à favoriser des stratégies permettant une meilleure gestion des charges de l'entreprise avec des effets positifs sur l'emploi. Cotisations sur cotisations n'a pas grand sens mais la qualification de revenus professionnels des contributions patronales alimentant des garanties collectives identifiant le 2e pilier

14 Jacques BARTHÉLEMY « Cotisations des régimes complémentaires et cotisations du régime général » Droit Social 1993 p 550

15 Jacques BARTHÉLEMY « Protection sociale complémentaire : champ de la règle de neutralité fiscale et sociale des contributions » Droit Social 2006 p 1026

se conçoit fort bien, d'autant que la neutralité sous plafond induit que la part des prestations correspondant à la partie de la contribution acquittée par l'employeur est alors du salaire, fiscalement et socialement. Cette neutralité sous plafond étant liée à un comparatif avec le statut des fonctionnaires, rien ne justifie qu'elle s'applique à la couverture complémentaire santé (qui n'existe, pour les fonctionnaires, que sous la forme d'avantage collectif à adhésion facultative ou d'abondement de la contribution employeur à la prime correspondant à un choix individuel) ; la suppression de la neutralité fiscale de la part patronale dans la LFSS 2014 n'est donc qu'une étape !

L'institutionnalisation de l'évaluation de politique au sein d'un organisme local de sécurité sociale : l'exemple de la CAF de la Gironde

Par Nadia OKBANI,
doctorante au Centre Émile Durkheim (Science-po Bordeaux).

Nadia OKBANI est doctorante au Centre Émile Durkheim (Science-po Bordeaux). Elle a été chargée d'études et de recherche au sein de la CAF de la Gironde où elle a notamment travaillé sur le non-recours au RSA. Sa thèse porte sur l'institutionnalisation de l'évaluation des politiques sociales et familiales au sein de la CAF de la Gironde, ses enjeux, sa pratique et ses usages.

I- Introduction

Les organismes de sécurité sociale (OSS) mettent en œuvre des politiques sociales, mais ont-ils également vocation à évaluer ces politiques et à contribuer à leur élaboration ? Plusieurs rapports de Michel Bauer (1996, 2010) soulignent les enjeux du développement de ces compétences au sein des OSS. Pour lui « 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. » (Regards n°43, p.120). Pour prendre l'exemple de la branche famille, les Caisses d'Allocations Familiales (CAF) ont une connaissance fine des territoires d'interventions et des publics, de par leurs bases de données et leurs professionnels de terrain aussi bien au niveau de la gestion des prestations que de l'action sociale. Elles maîtrisent à la fois les enjeux des risques qu'elles traitent, les difficultés rencontrées par les familles et les politiques qu'elles conduisent pour répondre à ces besoins. Ainsi, elles sont en capacité d'appréhender l'intérêt et les limites des dispositifs qu'elles déploient sur le terrain, aussi bien au niveau des objectifs poursuivis que de la mise en œuvre concrète. Leur neutralité politique leur permet d'être reconnues sur les territoires comme un interlocuteur légitime des collectivités locales. Considérées comme un opérateur fiable et efficace, elles ont des marges de manœuvres qui leur permettent d'expérimenter des projets tout en garantissant leur faisabilité opérationnelle et en évaluant leurs effets pour les usagers. La richesse du réseau des CAF et son positionnement dans l'environnement politico-administratif permet à la branche famille d'être proche des décideurs politiques tant au niveau local que national. Tout cela offre l'opportunité aux CAF d'être force de proposition dans son champ d'expertise de l'action publique. Pour autant, on peut s'interroger sur la manière dont ce potentiel de contribution à l'action publique est investi par les CAF. Que mettent-elles en œuvre au niveau organisationnel pour capitaliser ces connaissances, les structurer, les analyser, les rendre diffusables et opérationnelles ? Les CAF se donnent-elles les moyens de questionner leur intervention en évaluant les impacts de leurs actions ? Qui au sein des CAF est chargé de cette mission et de quelle manière cela est-il conduit ? À quoi cela peut-il servir concrètement au niveau de la conduite de l'action publique par l'organisation ? On peut s'interroger sur l'institutionnalisation de l'évaluation des politiques sociales et familiales au sein des CAF, ses enjeux, sa pratique et ses usages. C'est l'objet d'une recherche conduite au sein de la branche famille et en particulier de la CAF de la Gironde dans le cadre d'une thèse de doctorat en science politique. Cet article présente différents axes d'investigation de cette recherche en cours d'élaboration.

I.1- Qu'est-ce que « l'évaluation des politiques publiques » ?

Ce n'est pas : un bilan, un reporting, un contrôle, un audit de performance, du contrôle de gestion, des données chiffrées, du management par la qualité, une enquête de satisfaction… Le terme « évaluation » est particulièrement

polysémique et a souvent tendance à être confondu avec d'autres domaines. Par évaluation de politiques publiques, on entend une méthode permettant d'apprécier les effets d'une politique par la production d'un jugement argumenté relatif à la pertinence, la cohérence, l'utilité, l'efficacité ou l'efficience d'une intervention publique visant un changement social. Elle cherche à analyser les résultats d'une politique, d'un programme, d'une action au regard des besoins auxquels elle entend répondre (problème à résoudre), des objectifs qu'elle s'est fixés, des ressources qu'elle a allouées, de leurs impacts réels directs et indirects. Elle vise une double exigence de connaissance et d'action par sa dimension cognitive, normative et instrumentale (Leca, 1993). Sa dimension cognitive repose sur la production de connaissance sur l'action publique conduite et ses effets pour les publics. Sa dimension normative se base sur la production d'un jugement objectivé et construit par un évaluateur professionnel, par nature extérieur à la mise en œuvre de la politique. Sa dimension instrumentale consiste à produire une connaissance utile, appropriable et opérationnelle voire formative. Elle permet plus généralement de donner de la lisibilité sur l'impact de la politique évaluée et de rendre compte de l'utilité de cette dépense publique, auprès des autorités publiques, des acteurs de terrain et des citoyens.

I.2- Quelle politique d'évaluation au sein de la branche famille ?

Suite à sa contribution à l'évaluation du RMI, la CNAF lance plusieurs groupes de travail institutionnels sur l'évaluation des politiques publiques. Une note de doctrine de l'évaluation des politiques est élaborée en 2002. Elle définit l'évaluation, ses enjeux dans l'action publique, dans la branche famille et dans les CAF. Celle-ci précise ce que l'évaluation peut apporter et comment elle doit être menée. Elle souligne que « L'évaluation des politiques constitue, pour la branche Famille de la Sécurité sociale, un important levier de changement pour les orientations des politiques qu'elle mène et pour optimiser les conditions de leur mise en œuvre. L'évaluation vise à améliorer la qualité de l'intervention de notre institution par une analyse partagée. C'est une démarche collective dans laquelle est impliqué en interne l'ensemble des échelons hiérarchiques et qui est menée avec nos partenaires s'il y a lieu. ». Cette volonté de développer des compétences d'évaluation au sein de la branche apparait clairement dès la Convention d'objectifs et de gestion (COG) 2001-2004 et reste présente dans la dernière COG (2013-2017). Celle-ci spécifie que la branche famille doit « contribuer à l'élaboration, à la mise en œuvre et à l'évaluation des politiques familiales et de solidarité », et ce, au niveau national et local. Le nombre d'évaluations de politique conduite par la CNAF et en particulier par la Direction des Statistiques des Études et de la Recherche ne cesse de croître au fil des années. Pour autant, malgré cette orientation nationale, très peu de CAF ont développé cette compétence. Certains agents de direction (ADD) considèrent que cela relève du niveau national puisqu'ils n'ont pas la main sur les politiques. D'autres estiment que la conduite d'évaluation de politique n'est pas prioritaire et qu'ils n'ont pas les moyens de mettre en œuvre ce type de démarche. On peut se demander dans quelles mesures les ADD des CAF sont incités à développer ces compétences au sein de leur organisme et s'ils en perçoivent l'intérêt. Plus généralement cela questionne sur la complexité d'institutionnalisation de l'évaluation au sein des CAF, notamment du fait de la diversité de leurs missions.

I.3- Quelle politique d'évaluation à la CAF de la Gironde ?

La CAF de la Gironde[1] développe depuis une vingtaine d'années des démarches d'évaluation de politiques. La première l'évaluation a été conduite sur les centres sociaux en 1993 avec l'appui d'un

1 La CAF de la Gironde en quelques chiffres (2012) c'est : environ 278 000 dossiers allocataires, soit plus de 684 000 personnes concernées (45,5 % du département), 1,42 milliards d'€ versés pour les prestations légales, 128 millions d'€ consacrés à l'action sociale. 1 siège, 11 points relais CAF et 43 points services partenaires pour l'accueil du public et enfin 815 salariés

universitaire (Dutrénit, 1994). En effet, cette CAF a cherché à anticiper les besoins des usagers2 et à produire des diagnostics territoriaux afin d'enrichir l'élaboration des politiques. Cela l'a amené à s'approprier des méthodes d'évaluations des politiques pour développer et investir ces compétences afin d'affiner son intervention sociale au sein du territoire, d'assurer une meilleure adéquation entre les offres de services et les besoins des allocataires et d'être force de proposition au niveau local et national. C'est l'une des rares CAF qui, en dehors des chargés d'études statistiques, des contrôleurs de gestion et des auditeurs, dispose de chargés d'études sociales (CES). Dans un premier temps issus du travail social, puis de formation universitaire (principalement sociologique), les CES ont suivi plusieurs sessions de formation à l'évaluation des politiques depuis une dizaine d'années. Ils conduisent des évaluations de politique sur des territoires spécifiques (notamment pour des expérimentations locales) ou questionnent la mise en œuvre d'une mission sur tout le département. Pour donner quelques exemples d'évaluation conduites : l'évaluation de la mise en place d'un réseau Écoute Appui et Accompagnement (REEAP), l'évaluation des conventions territoriales globales (CTG), l'évaluation de la politique parentalité en Gironde, l'évaluation des centres sociaux. Ces initiatives s'inscrivent dans la stratégie de développement de la CAF qui cherche à institutionnaliser la pratique de l'évaluation au sein de l'organisation par l'élaboration d'un schéma directeur de l'évaluation.

I.4- Une recherche pour comprendre comment et pourquoi l'évaluation des politiques sociales et familiales s'institutionnalise au sein de la CAF de la Gironde : ses enjeux, sa pratique et ses usages

L'évaluation des politiques est abordée dans cette recherche comme une « institution » au sens sociologique du terme (Lagroye & Offerlé, 2011), c'est à dire comme un ensemble de normes, de pratiques, d'acteurs marqués par une culture qui structure leurs actions et les rapports sociaux. Elle aborde l'institutionnalisation comme un processus permanent, faisant l'objet de négociations entre des acteurs ayant une vision spécifique de l'institution, de ses enjeux, de sa pratique et de ses usages. Il s'agira de mêler une approche substantialiste, en revenant sur les textes fondateurs précisant la place et les objectifs de l'évaluation au sein de la branche et de la CAF, à une approche cognitiviste qui s'intéresse plus à la mise en œuvre concrète de ces orientations par les différents acteurs sur le terrain. En quoi l'élaboration d'un schéma directeur de l'évaluation est-il révélateur d'un processus d'institutionnalisation de l'évaluation des politiques sociales et familiales au sein de la CAF de la Gironde ? Comment une CAF développe l'évaluation des politiques au sein de son organisation ? Pourquoi cherche-t-elle à institutionnaliser cette pratique au sein de son organisme alors que d'autres CAF de même envergure ne le font pas ? Qu'est-ce que l'évaluation apporte à cette organisation dans la conduite de l'action publique ? D'une part, il s'agit de comprendre ce qui est déterminant dans le processus d'institutionnalisation de l'évaluation au sein de l'organisation. D'autre part, on cherche à saisir comment ce processus prend forme dans des enjeux partagés, des pratiques et des usages concrets, en fonction de négociations entre les acteurs. Enfin, cela permettra d'appréhender la manière dont l'évaluation est investie par l'organisation et par-là, modifie la conduite de l'action publique.

II- Comment l'évaluation des politiques s'institutionnalise au sein d'une CAF ?

II.1- Le rôle des acteurs de la CAF dans le processus d'institutionnalisation de l'évaluation

Pour commencer, on s'intéresse aux différents acteurs qui ont joué un rôle dans l'émergence et le développement de l'évaluation au sein de la CAF, en particulier les ADD. On cherche à comprendre comment et pourquoi ils ont impulsé ces démarches d'évaluation de politique et leur ont donné un sens et une forme pour les intégrer aux missions de la CAF. En d'autres termes, on essaie de saisir en quoi l'évaluation a été considérée comme un outil permettant de

2 Une thèse a d'ailleurs été conduite par J.-M. Chabaud sur ce sujet, « Action publique sociale, expertise et territoire : la caisse d'allocations familiales de la Gironde et l'anticipation du risque social » dans le cadre d'une Convention Industrielle de Formation par la REcherche (contrat CIFRE) au sein de la CAF de la Gironde (1997-2001).

répondre à un certain nombre de besoins. Pour cela, il convient d'analyser, comment les ADD conçoivent leur métier, les missions qui incombent à une CAF, les politiques qu'ils mettent en œuvre et leur marge de manœuvre. À partir de cela, il s'agit de comprendre en quoi, pour eux, l'évaluation des politiques peut constituer une opportunité pour leur métier, leurs missions et leur organisation. Cela permet d'appréhender la contribution qu'ils entendent apporter à l'action publique par le biais de l'évaluation et révèle la stratégie de positionnement de l'organisation. Comme le souligne un ancien ADD de la CAF « nous ne sommes pas que de simples opérateurs, nous sommes des acteurs de l'action publique ».

Ensuite, il s'agit de comprendre comment le développement de l'évaluation s'est mis en place concrètement au sein de l'organisation, non seulement en analysant les différentes étapes qui ont conduit à sa « routinisation », mais aussi en étudiant comment ces démarches ont été investies et négociées par des acteurs de différents métiers pour finalement prendre sens au sein de l'organisation. D'une part, on s'intéresse aux CES qui conduisent les évaluations, leurs formations, leurs parcours et comment ils conçoivent l'évaluation. On cherche à caractériser leur culture professionnelle, les méthodes d'évaluation qu'ils utilisent, les difficultés auxquelles ils font face dans le cadre de leurs fonctions et comment ils les résolvent. On analyse également dans quelle mesure ils s'inscrivent dans un réseau de professionnels identifiés au sein de la branche[3] comme auprès des partenaires. D'autre part, on s'intéressera plus largement aux acteurs qui entrent en jeu dans la conduite d'évaluation (interne ou externe à la CAF) et à la manière dont ils négocient ses enjeux, sa pratique et ses usages. L'idée étant de voir comment au fil du temps et des différentes expériences, plusieurs acteurs issus de métiers et de cultures professionnelles différentes se sont saisis de l'évaluation en fonction de leurs besoins. Pour donner quelques exemples: les membres du Conseil d'Administration, les ADD, les cadres intermédiaires, les conseillers techniques qui coordonnent la mise en œuvre des politiques de la CAF sur les territoires en fonction des orientations nationales et locales, mais aussi les travailleurs sociaux. On observe comment ils ont intégrés ce que l'évaluation pouvait leur apporter au sein de leur métier, de leurs missions et comment ils ont développés et négociés, de manière plus ou moins consciente, différentes normes et usages de l'évaluation.

L'institutionnalisation de l'évaluation résulte d'un ensemble de visions et d'intérêts d'acteurs, issus de cultures professionnelles différentes, en perpétuelle renégociation de ce qu'est l'évaluation, de la manière dont elle doit être conduite et ce que l'on peut en attendre. Dans cette perspective il est intéressant d'observer si le processus d'institutionnalisation de l'évaluation des politiques fait face à des tentatives de désinstitutionalisation ou de déstabilisation de la part de certains acteurs. Cela permet de voir à quel niveau se situent les désaccords (sur le fond, sur la forme), quels argumentaires et stratégies sont déployés par les acteurs (les convaincus /les sceptiques), de manière individuelle ou collective, pour les légitimer leurs points de vue. Le travail institutionnel des acteurs (Lawrence, Suddaby, Leca, 2009) joue un rôle crucial dans le processus d'institutionnalisation de l'évaluation. Ceux-ci négocient les normes et de la place de l'évaluation en fonction des expériences passées et de ce qu'ils jugent plus profitable pour l'organisation et la conduite de l'action publique.

II.2- Les missions et le fonctionnement organisationnel de la CAF structurent les enjeux, la pratique et les usages de l'évaluation de politique

Ces acteurs impliqués dans la conduite d'évaluations interviennent dans un contexte particulier. Ils négocient la place donnée à l'évaluation en fonction des missions et du fonctionnement organisationnel de la CAF. Dans cette optique on cherche à comprendre en quoi l'organisation, sa structuration (légale et historique), ses missions et son champ d'intervention (jeu d'acteurs) jouent

3 Le réseau des chargés d'études des CAF dit réseau « Perspicaf » principalement composé de chargés d'études statistiques.

également un rôle important dans la manière dont l'évaluation s'institutionnalise. Si des directeurs décident de développer des compétences d'évaluation c'est qu'ils sont convaincus de son intérêt et qu'ils ont la possibilité de le faire de par les attentes des partenaires au niveau local et les orientations nationales. Pour autant, on peut se demander pourquoi si peu d'ADD décident d'investir ces compétences et qu'est-ce qui les incite à le faire ou à ne pas le faire. Dans quelle mesure ces orientations s'articulent avec les valeurs et les exigences propres à la culture professionnelle des ADD d'OSS. C'est pourquoi cette recherche s'intéresse au positionnement discursif et sur le terrain d'ADD d'autres CAF de même envergure et d'ADD de la CNAF. Elle questionne également le rôle joué par l'EN3S dans la diffusion de normes et d'exigences du métier ainsi que dans la formation (initiale et continue) des ADD en matière d'analyse des politiques publiques et d'évaluation des politiques. L'idée étant de saisir dans quelles mesures les directeurs de caisse s'inscrivent dans une approche gestionnaire (mise en œuvre locale des directives nationales) et/ou plus politique de leurs missions (expérimentations, évaluations, adaptations aux besoins, force de proposition) et comment ils investissent leur marge de manœuvre. Dans les faits, ces deux approches « gestionnaire » et « gestionnaire et politique » s'inscrivent dans des registres de légitimation différents du rôle des OSS dans l'environnement politico-administratif. Dans quelles mesures les OSS s'inscrivent dans la dynamique de modernisation de l'action publique notamment au vu des budgets dont ils disposent et des enjeux des politiques de protection sociale qu'ils déploient ?

Il s'agira de comprendre en quoi la structuration d'un OSS comme une CAF, fonctionnant en réseau, et ses missions liées à la mise en œuvre des politiques peuvent contraindre ou faciliter le développement de l'évaluation. Cela permettra de saisir en quoi le poids de la structure, la hiérarchisation des priorités face à l'urgence sociale, les contraintes gestionnaires et financières (notamment en fonction des contextes locaux d'intervention) peuvent jouer sur la manière dont l'évaluation s'institutionnalise. D'autres éléments peuvent également entrer en compte tel que les jeux d'acteurs, la place du conseil d'administration, les normes de suivi de la performance, la configuration des évolutions de carrière des ADD ou encore les contextes politiques liées à des mandatures locales ou nationales. D'une certaine manière ces paramètres influent sur le pilotage et les objectifs stratégiques de l'évaluation. C'est-à-dire sur les objets d'évaluation, sur les méthodes, les modalités de mise en œuvre et d'utilisation de l'évaluation.

II.3- Évalue-t-on les politiques sociales et familiales de la même manière que d'autres politiques ?

Si l'on observe en quoi les acteurs et l'organisation jouent sur l'institutionnalisation de l'évaluation, il est aussi intéressant de voir si la nature des politiques conduites influent sur les enjeux, la pratique et les usages de l'évaluation. En effet, le sous-secteur d'intervention des CAF - à savoir les politiques sociales et familiales de la branche famille de la sécurité sociale - pourraient avoir un rôle déterminant sur la manière d'envisager et de conduire les évaluations. Évalue-t-on les politiques sociales et familiales de la branche famille de la même manière que l'on évaluerait des politiques de transport, d'énergie ou de développement économique ? On cherchera à comprendre si les enjeux des politiques conduites par une CAF, à savoir des politiques de cohésion sociale (favorisant la natalité, l'emploi des femmes, mettant en œuvre un système d'assistance, etc.) jouent sur la manière dont on mène des évaluations. Ces politiques, hybrides par essence, visent à influencer les comportements humains sur le long terme mais leurs objectifs concrêts peuvent rester assez flous. Elles sont socialement controversées et peuvent nécessiter la prise en compte des besoins des usagers. Par ailleurs, on cherchera à saisir dans quelle mesure l'environnement politico-administratif d'intervention sociale d'une CAF peuvent avoir une influence sur la conduite d'évaluation. Celui-ci est marqué par une variété d'acteurs, une multiplicité de dispositifs et d'échelles d'intervention (service déconcentré de l'État, Conseil Général, municipalité, associations locales ou nationales), mais aussi par la conduite de politiques partenariales. Ce contexte, lié à la nature des politiques et à la structuration de l'intervention sociale, peut rendre complexe la conduite d'évaluation. Pour autant, elle peut contribuer à apporter de la lisibilité sur l'impact et la pertinence des politiques, et, par là, favoriser la transformation de l'action publique.

II.4- L'élaboration d'un schéma directeur de l'évaluation pour institutionnaliser l'évaluation au sein de l'organisation

Conduire des évaluations de politiques au sein d'une CAF pose un certain nombre de questions :

- Quels sont les enjeux et les objectifs de la démarche d'évaluation pour l'organisation ?
- Qu'évalue-t-on et pourquoi faire ?
- Comment mener une évaluation des politiques au sein de la CAF ?
- Comment peut-on évaluer ? Sur quels critères ?
- Comment peut-on impliquer l'ensemble acteurs concernés et notamment les usagers dans l'évaluation ?
- Comment l'évaluation peut-elle contribuer à transformer la manière d'élaborer et de conduire les politiques sociales et familiales ?

Pour répondre aux nombreuses questions que posent l'institutionnalisation de l'évaluation de politique au sein de l'organisation, la CAF de la Gironde a décidé d'élaborer un schéma directeur de l'évaluation. Celui-ci a pour objectif de définir et de structurer les objectifs et les modalités de fonctionnement de l'évaluation pour la CAF, en d'autres termes d'institutionnaliser cette pratique par l'élaboration d'un référentiel commun. Celui-ci intègre également une programmation des objets d'évaluation à conduire en fonction de ce sur quoi la CAF a le plus de marge de manœuvre. Ce projet s'intègre au plan de développement de la CAF et a vocation à alimenter les réflexions sur les politiques au niveau local et national. Dans le cadre de cette recherche, il est intéressant d'analyser comment les différents acteurs de la CAF se mettent d'accord sur les attendus de l'évaluation et sur la manière dont elle doit être conduite pour qu'elle serve au mieux les missions de l'organisation.

III- Qu'est-ce que l'institutionnalisation de l'évaluation de politique génère comme changement dans la conduite de l'action publique par cette organisation ?

Si au fil du temps et des expériences l'évaluation tend à s'institutionnaliser au sein de la CAF de la Gironde, c'est qu'elle répond à un certain nombre de besoins. On cherche à comprendre quels changements elle institue dans la conduite de l'action publique par cette organisation.

III.1- La production de connaissance sur l'action publique

La conduite d'évaluation au sein de la CAF implique différents acteurs qui prennent part à l'action au sein de la CAF mais également des partenaires (élus, directeurs administratifs, chargés de mission, travailleurs sociaux, bénévoles, etc.) ainsi que des usagers. Dans cette perspective, elle permet d'élaborer une connaissance croisée de la manière dont l'action se déploie, les difficultés qu'elle peut rencontrer, ses limites et ses effets pour les destinataires. Il s'agit alors de questionner les politiques conduites en confrontant l'offre à la demande pour produire une connaissance sur son utilité sociale, son efficacité et son impact attendu et inattendu. Elle permet à la fois de prendre en compte la parole, les points de vues et les besoins des usagers tout en mobilisant l'expertise de terrain des professionnels et des pilotes de projet qui mettent en œuvre concrètement les politiques sur le territoire auprès de publics spécifiques. Ainsi, l'évaluation de politique permet d'apporter de la lisibilité sur la politique conduite, ses effets et ses marges d'amélioration pour en rendre compte auprès des décideurs (direction de la CAF, CNAF, élus locaux, etc.). Dans le cadre de la recherche, il est intéressant d'analyser comment cette connaissance est produite, ce qu'elle permet de révéler et dans quelle mesure elle est partagée, diffusée et mobilisée.

III.2- L'aide à la décision et la contribution à l'élaboration de politique

Une des attentes principales de l'évaluation de politique est l'aide à la décision, qui passe, dans les faits, par la production de connaissance sur l'action publique. Pour un ADD de la CAF, l'évaluation de politique peut permettre d'apprendre à s'adapter aux évolutions de la société, en étant innovant par exemple face aux mutations des structures et des organisations familiales (parentalité, coparentalité, fratrie,…). Pour lui, il en va de la capacité de réactivité et d'adaptation de la CAF à remettre en question ses politiques et ses pratiques pour une meilleure adéquation avec le besoin des allocataires. On peut s'interroger sur la prise en compte des résultats d'évaluation dans l'élaboration et la conduite des politiques par les décideurs. Il s'agit de saisir en quoi la production de connaissance sur l'action publique et les préconisations formulées contribuent à alimenter les décisions au niveau local et national, notamment en ce qui concerne les dispositifs expérimentaux. Autrement dit, on cherche à comprendre sous quelles conditions l'évaluation peut faire sens, être investie et utilisée par les décideurs et générer un changement dans l'élaboration, la mise en œuvre voire la réorientation de politique.

III.3- Le positionnement politique de l'organisation

Dans la mesure où la CAF est en capacité de fournir à ses partenaires et à son réseau des analyses solides et construites sur la conduite de l'action publique, ses difficultés et les besoins des usagers, elle peut alors légitimement être mobilisée pour contribuer à l'élaboration des politiques, à leur réorientation et être force de proposition. Par là, l'évaluation pourrait légitimer l'expertise de terrain de l'organisation et de ses professionnels et ainsi renforcer son poids politique dans les négociations avec le territoire, tout en alimentant le réseau des CAF. D'une certaine manière cela revient à repositionner la CAF et à élargir son champ d'intervention dans l'environnement politico-administratif pour faire progresser le mode d'élaboration des politiques publiques et l'adéquation avec les besoins sociaux. La conduite d'évaluation renforçant la capacité d'adaptation et de réactivité de la CAF est perçue comme pouvant contribuer à l'évolution de ses missions, et par là, assurer la légitimité et la pérennité de cet OSS. Pour un ancien ADD de la CAF, l'évaluation peut jouer un rôle de structuration du partenariat, de réduction des divergences afin de penser et de construire des politiques publiques concertées et globales donnant de la lisibilité en identifiant les contraintes, les risques d'erreur, les dangers des inerties potentielles. Nous cherchons à explorer ces diverses questions. L'idée étant de comprendre si l'évaluation constitue pour la CAF une ressource d'expertise et de légitimation dans les négociations avec ses partenaires et son réseau, pour la co-construction et le déploiement de ses politiques (objectivation des champs d'intervention et des besoins, réajustements, réforme des modes d'élaboration des politiques, enrichissement du partenariat,…). Il s'agit de saisir dans quelle mesure l'institutionnalisation de l'évaluation peut tendre à positionner les CAF comme un acteur politique légitime, expert incontournable des politiques sociales et familiales sur le terrain[4], en mesure d'être force de proposition à la table des négociations. Par ailleurs, il est intéressant d'analyser dans quelle mesure l'évaluation peut constituer une ressource pour les ADD, en terme de connaissance, de poids politique (capacité de déploiement des orientations de la COG sur les territoires et d'être force de proposition) et de management de l'action, pouvant jouer sur leur carrière.

III.4- Le management de l'action au niveau organisationnel

En fonction de la manière dont l'évaluation est conduite, diffusée et investie par les acteurs en interne, elle peut constituer un outil de management de l'action au niveau organisationnel. Dans la mesure où l'évaluation de politique implique différents professionnels et usagers, elle permet la production d'une connaissance collective sur l'action et sur ses effets. Elle contribue à considérer et à valoriser la connaissance des acteurs et leur donne l'occasion de réfléchir collectivement au sens et aux effets de leur action. Dans cette optique, cette démarche partagée peut contribuer à clarifier les métiers et les missions de chacun dans la politique évaluée, favorisant

4 Maitrise des politiques et de leurs enjeux sociaux, de leur mise en œuvre, de leur impact, des caractéristiques des territoires et des usagers, de leurs besoins et comportements.

ainsi le décloisonnement et l'identification des difficultés rencontrées. Cela peut les amener à envisager des réorientations qu'ils seront, de fait, plus à même d'intégrer et de mettre en œuvre. D'une part, l'implication des professionnels dans une évaluation peut contribuer à valoriser leurs compétences professionnelles et constituer un facteur de motivation et de bien-être au travail. Puisque dans les faits, pour aider à la décision, l'évaluateur fait remonter leurs connaissances de terrain, leurs réflexions et leurs propositions auprès des décideurs. D'autre part, pour les décideurs l'évaluation permet de rendre compte de cette connaissance issue de regards croisés, d'apporter de la lisibilité sur l'action, ses limites et ses effets pour alimenter leurs réflexions.

En analysant l'institutionnalisation de l'évaluation au sein d'une organisation, on cherche donc à comprendre en quoi la manière dont l'évaluation est conduite peut avoir des effets au niveau managérial. C'est-à-dire dans quelle mesure le processus évaluatif et ses résultats peuvent apporter aux acteurs une meilleure compréhension de la politique dans laquelle s'inscrit leur action, de ses impacts, de ce qui pourrait être fait pour l'améliorer ou la redéfinir. On s'intéressera donc à la visée «formative» de l'évaluation sur le plan individuel et collectif, en termes de production et d'appropriation de connaissance, de motivation pour mieux travailler ensemble. On cherche à comprendre si l'évaluation conduit à un changement dans les modalités de prise de décision, dans les rapports sociaux, dans la manière de travailler des acteurs et dans leur prise en compte des besoins des usagers.

IV- Conclusion

Sur le plan de la recherche, cette thèse entend apporter une contribution scientifique à :

- l'analyse des processus d'institutionnalisation d'une pratique
- l'analyse de l'institutionnalisation de l'évaluation des politiques en France
- l'analyse de l'institutionnalisation de l'évaluation, ses acteurs, ses enjeux, sa pratique et ses usages stratégiques au niveau d'une organisation, et plus particulièrement d'un organisme de sécurité sociale aujourd'hui en France
- l'analyse de l'institutionnalisation de l'évaluation dans un sous-secteur des politiques publiques : les politiques sociales et familiales de la branche famille de la sécurité sociale
- l'analyse des changements générés par l'évaluation de politique dans la conduite de l'action publique

Sur le plan de l'action publique cette recherche entend apporter une contribution à la compréhension de :

- la manière dont l'évaluation de politique s'institutionnalise et perdure au sein d'une organisation
- ce qui influence les enjeux, la pratique et les usages de l'évaluation de politique
- ce qui favorise et freine l'institutionnalisation de l'évaluation de politiques sociales et familiales au sein de la branche famille et des OSS
- ce que l'évaluation de politique peut apporter
  - à l'élaboration de politique publique
  - à la prise en compte des besoins des usagers
  - à une organisation dans la conduite et l'élaboration de politique
  - à une CAF ou un OSS en général
  - aux acteurs de l'action publique (décideurs et professionnels)

Arrêts de travail : une problématique de santé publique

Par Jérôme PASCAUD,
Directeur délégué à la Santé - CPAM de la Gironde

Et **Par Nathalie ROCHE,**
Médecin chargée de mission auprès de la CPAM de la Gironde et responsable qualité des centres d'examens de Santé du réseau 6 (Aquitaine et Midi-Pyrénées)

Préambule

La question du recours à l'arrêt de travail est l'une des plus complexes du champ de la gestion du risque maladie, tant elle est marquée par une très forte interdépendance avec le social, l'économique, le politique, et bien sur la santé. Au cours de ces dix dernières années, plusieurs constats peuvent être faits sur l'évolution de cette problématique :

- une amélioration constante des conditions matérielles de travail contribuant à une baisse régulière de l'accidentologie,
- une évolution du marché de l'emploi se traduisant par une chute des emplois du secteur primaire et secondaire au bénéfice du secteur tertiaire moins pathogène,
- des périodes de chômage de masse qui se sont accompagnées jusqu'alors « mécaniquement » du fait de la diminution de l'emploi salarié, et « psychologiquement » du fait des craintes des salariés, par une baisse de la fréquence des arrêts en particulier de courte durée,
- des changements de stratégie de l'assurance maladie, alternant des approches en santé publique et de contrôle en fonction de l'évolution du poste de dépenses, mais démontrant son efficacité lors de la reprise des contrôles,
- un système d'information qui s'est formidablement enrichi en particulier sur le plan des données médicales, permettant une analyse très fines des phénomènes d'évolution.

Or, au cours des années les plus récentes, se sont cumulés une situation de crise économique et donc de chômage de masse et un renforcement spectaculaire des contrôles de l'assurance maladie. Dans le même temps, les dépenses d'arrêts de travail n'ont cessé de progresser, en particulier au niveau des arrêts de courtes durée et consécutifs à des accidents du travail.

Nous nous trouvons donc manifestement devant un phénomène que les schémas classiques ne parviennent plus à interpréter, et probablement devant une problématique de santé publique. L'arrêt de travail ne semble plus la conséquence directe et mathématique d'une pathologie déterminée mais un recours en tant que tel, face à des situations de santé plus globales que la seule maladie.

Les données statistiques, aussi riches soient-elles, ne sauraient donner d'explications satisfaisantes du fait qu'elles excluent par définition le fonctionnement humain et sa complexité, qui est probablement à l'origine de cette évolution. En revanche, à partir d'un diagnostic qualitatif, tiré de l'expérience, du témoignage et de la croisée des discours des acteurs de terrain, tant soignants, qu'employeurs ou institutionnels, elles peuvent être mobilisées pour objectiver une ou plusieurs hypothèses, valider ou invalider celles-ci.

Sans autre ambition que de contribuer à cet éclairage, mais en espérant néanmoins faire émerger des moyens d'actions et des programmes de maîtrise des dépenses, les participants à la présente réflexion ont engagé une méthodologie d'analyse qualitative, afin de sortir de ce qui semble l'unique alternative aujourd'hui de positionnement vis à vis de ce problème : le contrôle des abus d'un côté, le fatalisme et l'attentisme de l'autre.

Méthode

Pour cela, et avant de soumettre à débat et enrichissement ce premier diagnostic sommaire, une mise en commun en interne des témoignages de chacun des acteurs, médical ou administratif, ne se censurant pas sur la notion de représentativité d'un propos mais au contraire accordant une valeur égale à chaque expression vécue, a été organisée. Elle a été suivie de la mise en relation d'acteurs de terrain que sont les médecins libéraux et hospitaliers, généralistes et spécialistes, employeurs et médecins du travail, travailleurs sociaux, de représentants de salariés et de malades. Cette étude qualitative sera alors confrontée aux données existantes de nos systèmes d'information mais qui dès lors seront utilisés scientifiquement pour valider et invalider des hypothèses, et d'enquêtes représentatives lorsque les données internes ne suffiront pas.

Le paradoxe des conditions de travail

Dans la littérature sociale actuelle, il semble acquis que la souffrance au travail s'est spectaculairement aggravée au cours de ces dernières années et qu'elle est largement à l'origine de l'explosion des arrêts de travail. Force est pourtant de constater que dans les métiers les plus à risque, tant en termes d'accidents de travail que de maladie, les conditions techniques et matérielles ont été considérablement améliorées au cours des dernières décennies, et que le management hiérarchique a largement fait place à un management participatif, affiché comme a priori plus soucieux du bien-être des salariés. Ajouté au transfert de ces activités vers le tertiaire moins pathogène, la fréquence des arrêts de travail aurait dû légitimement baisser.

L'introduction d'une logique de résultats, liée à l'accroissement du niveau d'exigence des clients ou usagers, dans des secteurs d'activité en forte émergence et marquées jusqu'alors par une certaine « gratuité » des comportements, génère perte de sens, retrait, souffrance aboutissant à un recours à l'arrêt de travail déculpabilisé.

Ce qui ressort des témoignages recueillis, tous acteurs confondus, est que l'introduction d'une logique de résultats, marquée par la fixation d'objectifs, par le suivi d'indicateurs, par la rédaction de procédures contraignantes, dans des activités marquées jusqu'alors par une certaine abnégation et une évaluation informelle et individuelle de la satisfaction du client, génère une perte de sens chez les salariés. Un sentiment se développe de mal faire son travail, de devoir rendre compte en permanence non au client ou à l'usager mais à une autorité souvent peu identifiable. À tort ou à raison, le contexte médiatique aidant, les salariés perçoivent une marchandisation croissante de ce qu'ils estiment relever d'une certaine gratuité au sens de la démarche et expriment de ce fait une démobilisation se traduisant par un recours moins culpabilisant à l'arrêt de travail. Plus les valeurs d'origine du travail se fondent sur un principe d'aide voire de solidarité, plus cette expression est forte. Les métiers très représentatifs de ces valeurs sont d'importants vecteurs de la progression de l'absentéisme.

Ces logiques de gestion sont à l'origine d'une compétition généralisée au sein de l'entreprise, qui aiguise les rivalités, contribue ainsi à alimenter l'individualisme et donc quelque part un certain délitement collectif. À ce titre, la population de l'encadrement de proximité est la première touchée, ce que confirment les témoignages des soignants qui voient émerger une nouvelle patientèle en situation de mal être, qui présente deux types de comportements vis-à-vis de l'arrêt de travail : soit à l'instar des autres salariés, des arrêts répétitifs et préventifs que cette catégorie sociale n'utilisait pas jusqu'ici, soit, plus fréquemment le report dans le temps de ces arrêts jusqu'au burn out et un arrêt de longue durée.

Du côté du client, le niveau d'exigence ne cesse de croître, avec une attente de réponse immédiate au regard d'un environnement technologique et médiatique vantant toujours plus de performance en la matière. Cette exigence qui va d'ailleurs également se traduire par des indicateurs de résultats, tend à dépersonnaliser la relation humaine fondant la relation de service. Elle vient en contradiction avec les valeurs sur lesquelles les salariés se sont engagés professionnellement. Ceci est caricatural dans les plates-formes téléphoniques, mais touche également fortement les activités d'aides à la personne et plus particulièrement le secteur du soin.

Une entreprise qui ne joue plus son rôle d'amortisseur des difficultés personnelles, sociales et familiales, et qui va donc de ce fait contribuer à aggraver le sentiment de mal être, et servir d'exutoire aux salariés.

Comme on le verra plus loin sur l'évolution des conditions de vie, les situations d'isolement et de précarité tendent à se multiplier, en particulier dans les populations salariées jeunes, ainsi qu'à l'autre bout de la chaîne chez les salariés âgés. Or, le modèle de l'entreprise paternaliste où une certaine solidarité au travail permettait au salarié en difficultés personnelles de trouver une certaine compensation voire des réponses, a disparu. Aux logiques de résultat évoquées précédemment, se sont greffées les évolutions de la question du temps de travail, qui, alors qu'elles répondent à une demande collective d'assouplissement et d'augmentation de temps libre, consacrent l'individualisme à l'œuvre en dehors de l'entreprise, au sein de celle-ci. Temps partiel choisi ou imposé, 35 heures, horaires variables, sont autant d'avancées sociales ayant pour conséquences la perte de liens à l'intérieur de l'entreprise.

Dès lors que l'entreprise n'est plus « soignante », elle va au contraire devenir pathogène. Si le travail n'apporte pas compensation aux difficultés personnelles, toute situation de mal être professionnelle va être exacerbée pour aller jusqu'à être jugée par le salarié comme l'origine même de sa souffrance.
Par ailleurs, cette absence de solidarité au sein de l'entreprise, va également générer des comportements moins altruistes, une sorte de désinvestissement par rapport au collectif, les impacts de l'arrêt de travail sur l'organisation du travail, et donc sur les collègues, ne constituant plus un élément pris en compte par le salarié dans sa décision de recourir à cette solution.

Ce sentiment de mal être est renforcé par la médiatisation de la question du harcèlement moral et par une tendance qui se développe chez les salariés à « diagnostiquer » auprès de l'employeur ou de la médecine du travail une situation de harcèlement permettant sans doute de donner un statut à une difficulté de suivre les évolutions de l'entreprise ou du métier.

Une recherche de résultats à court terme se traduisant par une spécialisation croissante des activités, la sous-traitance des missions de faible qualification et une rapidité des changements internes rendant de plus en plus difficile le reclassement de salariés âgés ou malades.

Dans tous les domaines d'activité, et donc également dans celui des services, la tendance à l'œuvre au cours des dernières années est celle de la spécialisation des tâches. C'est en quelque sorte la réintroduction du taylorisme dans des secteurs qui l'ignoraient jusqu'alors. Ce phénomène contribue lui aussi à une perte de sens et de valeur chez le salarié, qui ne voit plus comment il contribue au produit final de l'entreprise.

Dans cette logique, l'entreprise va recourir de manière plus systématique à la sous-traitance d'activités requérant une moindre qualification, réduisant de fait les possibilités de reconversion professionnelle en interne.

Dans le même temps, les changements technologiques et organisationnels rapides et incessants justifiés par une course permanente à la productivité et face à la concurrence, font que le retour au poste de travail après un arrêt

maladie peut s'avérer lui-même problématique pour le salarié, qui, par crainte de ne pas suivre ces évolutions, va se réfugier dans de nouveaux arrêts et s'en faire un statut.

Un environnement institutionnel générateur d'éloignement du milieu professionnel

Une multiplicité d'intervenants autour du salarié pour le retour à l'emploi obéissant à des logiques différentes, les patients et soignants ne sachant plus à qui s'adresser pour gérer des situations complexes

Tous les acteurs se disent confrontés à une multiplicité d'intervenants qui obéit à des logiques différentes voire divergentes et tant les médecins traitants que les patients eux-mêmes ou leurs employeurs, ne savent souvent pas à qui s'adresser pour répondre à des situations complexes (pôle emploi, médecine du travail, reclassement professionnel, travailleurs sociaux). Les délais inhérents à reconstituer le puzzle institutionnel contribuent à installer le salarié dans le statut de malade, et l'entreprise à se passer de son activité. Lorsque les instituions interviennent, l'entreprise n'est plus forcément demandeuse d'un retour et le salarié est déjà en situation de désinsertion.

Une inadaptation du marché de l'emploi et de la formation à l'émergence de nouvelles activités

Le marché de l'emploi ne s'est pas non plus adapté à l'émergence des nouvelles activités, en particulier en matière de services à la personne. Ainsi, dans le domaine de la santé, les formations initiales et continues sont essentiellement médicales et techniques, et les personnels ne disposent pas toujours des outils leur permettant de faire face à la situation en évolution de leur environnement (exigences patients, traçabilité). Mais ce sont surtout dans les services à la personne (médico-social) que l'insuffisance de formation initiale est la plus patente. Ainsi, aucune qualification n'étant exigible pour certaines activités et au regard de la situation de l'emploi, des salariés le plus souvent en difficultés personnelles, désarmés par rapport aux conditions de travail de ces métiers, sont orientés vers ces derniers pour prendre en charge chez d'autres personnes les problèmes qu'elles ont du mal à gérer pour elles-mêmes.
Globalement, ces métiers font l'objet d'une baisse du niveau d'exigence à l'embauche aboutissant à des inadéquations notables, également du fait des difficultés de recrutement en particulier des établissements de soins,

La baisse d'un certain nombre de prestations sociales peut amener le salarié à des comportements « comparatifs » et rendre attractif l'arrêt de travail comme prestation de remplacement.

Soit parce qu'une indemnisation en arrêt de travail peut se révéler plus intéressante financièrement que la prestation chômage, soit parce que le chômeur est « invité » à faire valoir ses droits par les organismes qui assurent le suivi des « chiffres » de l'emploi, soit enfin parce que le statut de « malade » est plus acceptable que celui de demandeur d'emploi, un choix de transfert est effectué aujourd'hui qui n'existait pas avec la même ampleur précédemment.
À ce titre, l'augmentation des durées de cotisation pour bénéficier d'une retraite à temps plein, si l'on y ajoute le problème des périodes de chômage dans le parcours professionnel du salarié, peut conduire celui-ci à privilégier l'arrêt de travail de fin de carrière qui lui permet de se constituer des trimestres avant un départ officiel en retraite qu'il repousse d'autant.
Même si ce phénomène est différent de ceux qui précèdent, il faut également observer un

comportement qui tend à se développer, au regard du coût croissant des assurances complémentaires en santé et qui consiste, pour le salarié, pendant qu'il bénéficie encore de sa mutuelle d'entreprise, à anticiper sur des interventions chirurgicales non urgentes, au cours de sa dernière année d'activité et qui se soldent donc par des arrêts de travail alors que l'intervention aurait logiquement pu et dû se pratiquer après que le salarié ait quitté son emploi.

Il est révélateur au regard de ces constats, que la subrogation par l'employeur, ou le maintien du salaire en cas d'arrêt de travail, que l'on pouvait considérer jusqu'alors comme un moteur de l'absentéisme (bien qu'aucune étude sérieuse n'ait été réalisée sur ce point) se révèle dans le cadre de la présente étude non significatif de la progression des arrêts de travail.

Une évolution des conditions de vie qui impacte l'absentéisme

La composition de la famille, son implantation géographique, peuvent conduire à utiliser le recours à l'arrêt de travail comme unique possibilité d'assurer sa responsabilité familiale

L'isolement familial et la multiplication des familles mono-parentales, sont des évolutions sociologiques qui peuvent impacter fortement le recours à l'arrêt de travail. En effet, toutes les entreprises ne permettent pas à leurs employées de bénéficier de jours d'absence pour la maladie de l'enfant et dans celles qui le prévoient, le nombre de jours peut s'avérer insuffisant surtout en l'absence de conjoint. Le recours à l'arrêt de travail constitue alors une alternative et dépasse même le cadre de la maladie de l'enfant, pour répondre à tout problème de garde imprévu. L'éloignement ou l'absence de la famille proche, spécifique aux milieux très urbanisés, va aggraver ce recours.

Si cette situation concerne très majoritairement des salariés jeunes, une autre évolution dans la tranche d'âge proche de la retraite, la prise en charge d'un parent dépendant, peut également générer un recours à l'arrêt de travail. Ces situations, avec l'allongement de la durée de vie se développent, et le recours à l'arrêt de travail va répondre soit au manque de temps disponible, soit compenser la fatigue induite par cette charge.

Lorsque la rémunération ne permet pas de se projeter dans l'avenir, l'arrêt de travail peut devenir un avantage en nature de l'activité

La question de la rémunération et de son impact sur le comportement du salarié vis-à-vis de l'arrêt de travail peut s'appréhender de deux manières. Chez les salariés les plus jeunes et particulièrement dans les secteurs géographiques où le coût de la vie est élevé (en particulier le logement) la rémunération peut se révéler, même à temps plein, insuffisante pour aller au-delà des besoins de base. Le travail dès lors perd de sa valeur en ce qu'il ne permet pas une projection dans l'avenir et de satisfaire à des aspirations de développement personnel. L'arrêt de travail est déculpabilisé au sens d'un quasi « dû » en plus d'un salaire jugé insuffisant.
Parallèlement, il pourrait apparaître comme logique que les populations salariées les plus faiblement rémunérés et donc le plus souvent ne bénéficiant pas du maintien de salaire par leur employeur, le recours à l'arrêt de travail soit entravé par la faiblesse de son indemnisation. Or, il semble qu'un certain effet de seuil soit à l'œuvre et que face à une rémunération très faible, le demi salaire généré par l'arrêt de travail, qui va s'accompagner de travaux non déclarés, est plus attractif financièrement.

Lorsque le coût du logement dans un secteur oblige une part croissante de la population salariée à s'éloigner de son lieu de travail, les arrêts peuvent être plus fréquents et surtout plus longs.

Le coût du logement, en particulier en milieu urbain, amène de plus en plus de salariés à rechercher à plusieurs dizaines de kilomètres pour se loger. Le phénomène est particulièrement vrai dans la population disposant de revenus moyens, l'autorisant à acquérir son logement, mais ne pouvant faire face aux prix pratiqués au cœur des grandes villes. La fatigue générée par les transports quotidiens, qui peuvent s'élever parfois à la moitié du temps de travail effectif, entraîne de façon naturelle un recours à l'arrêt de compensation.

Une nouvelle génération de salariés qui développe des comportements fortement pathogènes

Une génération plus fragile psychologiquement et physiquement que ses aînés face à des charges qui se sont allégées pour une même activité

Un constat semble faire consensus chez tous les acteurs, celui d'une génération de salariés de moins de quarante ans, présentant une fragilité physique et psychologique plus grande que les générations antérieures. Pour un même travail au sein d'une même entreprise de main d'œuvre, les employés plus jeunes présentent des symptômes réels de dégradation de leur santé, en particulier pour tout ce qui touche aux pathologies lombaires. Le manque d'éducation à la santé, la sédentarité et l'alimentation au cours de l'adolescence sont pointées comme de probables faits générateurs de cette situation. Situation à laquelle s'ajoute une fragilité psychologique née de pratiques addictives dans et hors l'entreprise.
Ces comportements générationnels « santé-emploi » se prolongent dans la vie professionnelle, voire s'aggravent par difficulté financière (sous-alimentation, manque de sommeil, addictions).
Paradoxalement, mais ceci ne concerne pas forcément les mêmes populations, un autre phénomène contributif à l'arrêt de travail chez les salariés jeunes, est la prise de risque dans le cadre de pratiques sportives intensives, insuffisamment préparées.

Un décalage de plus en plus fort entre les exigences de l'entreprise et les attentes d'une génération indépendante et rétive aux contraintes de temps et de lieu

Autre constat effectué par les acteurs sur cette génération nouvelle de salariés, celui d'un fort décalage entre des cultures de plus en plus indépendantes qui se heurtent à un monde professionnel lui-même de plus en plus contraint. Les salariés sont rétifs aux contraintes imposées par l'activité professionnelle et présentent globalement un désinvestissement, la priorité n'étant pas l'activité professionnelle, ce qui se traduit par un recours à l'arrêt de travail décomplexé. L'exemple des étudiants qui se salarient pour financer leurs études est à cet égard révélateur, l'arrêt de travail étant utilisé durant les périodes précédant les examens.

La gestion de la maternité au sein de cette génération se caractérise également par une propension à l'arrêt de travail sitôt la grossesse connue, sans doute en raison de ce qui précède, mais également dans un climat de risque zéro véhiculé par l'ensemble des acteurs du système et par les médias.

Un système de santé lui-même générateur d'absentéisme au travail

Une tarification des soins, tant en ambulatoire que dans le domaine hospitalier qui, par son caractère inflationniste, contribue à l'augmentation des arrêts de travail

Deux principes caractérisent la médecine libérale sur le territoire : la liberté d'installation et le paiement à l'acte. Cumulés, ils peuvent se révéler comme un accélérateur des comportements de la population vis-à-vis des arrêts de travail. En premier lieu, les écarts démographiques sur le territoire génèrent des situations de sur densités dans certains secteurs à l'origine de réactions clientélistes de la part des prescripteurs. Pour ne pas perdre une clientèle qui lui ferait défaut, ou pour gagner celle-ci, la tentation de répondre à la demande explicite ou induite des malades est forte. Par ailleurs, le rythme des consultations consécutif au paiement à l'acte, et donc à la course à l'acte de certains médecins, est une cause reconnue de prescriptions, qu'il s'agisse d'examens diagnostic ou d'arrêts de travail : le temps consacré à l'acte clinique ne permet pas la disponibilité nécessaire à l'explication et au refus.

Précisons que ce phénomène n'est pas seulement financier et qu'il contribue à aggraver les situations de désinsertion professionnelle.

Plus important, les effets inflationnistes des modes de tarification, en particulier hospitaliers, et le consumérisme médical qu'ils induisent, tant de la part du prescripteur que du consommateur, sont particulièrement sous évalués dans leurs conséquences en termes d'absentéisme. Ainsi, lorsque l'on observe les différences entre territoires en matière d'indications chirurgicales, il est évident que celles-ci, essentiellement corrélées à la densité de l'offre, engendrent des interventions non justifiées, et donc des arrêts de travail qui ne le sont pas plus. Il en est de même, au regard de la durée des arrêts cette fois, des phénomènes plus ou moins importants de fuites géographiques, entre département mais également à l'intérieur des départements, en particulier pour les traitements de longue durée comme en dialyse ou en cancérologie, qui génèrent un accroissement de fatigue, ou encore l'impossibilité compte tenu des horaires et des temps de déplacement de concilier une activité professionnelle même réduite.

Autre phénomène à l'œuvre dans une forme d'empathie du médecin prescripteur vis-à-vis de souffrances professionnelles exposées par leurs patients, leur propre mal être face à leur charge de travail, l'évolution administrative de leur métier, et globalement leur sentiment de non reconnaissance. Une prescription par procuration en quelque sorte.

Un environnement général du système de santé privilégiant le risque zéro tant sur le plan médical que juridique et engendrant de fait des arrêts de travail préventifs

L'organisation des soins elle-même peut être la source d'arrêts de « précaution » surtout dans un contexte réel ou supposé de la juridiciarisation croissante de la santé. Il en est ainsi des délais de rendez-vous chez certains spécialistes ou pour les examens d'imagerie médicale (scanner IRM). Tant que le patient n'a pas bénéficié de ces examens ou consultation, le médecin traitant va le maintenir en arrêt, parfois plusieurs mois. En effet, sauf situation d'urgence vitale et cela est très rarement le cas dans les pathologies orthopédiques, la gestion des rendez-vous par les structures ne priorisent pas en fonction des situations professionnelles et donc des risques sur l'emploi de la personne d'une attente trop importante.

Le cas de la maternité revient très souvent dans les témoignages, là encore dans les secteurs tels que la santé fortement marqués par les risques médico légaux mais également générateur de stress important en particulier au regard des horaires de travail, comme un terrain emblématique d'une protection et d'une sécurisation tant de la part du médecin traitant ou obstétricien que de la future maman, avec des arrêts dès la déclaration de grossesse.

Conclusions et diagnostic

Au regard des différents entretiens, confirmés par une nombreuse littérature, de multiples leviers sont à l'œuvre dans l'évolution des arrêts de travail, entremêlant l'entreprise, les salariés et les offreurs de soins. Un fil

conducteur semble néanmoins se dégager et qui contribue fortement à l'atomisation des relations au sein de l'entreprise et à l'incapacité à apporter des réponses collectives, celui de problématiques générationnelles spécifiques bien que multi factorielles :

- les baby-boomers (génération née entre 1945 et 1964)
- la génération X (génération née entre 1965 et 1977)
- la génération Y (génération née entre 1978 et 1995)

- la génération des baby-boomers

Cette génération va se caractériser :

- sur le plan de la santé, par l'augmentation des pathologies chroniques du fait de la progression de celles-ci en population générale et du renforcement du dépistage.
- sur le plan social et familial par la prise en charge de parents dépendants
- sur le plan professionnel par un risque accru de désinsertion après une maladie et la difficulté d'obtenir un reclassement professionnel au regard de la technicité croissante des métiers et de la sous-traitance des activités à faible qualification.

Les réformes successives de la législation sur les retraites, dans une population salariée qui pour partie est entrée tardivement dans la vie active (premières générations ayant accédé massivement aux études supérieures) joue comme accélérateur de ces phénomènes en allongeant la durée d'activité, avec le risque de passage par l'arrêt de travail de longue durée pour couvrir le différentiel de trimestres. C'est bien sûr également dans cette génération de salariés que peuvent jouer les phénomènes d'anticipation des conséquences de la cessation d'activité, au regard des interventions chirurgicale programmée par exemple.

- la génération X

Génération « intermédiaire », elle se trouve moins concernée par les phénomènes de santé que les deux autres et plus par la conciliation vie personnelle/vie professionnelle, mais aussi par les modifications du milieu professionnel.
C'est au sein de celle-ci que vont se concentrer les salariés aux revenus moyens et donc également les cadres de premier niveau, qui subissent en première ligne des effets de la course à la performance, pris entre des exigences de résultats de la part de leur hiérarchie, et un personnel, soit qu'il encadre, soit dont il assure le tutorat compte tenu de son expérience, qui s'inscrit dans le positionnement de la génération suivante et de sa démotivation.

On va trouver dans cette génération de salariés les personnes, compte tenu de leurs revenus, qui s'expatrient pour l'acquisition du logement, et s'éloignent ainsi géographiquement de leur lieu de travail, sachant qu'ils ont à gérer des enfants encore en âge scolaire qui ne sont plus pris en charge par le système de garde ainsi que parfois des parents vieillissants.

C'est donc logiquement au sein de ces salariés que la chute des solidarités au sein de l'entreprise liée au sentiment de perte de valeurs va engendrer un mal être au travail et un report sur celui-ci des difficultés personnelles.
En matière de santé, cette génération va être plus impactée par les phénomènes de stress, et de conduites addictives en dehors sur milieu du travail (sommeil, alcool, anxiolytiques, rythme alimentaire).

- la génération Y

Les problèmes de santé spécifiques à cette génération sont en premier lieu antérieurs à la vie professionnelle, avec des conduites addictives présentes au moment de l'entrée dans la vie active (alcool cannabis), une sédentarité fragilisant les organismes tant physiquement que psychologiquement, une alimentation déficiente, qui vont se poursuivre au sein de l'entreprise.

Sur le plan social, c'est également dans cette génération que le poids de familles monoparentales (femmes seules essentiellement) est le plus important, ainsi que la part de salaires faibles en termes de pouvoir d'achat et de manque de qualifications par rapport aux nouveaux métiers.

Mais c'est aussi au sein de cette population salariée que vont émerger les attentes non satisfaites en termes d'autonomie, d'initiative et où l'écart entre le poids des procédures et de la centralisation des décisions et la culture de l'indépendance est le plus mal accepté.

Le travail salarié dans cette génération n'est pas vécu comme un potentiel épanouissement, ce dernier passant par d'autres activités non professionnelles.

Un secteur emblématique de l'ensemble des facteurs pathogènes : celui de la santé

Le secteur de la santé et plus particulièrement celui des établissements de soins et médico-sociaux, est emblématique car regroupant l'ensemble des facteurs recensés précédemment. Comme par ailleurs, il est l'un des secteurs en très forte progression par rapport au secteur industriel et commercial, il se trouve être moteur dans l'accroissement des arrêts de travail. En effet, il se trouve touché par :

- le paradoxe des conditions de travail : introduction de la logique de résultats dans une activité qui fonde son investissements sur l'altruisme ; déqualification des recrutements par manque d'effectifs sur le marché ; accroissement de l'exigence des « clients » et des familles ;
- l'évolution des conditions de vie et générationnelles : les salariés des entreprises de soins sont jeunes (fort taux de renouvellement) et présentent donc les caractéristiques évoquées précédemment : fragilité psychologique et physique par rapport à des métiers exigeants en la matière, faible pouvoir d'achat et donc de projection dans l'avenir,

S'ajoutent à ces considérations d'ordre général mais les rejoignent, les spécificités de ces activités depuis plusieurs années :

- vieillissement de la population prise en charge
- sorties d'hospitalisation plus précoces : demande plus de productivité
- changement de la cellule familiale (moins d'aide des parents)
- augmentation des charges afférentes aux soins : traçabilité, qualité, administratif, informatique et touchant particulièrement les cadres
- évolutions des tâches souhaitées pas non mesurées : délégation de tâches
- augmentation de la charge émotionnelle : de plus en plus de décès à domicile (soins à domicile)
- augmentation de l'insalubrité et de la précarité pour le travail à domicile : manque de matériel, postures, etc.
- un absentéisme mal compensé par manque de moyens mais surtout insuffisance de candidatures (fuite vers le libéral des professions paramédicales) qui engendre un alourdissement des charges pour le personnel présente et dont un cercle vicieux des arrêts de travail.

Ainsi le secteur professionnel du soin et de l'aide à la personne concentre un ensemble de phénomène à l'œuvre dans la progression des arrêts de travail, qui en font un secteur fortement responsable de la hausse globale de l'absentéisme

Une région, l'Aquitaine, et un département, la Gironde, qui cumulent nombre des facteurs de risques identifiés pouvant expliquer leur situation atypique au regard des taux d'évolution annuels.

Plusieurs marqueurs de l'absentéisme identifiés dans le diagnostic, sont particulièrement présents en Aquitaine, et encore plus en Gironde qui représente d'une part la moitié des dépenses en la matière, mais qui est également un moteur « culturel » des comportements en région.

Sur l'impact direct de l'organisation des soins sur le comportement des malades en matière d'arrêts de travail, la région et le département se caractérisent par un taux d'évolution des dépenses de soins, par un écart aux moyennes régionales sur le nombre d'indications chirurgicales et par une densité de généralistes, plus importante que sur le reste du territoire.

Sur l'évolution des métiers et des secteurs professionnels, le poids du secteur de la santé est considérable, et en particulier le nombre de lits hospitaliers et médico sociaux rapportés à la population.

La pyramide des âges en région est marquée par rapport à la pyramide nationale par une sur représentation des jeunes actifs et de séniors actifs.

Même les phénomènes sociologiques et économiques, tels que l'éloignement des centres villes pour une installation financièrement acceptable dans des zones excentrées, et donc également le rapport rémunération/intérêt au travail, ne sont certes pas différents entre la Gironde et d'autres territoires fortement urbains, mais ils sont plus récents, et impactent donc les taux d'évolution.

Enfin, les indicateurs en santé montrent que l'Aquitaine est relativement mal placée et se distingue par une prévalence de certaines pathologies chroniques, dont le cancer, mais également par les conduites addictives chez les jeunes.

Quel plan d'actions possible pour répondre à ces constats

À la lecture de cette étude et du diagnostic final, la tentation pourrait être grande de céder au découragement, tant les contributions à l'augmentation des arrêts de travail sont vastes et peu ou pas maîtrisables par l'assurance maladie. De la même manière, des interrogations pourraient naître sur l'utilité des programmes d'actions que mène l'assurance maladie pour lutter contre les abus, considérant qu'ils sont une goutte d'eau dans l'océan de la problématique de l'absentéisme maladie.

Tel n'est pas le cas pour plusieurs raisons. La première est que le fait que l'assurance maladie remplisse ses obligations en matière de contrôle en particulier est une condition de crédibilité et de légitimité qui lui permet de porter le message plus vaste de la question de santé publique que pose l'évolution des arrêts de travail. La seconde est qu'elle permet de garantir l'équité entre les territoires et donc de garantir pour des actions plus amples que les spécificités spatiales ne sont pas dues à une insuffisance d'investissements des caisses et des services médicaux dans leur missions de base. Quant à l'impuissance de l'assurance maladie à agir sur des phénomènes qui renvoient à l'organisation du travail dans les entreprises, les conduites addictives des nouvelles générations de salariés, ou encore les phénomènes sociologiques d'isolement familial ou d'éloignement géographique du lieu de travail, elle n'est que relative.

Car des solutions peuvent être proposées. Certes, elles sortent du cadre traditionnel des missions de l'assurance maladie, mais sa responsabilité en termes d'optimisation des dépenses et de prévention des risques la légitime pour aller sur de nouveaux champs d'intervention.

Ainsi,

- on peut agir sur les organisations de travail et plus généralement sur les modèles de management à l'intérieur des entreprises, en portant auprès de ces dernières les expérimentations qui sont menées dans le même secteur d'activité ou dans d'autres secteurs, et qui ont permis d'améliorer les conditions de travail et de diminuer l'absentéisme. Des initiatives sont nombreuses associant des entreprises sur de telles expérimentations, mais ce sont par définition des employeurs particulièrement sensibilisés à la problématique qui partagent ces expériences. La très grande majorité des entreprises en ignore même l'existence, et leur portée est une humble mais possible judicieuse aide à apporter aux chefs d'entreprises.
- on peut agir sur les questions de santé en dehors et à l'intérieur de l'entreprises. Sans s'immiscer dans l'intimité du salarié et sans intervenir sur le libre arbitre de chacun en matière de conditions de vie, il n'est pas anormal que s'élargissent au-delà du seul risque professionnel, les actions qui sont proposées via l'employeur aux salariés pour améliorer leur état de santé. Des expériences ont déjà été menées en ce sens, d'organisation d'ateliers en éducation à la santé sur des thématiques telles que le sommeil, l'alimentation les conduites addictives, voire des examens périodiques de santé.
- on peut agir sur la compatibilité entre vie personnelle et vie professionnelle, au travers de la création de services aux salariés leur permettant d'alléger leurs obligations extraprofessionnelles, incluant la garde d'enfants, et donc s'adressant prioritairement aux familles isolées et monoparentales
- on peut agir sue les situations de désinsertion professionnelle en proposant la prise en charge de ces services aux salaries par d'autres salariés en recherche de reclassement.
- on peut agir sur l'éloignement domicile travail certes en développant le télétravail, mais ce faisant au risque d'aggraver les risques de désocialisation. Des solutions intermédiaires consistant à créer des plates-formes communes inter-entreprises où les salariés peuvent venir travailler à proximité de leur domicile plusieurs fois par semaine, pour des entreprises différentes, mais contribuant ainsi à conserver le lien social.
- on peut agir sur la prise de décision institutionnelle, tout d'abord en constituant un observatoire comparatif des prestations sociales, permettant d'alerter les décideurs sur les effets de vase communiquant sur le plan financier de certaines décisions prise en matière d'économie des dépenses sociales.
- on peut agir sur nos propres modèles en améliorant la performance et surtout la réactivité de nos processus de prévention de la désinsertion professionnelle.
- on peut donc également agir sur la pertinence de nos contrôles et s'interroger certes toujours sur la pertinence d'un arrêt et de sa durée par rapport à la pathologie, mais également en intervenant en amont prioritairement sur la pertinence des actes eux-mêmes lorsqu'ils sont particulièrement générateur d'arrêts de travail. Plus globalement, et cela vaut pour les actions qui pourraient être menées dans le domaine de la promotion de la santé, il sera plus efficace et surtout plus durable dans le temps de s'attaquer aux causes plutôt qu'aux conséquences, que sont en définitive, nombre d'arrêts de travail.
- on peut agir sur l'organisation des soins lorsque celle-ci est génératrice elle-même d'arrêts de travail. Il en est ainsi de la régulation des accès aux actes de diagnostic préalables aux interventions chirurgicales en incluant dans les priorisations la notion d'activité salariée. Tout comme il est possible de privilégier les accès aux structures de proximité pour la prise en charge de pathologies chroniques.

Ainsi, aucun des diagnostics de la présente étude n'est réellement sans solution possible. En revanche, ce que cette étude met en lumière indubitablement, est que sur les aspects essentiels qui fondent l'évolution des arrêts de travail, aucun acteur ne dispose seul des solutions. Or, ce qui caractérise l'action de chacun d'entre eux, est un total isolement comme on le voit dans le cadre de la prévention de la désinsertion professionnelle, voire des procès d'intention entre caisses et prescripteurs, entre médecins traitants et médecin du travail entre

employeurs et médecins traitants, chacun attendant de l'autre ou des autres une réponse qui lui appartient pour partie.

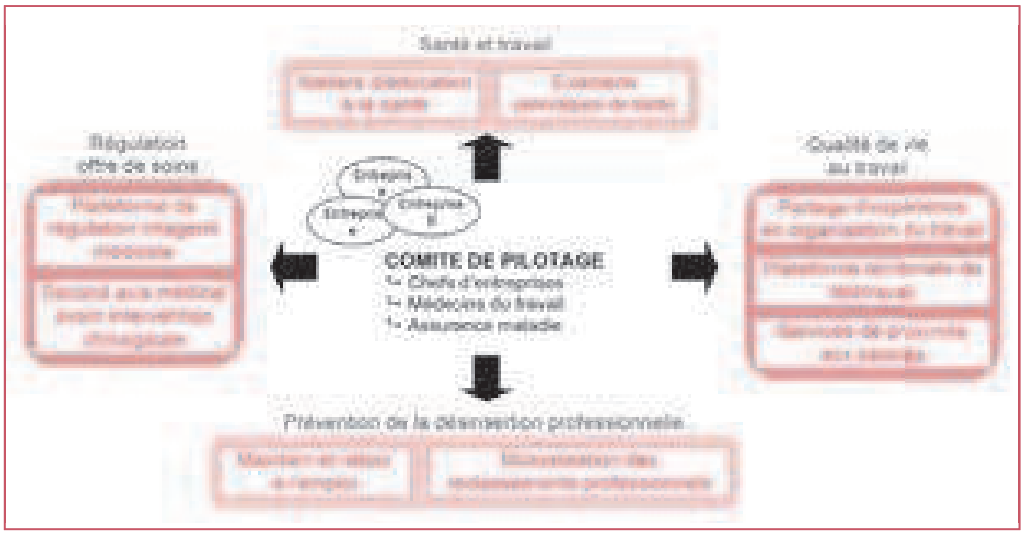
C'est donc par la mise en commun des intérêts et des volontés d'agir que des solutions de moyen terme peuvent être mises en place.

Quel plan d'actions concret mettre en œuvre ?

L'espace de cette mise en commun n'est probablement pas le secteur d'activité économique, le type de pathologies ou tout autre approche renvoyant inévitablement à une responsabilisation de tel ou tel acteur, mais plus certainement celui du territoire, où peuvent se croiser les intérêts des entreprises des salariés et des professionnels de santé.

On peut ainsi imaginer de sélectionner un secteur géographique présentant une concentration d'entreprises et dans lequel pourraient être proposées :

- la création de service aux salariés commun aux entreprises du secteur (garde d'enfants, conciergerie, travaux domestiques) et assurés par des salariés en reclassement professionnel,
- la création d'une plate-forme de télé-travail dans un secteur géographique sur lequel résiderait un nombre significatif de salariés des différentes entreprises,
- la mise en place d'une instance locale associant médecins traitants, médecins du travail, service médical de l'assurance maladie et capable de prendre des décisions réactives en termes de maintien ou retour à l'emploi de salariés en arrêt de travail de longue durée,
- la création d'un club d'entreprises du secteur partageant les pratiques en matière de management, et auprès duquel pourraient être portées les expériences recueillies par l'assurance maladie,
- l'organisation de bilans de santé délocalisés sur le secteur ouverts aux salariés volontaires sur leur temps de travail,
- la mise en œuvre avec l'ARS et les professionnels libéraux du secteur, d'une plate-forme de régulation des actes d'imagerie médicale priorisant en termes de délais les actes de diagnostic préopératoire pour les salariés,
- la mise en place, à titre expérimental, pour les salariés du secteur concerné, d'un dispositif de MSAP (mais qui pourrait plus utilement se dénommer « second avis médical ») pour des interventions chirurgicales identifiées comme anormalement élevées en Gironde par rapport aux autres départements.



3

Bibliographie

Notes de lecture

ECOLE DES DIRIGEANTS
DE LA PROTECTION SOCIALE

Ouvrages sélectionnés par l'EN3S

Combattre la pauvreté : vulnérabilités sociales et sanitaires de 1880 à nos jours / Axelle BRODIEZ-DOLINO.- Paris : CNRS éd., 2013.- 328 p.
ISBN : 978-2-271-07605-2

Coordination et parcours : la dynamique du monde sanitaire, social et médico-social / Marie-Aline BLOCH, Léonie HÉNAUT.- Paris : Dunod, 2014.- 315 p.
ISBN : 978-2-10-070227-5

Demain, vieux, pauvres et malades ! : comment échapper au crash sanitaire et social / Sauveur BOUKRIS.- Paris : Moment (Éditions du Moment), 2014.- 224 p.
ISBN : 978-2-35417-284-8

Évaluation des indicateurs de maîtrise des risques dans cinq conventions d'objectifs et de gestion : Tome 1 : le rapport / Vincent MAYMIL, Alexandre PASCAL, Philippe MALLET, Bruno ZELIOLI, Lionel CADET, France. Inspection générale des affaires sociales; France. Mission nationale de contrôle et d'audit des organismes de sécurité sociale.- Paris : Inspection générale des affaires sociales, 2013.- 91 p.
http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/134000648/0000.pdf

Évaluation des indicateurs de maîtrise des risques dans cinq conventions d'objectifs et de gestion : Tome 2 : Annexes / Vincent MAYMIL, Alexandre PASCAL, Philippe MALLET, Bruno ZELIOLI, Lionel CADET, France. Inspection générale des affaires sociales; France. Mission nationale de contrôle et d'audit des organismes de sécurité sociale.- Paris : Inspection générale des affaires sociales, 2013.- 221 p.
http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/RM2013-013A_Tome2_Annexes.pdf

Hôpital : vers une réforme réussie / Édouard HATTON, Sophie LETOURNEL, Arthur STRIL.- Paris : Presses de l'École des mines, 2014.- 183 p.
ISBN : 978-2-35671-066-6

La sécurité sociale, une institution de la démocratie / Colette Bec.- Paris : Gallimard (Éditions), 2014.- 328 p.
ISBN : 978-2-07-014336-8

Le bel avenir de l'État-providence / Eloi LAURENT.- Paris : Les liens qui libèrent, 2014.- 155 p.
ISBN : 979-10-209-0123-1

Le capital au XXIe siècle / Thomas PIKETTY.- Paris : Éditions du Seuil, 2013.- 969 p.
ISBN : 978-2-02-108228-9

Le parlement des invisibles / Pierre ROSANVALLON.- Paris : Seuil, 2014.- 69 p.
ISBN : 978-2-37021-016-6

Les centres de santé : situation économique et place dans l'offre de soins de demain / Philippe GEORGES, Cécile WAQUET, Collab. Juliette PART, IGAS.- Paris : IGAS, 2013.- 138 p.
http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/RM2013-119P-Centres_de_sante.pdf

Les politiques publiques de santé en Europe : peut-on concilier contraintes financières et qualité des soins ? / Textes réunis par Hélène PAULIAT.- Limoges : PULIM, 2013.- 187 p.
ISBN : 978-2-84287-595-4

Pour une planète équitable : l'urgence d'une justice globale / Marie DURU-BELLAT.- Paris : Seuil, 2014.- 100 p.
ISBN : 978-2-02-115885-4

Santé, citoyens ! / Christian SAOUT.- Paris : Éditions de Santé, 2013.- 319 p.
ISBN : 978-2-86411-279-2

Vieillissement et politiques de l'emploi : France 2014 mieux travailler avec l'âge / OCDE.- Paris : OCDE, 2014.- 173 p.
ISBN : 978-92-64-20683-0
http://www.oecd-ilibrary.org/fr/social-issues-migration-health/vieillissement-et-politiques-de-l-emploi-france-2014_9789264206847-fr

Xavier QUÉRAT-HÉMENT, Esprit de service. Passer du marketing au management de l'expérience client, Paris, LexitisÉditions, 2014, 230 pages, 32 euros.

Xavier QUÉRAT-HÉMENT, qui se penche ici notamment sur le management, ne fait pas dans le blablabla pontifiant. Il suffit de pénétrer dans un bureau de poste (ou doit-on dire « de La Poste » ?) pour s'apercevoir des changements que notre auteur est capable d'insuffler. Certes, on trouvera toujours de quoi redire, à tel ou tel endroit. Mais, globalement, la transformation est spectaculaire. Ces vénérables institutions, qui se sont modernisées, sont devenues ce que l'on pourrait appeler, à la manière d'un Barrès, des lieux où souffle l'esprit de service. Une attention aux personnes présentes, une spécialisation des produits et services, des personnels plus attentifs (en général) et des temps d'attente qui ont considérablement diminué incarnent les résultats visibles et tangibles de cette réforme conçue et mise en œuvre par Xavier QUÉRAT-HÉMENT.

L'ouvrage n'est pas pour autant une success-story ou une leçon de prêt à manager. C'est une analyse de la France, à partir, comme le dit l'auteur, de cette « petite France » qu'est La Poste. Dans ce pays, plutôt rétif au service (car celui-ci résonne comme domesticité, dans une nation pétrie d'égalité), il est possible de creuser un sillon de transformations, à la fois favorable aux prestataires et aux destinataires, aux agents et aux usagers, aux collaborateurs et aux clients. Chacun choisira son vocabulaire. Au titre de la sémantique et de la philosophie générale, Xavier QUÉRAT-HÉMENT nous épargne heureusement les digressions habituelles théorisantes et peu opératoires. Sa posture générale n'est pas au service de l'esprit (la formule s'imposait au regard du titre du livre), ni à celui de la hiérarchie ou de l'actionnaire, mais bien à celui du destinataire du service et de celui qui le fournit.

Concrètement, il faut, dans la relation de service, en face-à-face, du sourire (accompagnant les anciennes formations BMA : pour Bonjour, Merci, Au revoir). Mais il faut surtout, tout le temps, en back comme en front office, de l'attention et de la considération. Et il en faut pour digérer l'ensemble des révolutions (servicielles, numériques) qui ont un puissant impact sur les traditionnels réseaux et métiers de service. Les attentes en termes de personnalisation de la relation vont probablement aller toujours croissant et vont peser sur les organisations, au premier chef sur les personnels en contact direct avec un public de plus en plus exigeant (et ce public, c'est nous tous).

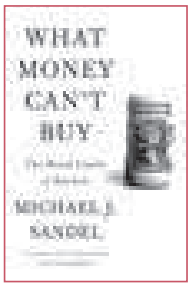
Pour gérer cette centration nécessaire sur les clients et sur les relations avec eux, il ne suffit pas de les déclarer prioritaires. Il faut vraiment qu'ils le soient, mais (paradoxe ?) tout autant que les collaborateurs de l'entreprise. Une bonne relation de service passe d'abord ou au moins aussi (si l'on peut dire), par une bonne relation de management. Un collaborateur satisfait est un collaborateur qui peut satisfaire. C'est peut-être là la principale leçon de l'« esprit de service » selon Xavier QUÉRAT-HÉMENT. Tout tient dans cette « symétrie des attentions » (en externe comme en interne) qui n'est cependant possible que dans l'unité de l'entreprise au regard de ses clients. Et ceci ne s'enseigne pas ex cathedra. Ceci ne s'impose pas. Le rôle du réformateur et du manager est de permettre les conditions de l'apprentissage, par appropriation.

Xavier QUÉRAT-HÉMENT ne nous raconte pas une histoire. Il monte en généralité à partir de ses observations et expériences. Le tout constitue maintenant un corpus de savoirs et propositions qu'il nous fait partager en quelques convictions, illustrations et tableaux de synthèse bien sentis. Il en ressort non pas une liste d'ingrédients

pour la recette magique de la qualité, mais une véritable stratégie intégrée. Curieusement l'esprit de service n'est pas, d'abord, un état d'esprit mais une stratégie.

Nous rappelant, prosaïquement et sans lyrisme, que le capital de l'entreprise est d'abord du capital humain, cet ouvrage s'envisage et se déroule à partir d'une optique confiante et positive. Ce qui est rare aujourd'hui.

Julien DAMON



Michael SANDEL, What Money Can't Buy. The Moral Limits of Markets, New York, Farrar, Straus and Giroux, 2013, 244 pages.

Michael SANDEL, professeur à Harvard, sait mêler profondeur et clarté. Son dernier volume, sur les rapports entre morale et marché, est absolument captivant. Éloigné des positions antilibérales caricaturales, il marque des points. D'abord par les constats. Tout est aujourd'hui, effectivement ou potentiellement, à vendre. Il en va ainsi, aux États-Unis, dans les prisons, de cellules de meilleure qualité. Il en va aussi de droits d'immigrer (si l'on peut investir 500 000 dollars). Il en va, ailleurs, de tuer un rhinocéros. On peut aussi vendre ou louer une partie de son corps : ce sont les mères porteuses ; les ventes d'organes ; les tatouages publicitaires. Il est également possible de se faire payer pour perdre son temps à la place d'un autre dans les files d'attente. Certains programmes sociaux paient les enfants pour lire des livres. Des mécanismes payants de coupe-files se généralisent dans les attractions comme dans les services publics. Bien entendu, tout ceci n'est pas forcément toujours neuf. Mais ces dispositifs donnent lieu désormais à des marchés organisés, le plus souvent parfaitement légaux, qui s'étendent.

SANDEL observe, sans aucun gauchisme moralisateur, que les marchés et les valeurs du marché en sont venus à gouverner nos vies comme jamais auparavant. À la rigueur, on pourrait se demander ce qu'est le problème. Sandel en souligne deux.

Bien évidemment la marchandisation généralisée pose un problème d'inégal accès aux biens et services qui auparavant étaient soit gratuits, soit à tarifs forfaitaires.

Le deuxième problème est davantage préoccupant. Sandel parle de corruption. Non pas d'illégalité, mais, pire peut-être, de déchéance des choses et des actes. La marchandisation laisse des marques. Elle transforme les fondamentaux de la générosité, de l'amitié ou de la citoyenneté. Payer des mercenaires, ce n'est pas la même chose que mobiliser des citoyens militaires. Acheter un discours de mariage ce n'est pas s'impliquer pour le rédiger. Être rémunéré, publiquement, pour avoir de bonnes notes à l'école ou pour arrêter de fumer, c'est valoriser l'argent avant de célébrer l'action ou le résultat. Et jusqu'où doit-on accepter d'aller ? Pourra-t-on un jour vendre, officiellement, son vote, voire ses enfants ? Il est bon, généralement, que les transactions soient libres. Mais certaines sont, pour le moins, moralement embarrassantes. La multiplication des incitations perverses aboutit à la corrosion des valeurs. Quand la contravention (d'ordre social ou pénal) devient uniquement facturation (d'ordre commercial), il n'y a plus là qu'un rapport marchand.

Critique des libertariens et des libertaires, SANDEL se félicite de vivre dans une économie de marché (gage d'efficacité). Il se défie d'une société de marché.

Absolument saisissant dans sa capacité à capter l'air (pas encore totalement marchandisé) du temps, il est moins convainquant lorsqu'il propose. Il veut revenir à une « vie bonne » (personne ne dira le contraire) et pour cela propose uniquement un « grand débat » (ce qui ne mange pas de pain).

L'ensemble de sa démonstration rappelle une formule (à paternité incertaine) : tout ce qui a de la valeur n'a pas forcément un prix ; et tout ce qui a un prix n'a pas forcément de valeur. SANDEL ajouterait : tout ce qui passe de gratuit a doté d'un prix perd souvent de la valeur. Un grand livre qui mériterait largement d'être traduit.

Julien DAMON

Alain LOPEZ, Réguler la Santé, Presses de l'EHESP, 2014, 416 pages.

C'est une bonne nouvelle ! Il existe enfin un livre à même de répondre aux attentes des collaborateurs, ou futurs collaborateurs, des caisses d'assurance maladie et des agences régionales de santé, qui sont en charge du secteur de « la gestion du risque ». Objectifs, méthode et outils pour une stratégie globale des politiques de santé : le sous-titre de la page de garde en mentionne d'emblée l'esprit et les contenus. S'il laisse place à une approche théorique pour identifier le lien entre régulation et politique de santé, cet ouvrage a surtout la caractéristique originale de comporter des développements axés sur la conception et la mise en œuvre de la régulation du système de santé.

D'une grande clarté dans le découpage du plan et la rédaction des exposés, muni d'une maquette élégante, ce livre allie à la fois les qualités d'un guide de formation et d'un manuel universitaire. Il offre un panorama extrêmement complet des mécanismes de régulation à la disposition des gestionnaires : les outils de la planification, les modes d'allocation de ressources, sans oublier bien sûr les démarches de régulation médico-économique et de promotion de la qualité des soins (partie 2, 130 pages). De plus, une autre partie (partie 5, 130 pages) est consacrée aux moyens d'agir et présente entre autres une méthode de macro-projet qui s'avère très intéressante. En effet, cette dernière prend en compte les territoires, les parcours de santé et les usagers, et s'inscrit ainsi en cohérence avec la Stratégie nationale de santé nouvellement posée par la Ministre de la santé et des affaires sociales. Outre l'utilité pratique qu'il revêt pour le gestionnaire, l'ouvrage d'Alain LOPEZ poursuit avec succès l'ambition d'être aussi un manuel de synthèse : il permet au lecteur d'acquérir une culture de la politique de santé (parties1, 3 et 4) dans la perspective de rendre intelligible l'agrégation des différents volets de la régulation du système de santé.

Seul un auteur comme Alain LOPEZ pouvait réussir à produire un tel ouvrage de référence. À la faveur d'un parcours professionnel extrêmement riche, à la fois en tant que médecin de santé publique et haut fonctionnaire, aujourd'hui membre de l'IGAS, il est devenu un expert reconnu de la régulation du système de santé dont la compétence s'étend aussi à l'assurance maladie. Il a notamment fait partie de la mission « RITTER » sur la constitution des agences régionales de santé et a également été membre de l'équipe projet qui, au secrétariat général des ministères sociaux, a préparé leur création. Déjà auteur de nombreux rapports thématiques dans le passé, Alain LOPEZ, avec ce livre, sait nous faire partager sa grande connaissance des sujets traités, tout en replaçant la régulation du système de santé dans le cadre plus global de la politique de santé. Tout au plus est-il permis de regretter que le titre choisi n'ait pas été Réguler le système de santé, ce qui aurait été sans doute plus approprié que Réguler la santé au regard de la matière traitée.

Gilles HUTEAU

Franck PETIT, Droit de la Protection sociale, Gualino, Coll. « Master Pro », 2e éd., 2014, 294 pages.

Comme le soulignait dès la première édition (2009) le Professeur Franck PETIT, « le choix a été fait de ne pas séparer l'étude des dispositifs de Sécurité sociale de celle des règles issues d'autres sources - aide sociale, régimes conventionnels ». Même sans sacrifier à l'exhaustivité, il peut sembler présomptueux de vouloir retracer dans un ouvrage de cette taille les différentes branches du Droit qui composent le droit de la protection sociale. Une telle orientation apparaît néanmoins opportune dans la mesure où les distinctions traditionnelles entre sécurité sociale, aide sociale et protection sociale complémentaire comportent de plus en plus de « zones de floue » comme l'illustre de manière significative la CMU complémentaire. Pour autant, les développements de ce manuel restent principalement consacrés à l'étude du droit de la sécurité sociale, ne laissant qu'une place résiduelle au droit de l'aide et de l'action sociales ou au droit de la protection sociale complémentaire. En tout état de cause, la pédagogie de son auteur, professeur à la Faculté de droit d'Avignon, ainsi que sa présentation agréable, en font un excellent livre d'initiation pour les étudiants et au-delà, pour un public plus vaste soucieux de mieux comprendre la Sécurité sociale.

Gilles HUTEAU

Retrouvez les derniers numéros
de la Revue «Regards»
sur le site internet de l'en3s
rubrique «publications».

www.en3s.fr

Achevé d'imprimer en octobre 2014
sur les presses de

R E B O U L IMPRIMERIE
www.reboul-imprimerie.com

SAINT-ÉTIENNE
Dépôt légal : 3e trimestre 2014
N° d'imprimeur : 1354

www.en3s.fr ECOLE DES DIRIGEANTS DE LA PROTECTION SOCIALE

Le phénomène du non-recours aux droits constitue un sujet majeur de préoccupation, en particulier pour les services publics chargés de mettre en œuvre les droits sociaux.

Alors même que des besoins sont criants, certains individus et ménages, souvent au cœur de la cible qui a justifié la création d'un droit, n'en bénéficient pas.

Le droit est-il mal conçu ? Mal expliqué ? Trop complexe ? Le lien entre le service public et certains de nos concitoyens s'est-il distendu à ce point de défiance ou d'isolement que même des dispositions positives, susceptibles d'aider, ne suscitent pas l'intérêt ? Quelles sont les véritables raisons de cette montée en puissance du questionnement sur l'accès aux droits ? Quelles sont les solutions en cours de réalisation et celles qui pourraient être lancées ?

Tel est l'objet de ce numéro de Regards qui bénéficie de contributions extrêmement variées et visant à explorer les différents aspects du sujet : de la définition même du concept d'accès aux droits (Robert Lafore) jusqu'aux réponses en cours d'élaboration au sein des organismes de Sécurité sociale (Daniel Lenoir, Nadia Kesteman, Jean-Louis Bühl, David Clair, Christian Fatoux, Charles Serrano, Vincent Maginot, Jean-Yves Casano, Anne-Laure Michon), en passant par les regards extérieurs d'universitaires et de professionnels (Philippe Warin, Pierre Mazet, Sophie Guthmuller, Florence Jusot, Jérôme Wittwer, Thomas Renaud, Christophe Adam, Bernard Dreyfus) sans oublier la Direction de la Sécurité sociale (Claude Friconneau et Géraldine Duverneuil) et les élèves de l'EN3S.

Deux éclairages très intéressants « venus d'ailleurs » sont proposés par Xavier Quérat-Hémant sur le groupe La Poste, et par Claire Aubin sur la situation américaine avec les difficultés de mise en œuvre du « Obamacare ».

Jean-Paul Delevoye, Président du Conseil économique, social et environnemental, a accepté d'être le grand témoin sur ce thème de l'accès aux droits, reliant ce thème à un diagnostic sans fard des malaises sociaux contemporains.

Depuis 2010, la revue REGARDS est accessible en version dématérialisée sur le site internet **www.en3s.fr/publications.**

FLASHER CE QR CODE
POUR ACCÉDER
À NOS PUBLICATIONS

ISSN 0988-6982

Sécurité sociale

regards
PROTECTION SOCIALE

N°46
SEPTEMBRE 2014