

regards

PROTECTION SOCIALE

DOSSIER

LA GOUVERNANCE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Regard
d'un grand témoin,

Gilles Johanet



ÉCOLE 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

Comité de rédaction

Président

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

Membres (par ordre alphabétique)

Pierre ALBERTINI Directeur de la CPAM de Paris

Gilles ARZEL Directeur des CPAM de Béarn, Soule et Bayonne

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

Alain CHAILLAND Conseiller référendaire à la Cour des comptes

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

Marion DELSOL Directrice du laboratoire IODE (UMR CNRS 6262)

Benjamin FERRAS Inspecteur des affaires sociales, ancien conseiller cabinet de la Ministre des affaires sociales et de la santé

Philippe GEORGES Inspecteur général des affaires sociales honoraire

Jean-Louis HAURIE Directeur de la CAF de Paris

Gilles HUTEAU Professeur en Protection sociale à l'École des Hautes Études de Santé Publique (EHESP)

Albert LAUTMAN-VIDAL Directeur général de la Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF)

Gautier MAIGNE Chef du département Société, institutions et politiques sociales, France stratégie

Jérôme MINONZIO Rédacteur en chef de la revue Informations sociales, CNAF

Dominique POLTON Présidente de l'Institut des données de santé, Conseillère scientifique de l'EN3S

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

Vincent RAVOUX Directeur du réseau des CAF, CNAF

Diane ROMAN Professeure de droit public à l'université François Rabelais (Tours), membre de l'institut universitaire de France

Les opinions exprimées et les arguments employés dans les articles sont la responsabilité des auteurs et ne représentent pas nécessairement ceux de leur employeur ou de l'EN3S, éditeur de la revue.

PAGE 5 **Sommaire**

PAGE 9 **Édito**

Par Dominique LIBAULT, *Directeur de l'EN3S*

PAGE 11 **Grand témoin**

Gilles JOHANET, *Procureur général près la Cour des comptes*

1 DOSSIER CENTRAL : LA GOUVERNANCE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

PAGE 29 **Permanence et mutations de la solidarité**

Par Jean-Pierre LABORDE, *Professeur émérite de l'Université de Bordeaux, membre du Centre de droit comparé du travail et de la Sécurité sociale (UMR CNRS-Université n° 5114)*

PARTIE A : LES RACINES DE LA GOUVERNANCE

PAGE 39 **La gouvernance originelle, retour historique sur la gouvernance et ses évolutions au sein de la Sécurité sociale**

Par Gilles NEZOSI, *Directeur de la formation continue de l'EN3S*

PAGE 49 **Perspectives historiques sur la gouvernance dans les complémentaires**

Par François CHARPENTIER, *Journaliste AEF*

PARTIE B : LES FORMES ET LES DÉFIS DE LA GOUVERNANCE

- PAGE 61 | **La gouvernance financière**
Par Benjamin FERRAS, *Inspecteur général des affaires sociales, chargé de cours à Sciences-Po Paris et à l'Institut de la gestion publique et du développement économique*
- PAGE 77 | **Une gouvernance adaptée aux nouveaux enjeux ?**
Par Dominique LIBAULT, *Directeur de l'EN3S et Vice-président du Haut Conseil au financement de la Protection sociale*
- PAGE 85 | **Le paritarisme : définitions et délimitations**
Par Julien DAMON, *Professeur associé à Sciences-Po (Paris) et Conseiller scientifique de l'EN3S*
- PAGE 99 | **Universalité, société civile et gouvernance : quelles évolutions ?**
Par Jean-Marie SPAETH, *ancien président du Conseil d'administration de la CNAMTS, de la CNAV et de l'EN3S*

PARTIE C : LA TRANSVERSALITÉ, AVENIR DE LA SÉCURITÉ SOCIALE ?

- PAGE 109 | **Une gouvernance autre : l'exemple de la MSA**
Par Pascal COMERY, *Président* et Michel BRAULT, *Directeur général de la Caisse centrale de MSA*
- PAGE 121 | **La gouvernance d'un projet en univers complexe : l'expérience de l'Union Retraite**
Par Jean-Luc IZARD, *Secrétaire général auprès du Haut-commissaire à la réforme des retraites, ancien directeur du GIP Union Retraite*
- PAGE 133 | **Une expérience originale de gouvernance**
Par Jean-Marc GEORGE, *Directeur de la Caisse locale déléguée pour la Sécurité sociale des travailleurs indépendants*

PARTIE D : LA GOUVERNANCE À L'ÉCHELLE LOCALE

- PAGE 139 | **Les contrats pluriannuels de gestion : vingt ans après**
Par Philippe RENARD, *Directeur de la caisse nationale déléguée pour la Sécurité sociale des travailleurs indépendants*

PAGE 149 | **Caisse d'allocations familiales et métropoles : une nouvelle donne pour la gouvernance des politiques sociales**

Par Philippe SIMONNOT, *Directeur de la CAF du Rhône*

PARTIE E : AU-DELÀ DES FRONTIÈRES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

PAGE 165 | **La gouvernance du monde mutualiste**

Par Albert LAUTMAN, *Directeur général de la Fédération nationale de la Mutualité française* et Camille BROUARD, *responsable de l'innovation et de la prospective à la FNMF*

PAGE 175 | **La gouvernance de l'Assurance maladie, mise en perspective internationale**

Par Dominique POLTON, *Présidente de l'Institut des données de santé et Conseillère scientifique de l'EN3S*

2

ÉTUDES ET RECHERCHES

PAGE 189 | **Un investissement social de l'assurance maladie : la PFIDASS - Chronique d'une expérimentation en voie de généralisation d'un dispositif d'accès aux soins**

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

PAGE 205 | **Big data et protection sociale : au-delà de la lutte contre la fraude, des opportunités à saisir pour améliorer l'accès aux droits**

Par Ange CHEVALLIER et Géraldine TAUBER, *élèves de la 56^{ème} promotion de l'EN3S*

3

BIBLIOGRAPHIE ET NOTES DE LECTURE

PAGE 219 | **Bibliographie**

PAGE 223 | Notes de lecture : Par Julien DAMON, *professeur associé à Sciences Po (Paris) et Conseiller scientifique de l'EN3S*

PAGE 226 | Note de lecture : Par Gilles HUTEAU, *professeur en protection sociale à l'École des Hautes Études de Santé Publique (EHESP)*

Édito

Par Dominique Libault

La Sécurité sociale a-t-elle une identité propre qui justifie une gouvernance à la fois spécifique et commune à l'ensemble de cette sphère au sein de l'action publique ?

Telle est la question qui parcourt tout ce numéro. Pour beaucoup de lecteurs, cette interrogation peut paraître surprenante.

Loi de financement, COG, réseau de caisses nationales/caisses locales apparaissent bien définir un champ propre, une identité à la Sécurité sociale française (un droit, un financement, un service public).

Mais à l'heure de l'universalisation de la protection sociale d'une part, du numérique d'autre part, cette identité va-t-elle résister à la volonté croissante d'aborder les comptes publics dans leur ensemble ? Faut-il maintenir cette identité telle quelle ?

Les réseaux organisés toujours sur la base des risques tels qu'identifiés en 1945 et traduits en organisation par les ordonnances de 1967 dont on fête le 50ème anniversaire, sont-ils toujours pertinents ? À quelles conditions ?

La Sécurité sociale doit évoluer. Il ne faudrait pas pour autant que cette évolution aboutisse à perdre de vue les finalités de la Sécurité sociale, son sens pour notre organisation sociale et politique, et les conditions de sa pérennité. Il est sans doute plus que jamais essentiel de penser la Sécurité sociale, en tant que telle, y compris dans sa nécessaire transformation.

Grand témoin



Source, Cour des comptes

Gilles Johanet,
Procureur général près
la Cour des comptes

Gilles Johanet est ancien élève de l'ENA (promotion André Malraux).

Procureur général près la Cour des comptes depuis 2012, il a également exercé les fonctions de Président du Comité économique des produits de santé (2011-2012), directeur de la Caisse nationale de l'assurance-maladie des travailleurs salariés (1998-2002), délégué du président des Assurances générales de France – AGF – (2003-2006) et directeur général adjoint des Assurances générales de France (2006-2009).

Gilles Johanet

M. LIBAULT

La Sécurité sociale constitue une masse financière gigantesque au sein des finances publiques, et présente une organisation complexe héritée de l'histoire. Quelle réflexion amène chez vous les mots « pilotage » et « gouvernance », et qu'attendre d'un pilotage et d'une gouvernance adéquats de la Sécurité sociale ?

M. JOHANET

La Sécurité sociale est faite pour protéger, et ce, en fonction des risques. Le pilotage ou la gouvernance consiste à appuyer la gestion sur une vision d'ensemble de ces risques et de leur évolution. Certains peuvent évoluer, d'autres peuvent survenir. La dépendance suscite aujourd'hui des préoccupations au point d'ailleurs de donner le sentiment qu'il s'agit d'un risque majeur pour tous, ce qui n'est pas le cas.

La grande difficulté dans ce domaine tient au fait que cette réflexion sur les risques qui évoluent et la prise en charge de chacun d'entre eux se révèle aujourd'hui extraordinairement inachevée. Elle a été lente mais productive sur les retraites. Et par moments, elle s'avère quelque peu stupéfiante. Une réflexion nécessaire manque sur la famille, et on est en train de supprimer de façon subreptice la justice commutative, la redistribution horizontale. La réflexion sur les accidents du travail et maladies du travail est totalement absente, y compris à la Cour, alors que ces deux risques, que l'on a réunis, ne cessent de diverger. Enfin, la réflexion sur le risque maladie est à peine entamée.

La prouesse d'avoir réussi, à travers l'ANI et la complémentaire santé obligatoire pour les salariés, à créer en France deux régimes très différents de solidarité représente le symbole même de ce caractère inentamé d'une réflexion extraordinairement balbutiante. Au lieu d'amender la première solidarité, qu'on échouait à gérer, on

Gilles
JOHANET

Interview réalisée par
Dominique LIBAULT
et Julien DAMON

en crée une seconde, qui relève d'ailleurs d'une politique beaucoup plus large que la Sécurité sociale, qui se développe actuellement et voit les tâches segmentées. La règle de base veut que le privé segmente et l'État rassemble. Or, celui-ci segmente dans un nombre croissant de politiques.

Je citerais deux exemples caricaturaux à cet égard, celui de la complémentaire santé des salariés et pire encore, celui des métropoles. Un des membres de la Cour, nommé récemment et qui avait participé à toutes les réunions internes à Maignon sur la création des métropoles, y a relevé une volonté de concentrer les investissements dans ces structures. Mais on ne peut tout faire alors pour les habitants hors métropole?... Plutôt que de choisir les politiques des risques à couvrir, on disperse et on segmente discrètement, sans créer de populisme.

M. LIBAULT

J'aurais de nombreuses questions à vous poser à propos de ce que vous percevez comme une défaillance, à l'heure actuelle, de la vision stratégique sur la Sécurité sociale ou la protection sociale. En premier lieu, au-delà de la Sécurité sociale, ne s'agit-il pas d'un phénomène général dans le fonctionnement de l'État, avec des administrations centrales prises de plus en plus par la gestion et l'urgence, rendant difficile cette vision stratégique ?

Par ailleurs, je porte fortement l'idée que le périmètre de la Sécurité sociale et de la protection sociale est adéquat pour porter cette vision stratégique. Néanmoins, je suis frappé par le fait que l'idée de les faire apparaître comme ayant une identité et une unité, est complètement absente de la vision politique et de la construction des gouvernements, ce qui n'aide pas à la conception d'une vision stratégique.

D'autre part, j'ai été promoteur des Hauts Conseils pour tenter de créer un lieu de réflexion à froid et une dialectique avec le travail des administrations. Pensez-vous qu'ils représentent un progrès intéressant qu'il faudrait poursuivre, ou peut-être réformer ?

M. JOHANET

En répondant à la troisième question, je dirais que le Conseil d'orientation des retraites (COR) constitue une magnifique réussite, qui doit beaucoup à des personnalités comme Yannick MOREAU, mais pas seulement. Cette instance a permis de prendre conscience des contraintes.

La France, qui a été durant un siècle et demi le pays le plus riche du monde, en a retiré l'idée qu'elle pouvait tout faire. Or, dans la période que nous vivons actuellement, et dans tous les domaines,

nous devons prendre conscience que nous ne pouvons pas tout faire, ce qui est terriblement douloureux. Ainsi, lors des réunions mixtes en province avec les parquets judiciaires, j'engage mes procureurs financiers à sélectionner les affaires qu'ils poursuivront. Leurs dossiers ne sont pas prioritaires, contrairement à ceux du terrorisme et les parquets judiciaires ne disposeront, pour ces dossiers, que de moyens d'enquête résiduels. S'ils souhaitent que leur affaire soit traitée par les parquets judiciaires, la solution est simple : le « plat Picard ». Si le dossier est complètement prêt et qu'il suffit de le mettre dans le micro-onde judiciaire, cela fonctionnera. S'il y manque la moitié des éléments, il s'expose au classement. Il s'agit d'un changement radical de la philosophie, qui touche tous les domaines.

De ce point de vue, il faut s'interroger sur la capacité, à la Cour des comptes, de réfléchir et d'émettre des propositions sur les missions, plus uniquement sur les moyens, ce qui s'avère beaucoup plus difficile. Une enquête se termine actuellement à la Cour, confiée à une personne tout à fait éminente sur l'organisation territoriale de l'État, centrée autour des missions. Il s'agit d'examiner à la fin des missions, lesquelles doivent être revues et adaptées aux moyens qui leur restent. À cet égard, la question se pose aussi des priorités des chambres régionales des comptes, entre les grandes enquêtes passionnantes et les avis budgétaires, demandés par les préfets sur les budgets des communes et des départements. Les priorités sont concentrées sur ces derniers, qui sont le dernier élément qui reste du contrôle de la légalité.

Le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) n'a, hélas, pas eu le même effet que le COR, et ce n'est pas faute d'y avoir désigné des personnalités comme Denis PIVETEAU. Son champ est considérablement plus complexe du point de vue de l'analyse, donc du traitement des solutions et de la nécessaire difficulté d'avancer du même pas dans tous les domaines. Ainsi, il n'a pas l'influence du COR dans les travaux de la Cour.

Je vous avoue que je n'ai pas pu, lors d'un entretien sur l'assurance maladie en 2012, répondre à la question d'Alain MINC, sur ce qui pouvait être le détonateur qui lui permettrait de saisir l'opinion publique. La situation est plus simple en ce qui concerne la retraite, qui n'a que quatre paramètres. Cela ne signifie pas que le HCAAM doit être mis en cause, mais que la réussite sera longue à venir. Cela illustre aussi le fait qu'il pâtit d'une absence d'implication des pouvoirs publics, très libéraux dans certains domaines.

Cela rejoint votre deuxième question : la Sécurité sociale n'est pas un sujet politique. La Cour a publié en automne 2017 un rapport public d'ensemble sur l'assurance maladie.

Antoine DURRLEMAN, qui le présentait en CRPP, l'a qualifiée d'économie de rente. Il a raison. Tant que vous ne la concevrez pas de cette manière et que pour s'en sortir, l'État segmente, vous ne comprendrez rien.

J'insiste beaucoup sur le fait que dans l'audit, cette idée que l'on peut tout faire nous a amené à deux politiques désastreuses, car extraordinairement coûteuses mais aussi trompeuses, que sont celles des petits hôpitaux et des petits lycées, proches de tout le monde et proches de chez soi. Selon l'article 1^{er} de la loi Jospin de 1989, l'école s'organise autour de l'élève. L'élève ne s'organise pas en fonction de l'école. Pour avoir 300 possibilités au baccalauréat, il faut aller à Louis-le-Grand, pas dans les petits lycées. Et on ne créera tout de même pas des salles de cathétérisme dans les petits hôpitaux !

On n'a même pas conscience qu'au nom de l'égalité des territoires, on supprime de fait l'égalité d'accès à l'offre, ce qui est terrible. L'État n'a pas consciemment créé un double régime de so-

Gilles
JOHANET

Interview réalisée par
Dominique LIBAULT
et Julien DAMON

lidarité sur les assurances collectives des salariés, sinon il l'aurait camouflé. Cette absence de la Sécurité sociale du débat politique est capitale et dramatique. Cependant, les Hauts Conseils sont très utiles. L'on n'a rien trouvé de mieux pour l'instant, et l'un d'eux a très bien fonctionné.

D'autre part, cette inconscience de l'évolution de l'action publique touche effectivement un domaine beaucoup plus général que la Sécurité sociale, mais c'est peut-être dans celui de la Sécurité sociale qu'elle s'avère la plus grave.

M. LIBAULT

Je reviens sur le sujet de la segmentation. On ne peut pas tout faire, mais on pourrait certainement faire davantage et mieux en segmentant moins, notamment dans l'un des grands axes de la protection sociale qu'est la prévention du risque, en intervenant en amont, en adoptant des logiques de parcours, etc. Il est difficile d'agir seul dans ce domaine, et il est nécessaire de le faire en partenariat.

Je cite souvent un exemple, pour lequel les caisses sont peu efficaces, qui est la prévention de l'obésité chez l'enfant, dont on sait qu'il s'agit d'un marqueur social très important. On relève aujourd'hui encore très peu de partenariats entre les CAF, qui couvrent le domaine de la parentalité et l'assurance maladie, responsable de la prévention. De nombreux autres exemples existent de ce qui peut être perçu comme des inconvénients de cette segmentation.

Il s'agit ici d'un vrai sujet de gouvernance. Cette vision sur l'impossibilité de tout faire, l'évolution des risques et la nécessité d'arbitrer et de décider de mieux travailler ensemble devrait-elle induire des réflexions sur la construction et l'organisation de la Sécurité sociale ?

M. JOHANET

C'est exact et cela ne constitue pourtant pas, pour l'heure, un champ de réflexion de la Cour des comptes, mais peut-être cela viendra-t-il ? Il est vrai qu'il n'existe pas de réflexion commune aux branches sur les sujets d'intérêt commun.

M. LIBAULT

Il conviendra aussi de tenir compte de l'influence du numérique avec, de toute évidence, une tendance vers la création de portails de droits sociaux, permettant à chacun d'avoir accès facilement à l'ensemble de ses droits. Toutefois, les organisations ne s'y prêtent pas très bien.

M. JOHANET

Je ne suis pas extrêmement inquiet à ce sujet. La difficulté en matière d'irruption du numérique et d'intelligence artificielle est double. Le numérique entraînera d'abord une dépense supplémentaire, les personnes utilisant davantage leurs droits. Par ailleurs, même s'il peut aider à simplifier, cela n'ira pas de soi, et il sera par ailleurs le révélateur de complications extraordinaires injustifiées. Jusqu'à présent, les moyens informatiques ont été utilisés pour organiser la complication, pas pour simplifier.

L'intelligence artificielle représente un changement beaucoup plus considérable, en tout cas dans la médecine. 100 000 données génétiques sont découvertes chaque jour et elles seront au nombre de 20 milliards en 2020. Or, la dernière puce d'Intel peut contenir 1 000 milliards de données. Le médecin lira les résultats que donnera la machine et cela changera un grand nombre de choses, à tel point qu'on ne parvient pas à savoir jusqu'où. Il ne s'agit pas d'une variable mais d'une donnée : cela adviendra. Il en va ainsi aussi de la télémédecine, où l'on ne peut appliquer le paiement à l'acte, faisant ainsi la preuve que celui-ci est contraire à la continuité des soins.

M. LIBAULT

Cela m'amène au sujet des données et des possibilités offertes par les data et l'intelligence artificielle, qui semblent très importantes, même si un certain nombre de champs reste à concrétiser. Des chercheurs prétendent que les data deviendront les champs pétrolifères de demain, et l'assurance maladie en détient une masse absolument considérable.

Dans cette perspective, une réflexion sera nécessaire sur le périmètre de ce que doit être l'assurance maladie de demain, les limites jusqu'auxquelles le service public doit aller et la capacité de celui-ci à prendre en charge ces évolutions. Ne sera-t-il pas dépassé par les opérateurs privés ? Et comment instaurer une gouvernance qui préserve les valeurs fondant la Sécurité sociale, tout en gérant les contraintes financières et en continuant à apporter le progrès sanitaire ?

M. JOHANET

Il est frappant que les termes du débat sur ce sujet, concernant notamment le système des données de santé, le système national d'information interrégimes de l'assurance maladie (SNIIRAM), l'accès au traitement, etc., n'aient absolument pas évolué depuis vingt ans. Je me souviens avoir freiné des quatre fers lors de l'introduction du volet médical de la Vitale 2 appelé ensuite « dossier médical », car il était évident que nous engagerions des dépenses inutilement, ce qui fut avéré. Aujourd'hui, l'état de ma réflexion me fait dire que plus on ouvre SESAM-Vitale, mieux c'est. Le risque d'utilisation des données est infiniment moins grave, et moins survenant en termes d'assurance, que le risque lié au coffrage construit autour des données par la CNAMTS, avec la complicité de beaucoup. De ce point de vue, la nouvelle loi Marisol TOURAINE serre encore la vis.

Dans ce domaine, je suis très admiratif de l'évolution de Christian BABUSIAUX, qui a mené des expérimentations et émis des rapports visant essentiellement à fermer la porte. Il a opéré un virage à 180°, ayant parfaitement perçu l'importance de l'utilisation des données. Oui, le risque de mésusage des données existe. Non, on ne peut les prévenir tous. Oui, on doit s'efforcer de les prévenir. Non, cette prévention ne doit pas passer par une restriction des accès directs.

Gilles
JOHANET

Interview réalisée par
Dominique LIBAULT
et Julien DAMON

Savez-vous que la Cour ne dispose pas encore de l'accès direct au SNIIRAM, pas plus que la Haute Autorité de Santé (HAS) d'ailleurs ?

Sommes-nous prêts à passer d'un régime archaïque, dans le monde entier, de contrôle *a priori* à un régime moderne de contrôle *a posteriori* ? Je vous rappelle que les Anglais n'ont jamais baissé le taux d'alcoolémie autorisé au volant en deçà de 0,8 g/l. Ils enregistrent moins de morts sur les routes que chez nous. En revanche, la sanction est extrêmement élevée lorsque l'on est pris en infraction avec 0,8 g/l. Un cas pratique peut être mentionné dans ce domaine : le médicament.

M. LIBAULT

Le médicament est un exemple où un contrôle *a posteriori* devrait être appliqué, mais chacun sait que les études *a posteriori* constituent le maillon faible de notre système. On n'a pas réussi à en planter un reposant sur l'exploitation des données.

M. JOHANET

Vous abordez un point absolument capital. Le marché du médicament est le seul marché mondialisé de la santé. Nous sommes tous d'accord pour constater que l'évaluation de l'efficacité d'un médicament passe par les études post-autorisation de mise sur le marché (AMM). Elles peuvent être menées de deux façons. L'actuelle demeure sans résultats. Des intentions de conduire ces études de manière plus sérieuse sont affirmées. Cependant, si les prémisses sont mauvaises, le résultat ne peut être bon. Tout se trouve aux mains du laboratoire et il n'a qu'une interdiction, celle touchant l'accès aux données. Il fabriquera donc ces données lui-même en payant cher les médecins pour les recueillir pendant trois semaines.

Si une fois le contenu de l'étude post-AMM formalisé par contrat, vous donnez accès au système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie (SNIIRAM), vous pourrez disposer d'un historique, d'une sûreté des données, de coûts divisés par quatre. Quand va-t-on l'accepter ?

Si vous engagez une étude post-AMM, réclamée par le Comité économique des produits de santé (CEPS) ou la HAS, il serait bien plus productif d'avoir accès au SNIIRAM que de mener une étude avec une vingtaine de « scottish widows ». Par conséquent, je suis absolument formel sur la nécessité de prendre le risque de l'accès aux données. La seule façon d'agir positivement consiste à définir des actions concrètes dans l'intérêt général, car le monopole des données pour l'État ou la CNAM est condamné.

M. LIBAULT

Les trente dernières années ont été marquées par le fait que l'État intervient bien davantage dans le pilotage du système. Ceci est lié à son importance pour les finances publiques, mais aussi à l'universalisation de la protection sociale. Les lois de financement de la protection sociale sont devenues un élément essentiel du pilotage des finances publiques.

M. JOHANET

On ne peut pas regretter l'apparition des lois de financement, ni l'implication du Parlement, ni le rôle de la Direction de la Sécurité sociale. On peut regretter ce qui n'existe pas, non ce qui existe. Le pilotage financier s'avère absolument prépondérant en raison de l'absence de pilotage stratégique de la santé publique. L'existence des lois de financement représente déjà un progrès, et que le Parlement s'implique peu ou prou en est également un.

Il est possible d'aller plus loin, en introduisant des lois de financement rectificatives. La question se pose de l'intégration dans le champ de ces lois d'éléments concernant l'AGIRC et l'ARRCO, que la Cour souhaiterait, s'agissant de régimes obligatoires. On peut assimiler la situation à la marée basse, où l'on voit apparaître sur la plage les vieilles carcasses vides, une absence d'approche en termes de santé publique et des considérants stratégiques d'implication plus ou moins forte de l'intérêt général dans tel risque plutôt que tel autre, l'absence complète de réflexion sur les maladies professionnelles, etc. La réflexion permet de constater que le pilotage est uniquement financier, ce qui est dommageable.

M. LIBAULT

Je suis totalement d'accord avec vous et je pense qu'il s'agit d'une des grandes limites du débat actuel au Parlement, provoqué par la loi de financement de la Sécurité sociale. En étant totalement conscient, j'ai fait une tentative en 2005 avec la réforme de la loi organique intégrant des programmes de qualité et d'efficacité, avec l'idée de donner une dimension autre que financière et une visibilité aux objectifs de chacune des politiques, afin que les parlementaires puissent s'en saisir et débattre de ces objectifs et de leur pertinence. Ils n'y ont pas procédé, peut-être en raison de l'organisation de la loi de financement qui ne le permet pas. Il convient sans doute de réfléchir à la manière de réinvestir le Parlement sur ces visions stratégiques.

M. JOHANET

Peut-on affirmer que le Parlement a été impliqué par l'exécutif ou s'est impliqué spontanément ? Je pense qu'il l'a fait spontanément sur les réformes des retraites.

M. LIBAULT

Il n'a pas été moteur sur les réformes des retraites. J'ai été frappé par le fait qu'on n'évoque peu le sujet de la retraite entre deux réformes, jusqu'à ce qu'il se réveille à nouveau. C'est l'une des raisons pour laquelle j'ai milité pour la création du comité de pilotage des retraites, au-delà du COR, pour s'intéresser de façon plus régulière à cette question. En revanche, le Parlement s'est impliqué lors de chaque discussion du projet de loi.

M. JOHANET

Sans être leader, il s'est tout de même impliqué beaucoup plus, et cela montre que

Gilles
JOHANET

Interview réalisée par
Dominique LIBAULT
et Julien DAMON

c'est possible. Le problème tient au trou d'air par rapport à la période d'il y a quinze ans en ce qui concerne le nombre extraordinairement faible des élus spécialistes de la Sécurité sociale, ce qui reflète un effet d'éviction. À cet égard, je me pose la question sur la façon dont on considère l'évolution depuis 1991 et les articles d'Anne-Marie CASTERET. La ré-implication technocratique de l'État et la désertification des élus constituent deux mouvements contradictoires. On peut penser que les élus prennent de l'âge et ne s'impliquent plus, ce qui est normal. Cependant, ils ne sont pas remplacés. Ceux qui pensent le faire à un moment, battent en retraite, tant cela peut être dangereux.

M. LIBAULT

Je fais l'hypothèse que ce rééquilibrage vers la technocratie, qui maîtrise davantage les outils et techniques, n'est pas complètement sans lien avec l'évolution des politiques due aux contraintes financières, aux arbitrages et choix d'économie par rapport aux politiques antérieures de générosité, et qui génère peut-être moins d'enthousiasme de la part des élus. Pour être franc, une telle implication semble peu gratifiante devant l'opinion publique.

M. JOHANET

Vous n'avez pas tort, mais j'ai envie de vous contredire sur un point en remarquant que le combat contre les inégalités est tout de même un beau combat, mais pas nécessairement gratifiant. Intervenant à la radio en 1983, Jean-Pierre CHEVÈNEMENT affirmait que l'on ne pouvait engager des réformes, car ceux qui y sont opposés s'en affolent et ceux qui y sont favorables ne réagissent pas. Beaucoup reste à faire, même dans le combat contre les inégalités.

M. DAMON

On n'utilisait pas le mot « gouvernance » il y a vingt ou trente ans. Faites-vous une différence entre administration, gestion, pilotage et gouvernance ?

M. JOHANET

Je fais une différence capitale entre pilotage et gestion.

Le pilotage se distingue de la gestion au jour le jour et prévoit la définition d'objectifs et d'un plan pour y parvenir. Le problème tient au fait que l'État s'est complètement impliqué dans la gestion, mais pas autant dans le pilotage, à l'exception de la retraite, mais pas parfaitement.

La gouvernance est un terme anglo-saxon. Elle recouvre aussi bien le niveau politique que le niveau manager. Le mélange des

deux niveaux permet de moins mesurer la responsabilité de chacun. Est-ce un progrès ?

M. LIBAULT

Vous évoquiez la direction de la Sécurité sociale (DSS). Pourriez-vous nous dire un mot sur les conventions d'objectifs et la relation entre l'État et les organismes ?

M. JOHANET

La DSS est devenue LA direction majeure reconnue de tous, certains avec enthousiasme, d'autres avec résignation. La direction générale de l'offre de soins (DGOS) n'existe plus et n'est même plus investie par le lobby hospitalier, qui n'en a plus besoin, car disposant déjà de tant de pouvoir local. D'autre part, la Direction Générale de la Santé (DGS) est devenue extraordinairement faible. Aucun contrepoids n'existe donc face à la DSS, qui remplit sa mission. Lorsque j'exerçais au CEPS, tout le monde écoutait dans un silence religieux le jugement de la DSS sur un médicament.

Je reprendrai l'exemple du médicament, intéressant car complètement asymptotique de ce qu'est le système de santé, du fait de la mondialisation du marché et de l'évaluation, les deux étant complètement liées. La DSS ne peut pas et n'a pas une vision des alternatives thérapeutiques, car cela ne relève pas de son rôle. Par ailleurs, elle n'a pas non plus de vision des évolutions. Il est commode de considérer que tel anti-cancéreux donne trois mois de vie supplémentaires, mais coûte 30 000 €. Cependant, il s'agit de trois mois de vie, qui succèdent à trois autres mois de vie, etc. On prend alors conscience que ce médicament est un chaînon, encore faut-il avoir une vision du chaînage.

M. DELFRAISSY m'avait expliqué ce qui est arrivé avec l'hépatite B, où l'on avait constaté une baisse de la consommation des médicaments, qui ne guérissaient pas avant le Sovaldi. Et l'État jouait les stupéfaits. Les alternatives thérapeutiques et les prospectives ne relèvent pas de la DSS, mais de la DGS. En ce qui concerne la DGOS, serons-nous enfin capables de récupérer les économies introduites par les produits médicamenteux, ce qui n'a pas été le cas jusqu'à présent, ni en ce qui concerne les antiulcéreux, ni pour les trithérapies, ni pour le Sovaldi, etc. ? L'hôpital conserve systématiquement sa rente. Si je le déplore, je ne peux critiquer la DSS. Dans son raisonnement, un nouveau médicament représente une dépense supplémentaire, même lorsqu'il guérit. C'est terrible, mais vrai.

M. LIBAULT

Cela constitue également une conséquence d'un principe que je comprends bien, qui est l'annualité budgétaire. Il s'agit dans un premier temps d'une dépense avant d'être récupéré dans le système.

M. JOHANET

En effet, mais si un système de récupération n'est pas mis en place, cela ne sera pas du tout le cas.

M. LIBAULT

Je pense que la DSS, qui a certainement des limites, possède la vertu essentielle d'être la seule dans l'État à relever des finances publiques tout en s'efforçant de conduire des politiques

Gilles
JOHANET

Interview réalisée par
Dominique LIBAULT
et Julien DAMON

sociales, notamment en matière de retraite, de maladie, etc. Cela l'oblige à internaliser ses arbitrages et à construire des propositions qui tentent de considérer aussi bien les aspects financiers que les objectifs de politique publique. Si l'on voulait que l'État fonctionne mieux, et un peu moins par arbitrage, il faudrait concevoir des organisations internes plus proches de la DSS.

Ainsi, je caricature un peu, mais la direction du budget opère des arbitrages sans tenir compte ni des acteurs, ni des conséquences politiques, ni de la faisabilité, etc. Il s'agit à mon sens de process peu intelligents, et souvent peu productifs, en réalité, pour l'État.

M. JOHANET

Votre suggestion induirait de mettre en place un schéma différent du classique, auquel on pense : une DSS puissante et une DGS puissante, la DGOS n'étant pas du tout de la même nature. Vous proposez en revanche que la DSS couvre les deux domaines.

M. LIBAULT

Ce n'est pas mon propos. La DSS a besoin d'une expertise et d'une mise en œuvre, notamment par la DGS, car elle ne peut détenir tous les savoirs et connaissances. Cependant, dans le fonctionnement de l'État, on peut avoir un seul ministère et une direction qui s'efforce de penser les contraintes financières et les objectifs sociaux.

M. JOHANET

Dans ce cas, il serait nécessaire de mener une contradiction régulière avec ce que j'appelle les directions de champ. Malheureusement, le problème tient au fait que ces dernières sont extraordinairement faibles. Elles n'ont jamais su digérer la création des agences, de la HAS, etc. Dans ce contexte, la DSS représente un pack homogène, donc beaucoup plus puissant. Elle est d'ailleurs homogène y compris dans ses résignations, car je ne pense pas qu'elle espère faire beaucoup d'économie sur les hôpitaux. La DSS s'efforce d'avoir la vision la plus large. Cet ensemble homogène dans sa mission, rejoint exactement l'outil et la volonté des pouvoirs publics de maîtriser le dérapage de la dépense.

Je voudrais mentionner l'exemple de la dépendance. À un moment, il y a une dizaine d'années, beaucoup de colloques se sont tenus sur l'assurance dépendance, le rôle des mutuelles et des assureurs. Il est probable qu'il faille une assurance dépendance. Le meilleur moyen de la payer serait d'y consacrer trois euros par mois dès que l'on travaille, à partir de 22 ou 25 ans, et cela n'aurait rien d'excessif. Se pose une question très pratique, issue

de notre histoire, et que nous connaissons : comment procéder pour les générations intermédiaires ? Si l'on met en place cette assurance au 1^{er} septembre, elle sera disponible, y compris pour les générations qui n'ont pas cotisé et il n'y aura donc d'autre choix que celui du système par répartition. Cette question n'a jamais été posée dans un colloque, ce qui montre la limite de la réflexion.

M. LIBAULT

Vous indiquiez que le pilotage de la retraite est relativement satisfaisant, mais reste non abouti.

M. JOHANET

En effet, et j'ai beaucoup importuné les rapporteurs du rapport sur la retraite de la Cour des comptes en raison des facilités présentes à l'origine. Je n'y suis parvenu qu'à moitié. J'aurais voulu que la Cour soit plus nette dans ses conclusions et ses recommandations. En l'occurrence, la réflexion n'était pas pleinement aboutie. Le problème majeur des retraites ne tient pas aux inégalités entre le public et le privé, il est présent au sein du public, entre les agents cotisant sur les primes, et ceux qui ne l'ont pas fait, entre les actifs et les sédentaires. Contrairement à ce que l'on laisse croire souvent, et que la Cour indique très discrètement, le surcoût des fonctionnaires actifs est payé par les sédentaires fonctionnaires, pas par le privé, pas par le contribuable.

Financer les retraites publiques et privées n'est pas seulement inutile. Cela nous mettrait en présence de problèmes techniques devenus insurmontables et faire un sifflet sur quarante ans revient à payer deux fois. De vraies questions se posent à cet égard. Il aurait notamment été intéressant de savoir comment s'est effectué le basculement vers le régime sédentaire des infirmières et des policiers de catégorie C.

Par ailleurs, l'on évoque toujours l'âge mais pas le minimum de pension. Celui de la SNCF est supérieur d'un tiers à celui du régime général et ce surplus est payé par le régime général. Je doute que ce soit au nom de l'égalité. D'autre part, quel que soit l'âge, au moment du départ en retraite, 38 % des retraités du privé sont cotisants, contre 82 % des retraités du public. Si un nombre aussi considérable des retraités du privé ne cotise plus depuis deux ans, cela crée une inégalité absolument considérable.

M. LIBAULT

Il est vrai que le sujet des inégalités internes au public est très peu traité. Le COR ne s'y est pas du tout intéressé. Les rapports de la Cour évoquent quelques éléments mais beaucoup reste à dire. Je suis d'accord avec vous sur la nécessité de poser le problème du point de vue des inégalités, mais pas de l'opposition public/privé.

M. JOHANET

J'aurais souhaité que le gouvernement demande à la Cour de lui proposer cinq mesures partielles concernant la retraite et permettant d'instaurer un peu plus d'égalité car nous avons des difficultés à le faire nous-mêmes. Je placerais en tête les « décisions chapeaux », à savoir les promotions dans les six derniers mois de vie active, qui constituent un scandale pur. L'argument avancé pour les justifier est qu'elles profitent à des personnes qui n'ont pas bénéficié de récentes promotions. Et alors ?

Gilles
JOHANET

Interview réalisée par
Dominique LIBAULT
et Julien DAMON

M. LIBAULT

Que pensez-vous de la crédibilité et de la faisabilité de la réforme globale annoncée de la retraite, concernant notamment le système de points ?

M. JOHANET

Je pense qu'il y a lieu d'expliquer le système aux Français et que les garanties très fortes dans un système de points reposent sur le nombre de ceux-ci, mais cela s'arrête là. Aussi, il me semble que le présenter comme le nirvana demande beaucoup d'audace. Il en est de même du notionnel, qui tient compte de l'espérance de vie et qui impliquerait que les femmes partiraient sept ans après les hommes. Le mirage d'un régime parfaitement égalitaire - autrement dit la reprise, étonnante, du mythe du grand soir - pose une question très importante, que l'on ne soulève plus aujourd'hui, en raison aussi de l'affaissement de la réflexion. Il s'agit de celle concernant les éléments du système contributif qu'il serait souhaitable de conserver.

Je suis d'accord avec Pierre-Louis BRAS, qui déclarait dans une interview, le 20 juin 2017, que l'important est de savoir quel pourcentage du PIB l'on consacre à la retraite, pour quelles catégories de personnes, à partir de quel âge, etc. Je note par ailleurs que le débat sur la retraite a considérablement gagné en clarté. Les paramètres n'en sont pas sorciers.

En outre, nous avons démonté dans le rapport sur la Sécurité sociale l'idée d'Alain JUPPÉ d'aligner le public et le privé, mais nous ne sommes pas allés très loin sur le régime par points. Un changement juridique ne créera pas de ressources financières.

M. LIBAULT

Il me semble opportun qu'à un moment donné, la retraite soit traitée à la Cour par une seule chambre.

M. JOHANET

Nous nous posons cette question.

M. DAMON

S'agissant de la gouvernance, vous n'avez pas encore prononcé les mots célèbres de « partenaires sociaux ».

M. LIBAULT

On tend actuellement vers un système universel, avec un pilotage beaucoup plus fort de l'État. Néanmoins, sans aller aussi loin que d'autres pays où les partenaires sociaux sont quasiment

absents, ceux-ci restent dans des conseils d'administration, etc. Partagez-vous la nostalgie qu'ont certains d'un système antérieur que vous avez connu ?

M. JOHANET

Je suis nostalgique non pas du paritarisme, mais très nostalgique et demandeur pour l'avenir d'un dispositif d'exercice du pouvoir où des contrepoids existent. Je trouve l'article de Guy SORMAN sur le despotisme éclairé très juste sur ce point. La France ne connaît pas les contrepoids. Deux domaines en présentaient tout de même peu ou prou : l'assurance maladie et les CAF. Ils n'existent plus et l'État gère le tropisme pour concentrer, même lorsqu'il a annoncé qu'il déconcentrait. Je trouve fabuleux d'avoir créé les ARS, puis le Comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins hospitaliers (COPERMO) qui fait remonter au ministère les décisions qu'elles devraient prendre.

L'État ne s'est jamais posé la question de savoir avec qui il doit gérer. Non seulement il pilote seul, mais il gère seul. Pour l'assurance maladie, dans tous les pays d'Europe ayant engagé des réformes, l'État s'est soucié d'avoir des contrepoids. Il s'agit des généralistes en Grande-Bretagne, des comtés en Suède, des caisses en Allemagne. L'État français est le seul ne souhaitant pas de contrepoids.

M. LIBAULT

Le système de la convention médicale représente un poids non nul des médecins dans le système.

M. JOHANET

Il s'agit d'un système de distribution de rente, pas d'un dispositif de gestion. On l'a même porté au pinacle, en plaçant la négociation conventionnelle avant les élections. Je ne dirais pas qu'il s'agit d'un contrepoids, car la négociation est ponctuelle. La convention ne prévoit pas de sanction, selon le principe même de la politique conventionnelle. En outre, aucune réflexion n'est engagée devant l'opinion publique sur le suivi. D'ailleurs, je pense qu'il s'agit d'un instrument mort, même si je ne peux pas affirmer qu'il sera enterré.

Cependant, la situation n'est pas aussi simple que je vous la décris. Certaines caisses détiennent tout de même un pouvoir. J'ai été fasciné par la capacité de la CNAV à bloquer l'adossement RATP, obligeant l'État à céder.

Les syndicats ne constituent plus un contrepoids à l'heure actuelle, étant partis avec leur accord.

M. LIBAULT

Pensez-vous nécessaire de créer de nouveaux contrepoids ?

M. JOHANET

J'en suis totalement convaincu. L'allocation de ressources en matière de retraite selon la durée ou le montant relève de choix très politiques. L'État pourrait également organiser des procédures livre vert, livre blanc. En matière de santé, des choix importants doivent être faits, où l'État devrait avoir des contrepoids.

Gilles
JOHANET

Interview réalisée par
Dominique LIBAULT
et Julien DAMON

M. LIBAULT

L'Accord national interprofessionnel (ANI) est précisément un exemple où le dialogue social s'est saisi d'un sujet sur la protection sociale et a recréé inconsciemment une forme d'inégalité. En effet, le dialogue social est souvent circonscrit à une certaine catégorie de la population, en l'occurrence les salariés.

M. JOHANET

Je rejoins tout à fait vos propos mais je les interprète différemment. La nature a horreur du vide. Les syndicats ont vocation à protéger les salariés et ils segmentent. Ils n'ont jamais prétendu rassembler tout le monde.

M. LIBAULT

Je ne leur en fais nullement grief, mais cela montre bien que cela poserait des problèmes de gouvernance, s'il n'y avait qu'eux. Le sujet de l'égalité devant la maladie est complexe et délicat, et le dialogue social, quand on le lui confie, le traite comme il le peut, notamment en recréant des inégalités.

M. JOHANET

Cela signifie qu'il ne peut être seul et en être le pilote. De toute façon, la vieille question « Qui est le pilote dans l'avion ? » est apparue stupide, lorsque l'on s'est aperçu qu'une dimension santé publique devait être présente. Et la santé publique, c'est l'État. Ce jour-là, le pilote a disparu. Les partenaires sociaux ne peuvent piloter et eux aussi segmentent.

On l'évoque très peu, mais le rapport de la Cour sur l'assurance maladie, qui paraîtra en automne, le montrera : nous allons vers une assurance maladie obligatoire dans ses cotisations et très sélective dans ses prestations et cette tendance est parfaitement accompagnée par toutes les réformes depuis vingt ans.

De ce point de vue, la succession de réformes est tout de même époustouflante. Une réforme de fait survient lorsque le barrage des généralistes sur les affections longue durée (ALD) cède et l'on passera en cinq ou six ans de quatre millions à huit millions, puis à dix millions. Par ailleurs, on affirme que la couverture maladie universelle (CMU) est un grand progrès social mais on peut aussi la considérer différemment : puisqu'on ne peut protéger tout le monde, on protège les pauvres. D'autre part, on crée l'aide à la complémentaire santé pour les populations interstitielles.

Ce dispositif fait que maintenant, la tendance de plus en plus préoccupante à mal couvrir les personnes qui ne relèvent ni de

la CMU, ni des ALD, etc., peut se développer sans trop de difficulté. Nous nous orientons de fait vers une assurance maladie qui n'est plus du tout universelle dans ses prestations, ce qui constitue un élément de fragilisation considérable du dispositif. Pour cette raison, le bouclier médical ne sortira pas, car il révélera cette tendance.

M. DAMON

Avez-vous une religion sur l'assurance chômage, qui devrait se transformer ?

M. JOHANET

Je ne constate que des projets de nationalisation. Denis KESSLER affirmait il y a quinze ans que l'État ne pouvant plus s'occuper d'économie, et l'Europe lui enlevant nombre de domaines d'action, il investit le domaine social. Je dois dire que je ne comprends pas réellement l'intérêt d'exclure les partenaires sociaux de la gestion de l'assurance chômage. Le processus a déjà été largement entamé avec Pôle Emploi, mais on ne peut affirmer qu'il s'agisse d'un succès, à moins que celui-ci ne soit en devenir.

M. LIBAULT

Si l'on s'oriente, à tort ou à raison, vers un système plus universel en matière d'assurance chômage, les partenaires sociaux sont légitimes à se concentrer sur les domaines professionnels. Comment alors recréer les contre-pouvoirs ? Je pense que l'on n'a pas encore trouvé la bonne solution pour un pilotage universel.

M. JOHANET

On ne l'a pas réellement recherchée non plus. En ce qui concerne l'assurance chômage, je ne vois pas très bien ce qui pourrait remplacer les syndicats, alors que dans l'assurance maladie, il est possible d'impliquer, hormis les syndicats, des représentants élus notamment.

M. LIBAULT

Le rôle de la Cour des comptes a considérablement évolué, ainsi que ses rapports autour de la loi de financement notamment. Elle bénéficie par ailleurs d'une médiatisation beaucoup plus marquée de ses rapports. On peut parfois se demander quelle est la cible finale, entre la médiatisation et les administrations. Comme voyez-vous le rôle de la Cour des comptes dans la gouvernance du système ?

M. JOHANET

Je me réjouis de la technicité croissante mais fragile de la 6^{ème} chambre, avec la question que nous nous posons actuellement de la répartition de certains risques, y compris avec la 1^{ère} chambre, s'agissant des données financières. Elle rencontre la même difficulté que dans les tous les autres domaines de contrôle de la Cour, en ce qui concerne la réflexion sur les missions. Je pense d'ailleurs que c'est la raison pour laquelle nous n'avons que peu travaillé sur les maladies professionnelles depuis un certain temps, alors que nous avons effectué quelques petits contrôles assez explosifs.

J'espère que la 6^{ème} chambre poursuivra le développement de son niveau de professionnalisme. Je ne suis pas choqué à l'idée qu'elle se polarise davantage sur la maladie que sur les retraites, car les problèmes s'y révèlent beaucoup plus lourds et moins traités. À cet égard, il

Grand témoin

Gilles
JOHANET

Interview réalisée par
Dominique LIBAULT
et Julien DAMON

existe un véritable trou noir, qui est l'hôpital. Pour cette raison d'ailleurs, la 6^{ème} chambre l'a laissé aux chambres régionales, car nous ne disposons pas de véritable compétence sur le système hospitalier. Un rapport sur le contrôle hospitalier devrait être plus approfondi qu'actuellement. La Cour ne pourra le faire qu'en liaison forte avec les chambres régionales. Cela viendra.

S'agissant de la certification, je me souviens des propos profondément justes du Directeur de la Sécurité sociale adressés à la Cour : « Les comptes, vous cherchez à les certifier, nous cherchons à les équilibrer ». La certification des comptes dans notre univers « État » dans l'ensemble, Cour comprise, a une fonction votive, voire pieuse. Elle n'est pas une garantie, n'a aucun rapport avec le contrôle de gestion et nous sommes le seul pays d'Europe à effectuer un contrôle juridictionnel et une certification. Nous nous y sommes plongés avec délice, mais nous déchantons à présent, victimes de la loi des rendements décroissants. Il convient d'envisager une certification tous les trois ans, si l'on considère que la 1^{ère} chambre y consacre la moitié de ses rares moyens. Cela étant dit, le plus intéressant dans la certification est l'analyse, notamment des comptes certifiés des hôpitaux par les commissaires aux comptes (CAC).

M. LIBAULT

Je vous remercie.

DOSSIER

1

Dossier central : LA GOUVERNANCE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

portance
plus en p
rait être
cisément, il s
cation de la peti
rtises et savoirs qu

Car il peut revenir

ici au moins deux

enfants (pour leur so

é du travail ? la pa

e, en gros, par les

ternelle) a-t-elle se

é de la question p

mpose) finance-t-on

se-t-on des presta

ndre un tel sujet

s, d'observations, e

n d'abondance que

is comme d'investig

T. C'est peu dire qu

être toujours conv

multiples rapports

en3s

ECOLE DES DIRIGEANTS
DE LA PROTECTION SOCIALE

Permanence et mutations de la solidarité

Par **Jean-Pierre Laborde**, Professeur émérite de l'Université de Bordeaux, membre du Centre de droit comparé du travail et de la Sécurité sociale (UMR CNRS-Université n° 5114)



Jean-Pierre Laborde est Professeur émérite de l'Université de Bordeaux depuis 2015, après avoir été notamment Président de l'Université Montesquieu-Bordeaux IV de 2006 à 2011 et Directeur du Centre de droit comparé du travail et de la Sécurité sociale (Comptrasec, UMR CNRS-Université n° 5114) de 1988 à 1998.

Il est l'auteur de contributions, chroniques et commentaires, en droit de la Sécurité sociale, en droit du travail, en droit de l'aide et de l'action sociales, en droit social comparé et en droit international privé. Il est co-auteur de

deux ouvrages qui viennent d'être mis à jour :

- *Co-auteur, avec le professeur Jacques Rojot, d'une monographie en anglais de droit du travail, *Labour Law in France*, éd. Wolters Kluwer, deuxième édition, 2017 ;*
- *Co-auteur, avec le Professeur Sandrine Sana-Chaillé de Néré, d'un Mémento Dalloz de droit international privé, 19^{ème} édition, 2017.*

La solidarité est comme la signature de la Sécurité sociale¹, mieux, elle est son être même, son âme. Le tout premier article du Code de la Sécurité sociale énonce ainsi, dans son premier alinéa, que « la Sécurité sociale est fondée sur le principe de solidarité nationale »². Et pourtant combien elle est difficile à approcher, non seulement dans l'immédiat et le temps présent, mais plus encore dans la suite des temps, quand elle oscille entre permanence et mutations !

De la solidarité, « si difficile à définir, encore plus difficile à mettre en œuvre »³, qui a toutes les apparences de l'évidence et toutes les réalités de la complexité si ce n'est de l'ambiguïté, il est toujours, quel que soit le point de vue adopté, deux approches possibles. Ainsi l'incontestable permanence de la solidarité dans l'organisation d'un système de Sécurité sociale appelle-t-elle une réflexion complémentaire, si ce n'est concurrente, sur des mutations qui peuvent paraître,

1 C'est d'ailleurs elle qui distingue les organismes de Sécurité sociale de simples entreprises et les fait échapper à juste titre aux logiques du droit de la concurrence, comme l'ont énoncé aussi bien la Cour de justice de l'Union européenne que la Cour de cassation.

2 Dans sa formulation actuelle, qui remonte à la loi du 21 décembre 2015, l'alinéa 1 de l'article L.111-1 est d'ailleurs plus énergique encore que dans sa formulation précédente puisqu'il énonçait auparavant que « l'organisation de la Sécurité sociale est fondé sur le principe de solidarité nationale ». C'est désormais la Sécurité sociale elle-même et tout entière qui est ainsi caractérisée.

3 Cette observation si exacte et si éclairante est de Jean-Jacques Dupeyroux, *Dr. soc.* 1995, p. 716, cité par P. Rodière, « Actualité des solidarités sociales en droit européen », in *La Solidarité, Enquête sur un principe juridique*, Collège de France, (sous la direction de Alain Supiot), Odile Jacob, 2015, p. 311. Pierre Rodière écrit quant à lui que, dans un sens large, « la solidarité est ce qui soude, réunit ou met en commun, solidifie » - *ibidem*, p. 312.



par certains aspects, inéluctables⁴. Comment pourrait-il en être autrement quand le même phénomène de dualité de sens possibles affecte l'idée même et l'image d'une solidarité effectivement au cœur de la Sécurité sociale et, plus largement, de la protection sociale. Il faut donc tenter d'approcher du cœur même de la solidarité (1), des cercles de solidaires qu'elle met en œuvre (2) et des pratiques qui concourent à sa mise en œuvre (3).

I- Au cœur de la solidarité

I-1/ La solidarité a en effet une forme propre, dans les prestations dites contributives, c'est-à-dire celles dont les bénéficiaires participent directement au financement. On sait que le financement précisément de ces prestations est assuré, au moins classiquement, par des cotisations, assises sur le salaire dans le régime général des salariés. Ces cotisations sont calculées non pas du tout en fonction des risques que courent les personnes concernées mais de leurs revenus. Ainsi, et c'est ici qu'apparaît le principe de solidarité, la personne de faibles revenus et de risques élevés peut être aussi complètement couverte que la personne de revenus élevés et de risques faibles⁵. La Cour de Justice de l'Union européenne elle-même n'a pas manqué de relever cette particularité comme typique d'un régime de solidarité. Il en irait bien sûr tout à fait autrement si les cotisations étaient calculées, comme les primes d'assurance, en fonction du risque, puisque les personnes à revenus faibles et à risques élevés ne pourraient espérer aucune couverture. Bien sûr aussi, le dispositif de solidarité ainsi mis en place suppose que l'affiliation à la Sécurité sociale soit obligatoire car sinon les personnes à risques faibles et à revenus élevés iraient s'assurer dans l'assurance privée, privant ainsi le système de Sécurité sociale de ressources essentielles. Il faut ajouter que, dans un dispositif de type solidaire, il est assez clair que la redistribution des ressources, quand elle existe, va plutôt des actifs vers les inactifs, ce qui est statistiquement le cas de la couverture maladie et encore plus nettement et en quelque sorte organiquement le cas de la couverture vieillesse, dans le cadre du financement par répartition de la couverture vieillesse⁶.

Évoquer en tout cas une solidarité obligatoire n'est d'ailleurs pas l'assimiler nécessairement à une solidarité imposée puisque le dispositif de Sécurité sociale relève dans ses principes de la compétence du Parlement qui, lui-même, représente l'ensemble de la population en âge et état de voter. Cette solidarité est-elle pour autant toujours bien accueillie et surtout est-elle seulement ressentie ou perçue par les intéressés ? La question est difficile et elle n'a pas de réponse bien claire. Si la solidarité spontanée est souvent mise en lumière et ressentie comme gratifiante

4 Ces mutations peuvent amener à tenter de repenser la solidarité – cf. S. Paugam, *Repenser la solidarité. L'apport des sciences sociales*, Paris, PUF, Le lien social, 2007. Voir aussi Robert Castel et Nicolas Duvoux, *L'avenir de la solidarité*, PUF, La vie des idées.fr, Paris, 2013.

5 Sur cette thématique essentielle, voir notamment J.-P. Laborde, *Droit de la Sécurité sociale*, PUF, Thémis Droit public, 2005, n° 53 et sv., pp. 30 et 31.

6 S'agissant de la couverture maladie, la montée de la fiscalisation dans son financement ne remet pas en cause le raisonnement ici tenu, puisque l'impôt direct, comme les cotisations, est bien sûr calculé sur les revenus et non pas en fonction du risque.

non seulement par ceux qui en bénéficient mais aussi pour ceux qui la pratiquent, la solidarité organisée est plutôt spontanément perçue, même si ce n'est pas tout à fait juridiquement exact, comme relevant de la machine d'Etat, peu apte à susciter l'émotion et encore moins l'enthousiasme. Et il faut ajouter qu'il apparaît assez souvent dans les études d'opinion que le consentement à la solidarité est d'autant plus fort que la situation économique et de l'emploi est bonne et que, à l'inverse, il faiblit en période de crise. Il est vrai que ces mouvements de balance et d'oscillation valent aussi et plus encore pour les prestations non contributives⁷.

La solidarité prend, il est vrai, une autre forme quand il s'agit de toute la partie non contributive de la protection sociale. Les bénéficiaires des prestations n'en sont pas alors, par hypothèse, les financeurs puisque, précisément, leur droit aux prestations tient à la considération qu'ils n'ont pas les ressources nécessaires pour répondre à leurs besoins essentiels. On songe bien sûr ici à la tradition très ancienne et qui parcourt toutes les civilisations et les religions du secours aux indigents. Forme en quelque sorte première de la solidarité, du riche au pauvre. Pour autant cette figure de la solidarité a beaucoup évolué au fil du temps et elle apparaît aujourd'hui aussi bien comme un devoir pour celui qui au fond n'en a pas besoin que comme un droit, aux conditions définies, pour celui qui, précisément, est dans le besoin. Solidarité en quelque sorte asymétrique, serait-on tenté de dire, quand la solidarité contributive est au contraire symétrique. Il faut cependant se méfier de taxinomies et de terminologies venant trop rapidement à l'esprit, dans la mesure où l'une et l'autre des solidarités concernent, à des titres divers, les citoyens dans leur ensemble et aussi le cercle plus large encore de tous les résidents.

II-2/ Les grandes distinctions binaires, ici la distinction du contributif et du non contributif, peuvent, il est vrai, donner un sentiment exagéré de permanence, en ne laissant pas entrevoir des mutations significatives. C'est bien le cas ici avec ce que l'on pourrait appeler un rapprochement des deux grandes catégories de notre champ et donc des deux formes de la solidarité qu'elles mettent en œuvre. Le phénomène a été très remarqué pour les prestations non contributives, qui constituent aujourd'hui de véritables droits subjectifs pour leurs bénéficiaires, opposables à tous, soumis comme tels à des conditions objectives et qui ne sont plus laissées à l'appréciation plus ou moins arbitraire des dispensateurs de secours. Du reste l'évolution contemporaine tend à articuler plus qu'à distinguer l'assurance sociale et l'assistance sociale, en évitant de stigmatiser la seconde, qui relève d'une solidarité tout aussi nécessaire et appréciable que la première. À l'inverse mais au fond dans le même esprit, les prestations de Sécurité sociale ont intégré pour certaines d'entre elles des conditions de ressources⁸ – le phénomène est particulièrement net en matière de prestations familiales -, et leur financement fait désormais un assez large appel à l'impôt, dont le produit talonne celui des cotisations. Cela ne signifie certes aucunement que la solidarité faiblirait mais plutôt que ses formes tendent à devenir plus complexes et peut-être plus subtiles.

7 Cf. S. Paugam, « Les cycles de la solidarité envers les pauvres », in *L'avenir de la solidarité*, Robert Castel et Nicolas Duvoux, précité, pp. 23 à 41. Voir aussi *Ce que les riches pensent des pauvres*, B. Cousin, C. Giorgetti, J. Naudet, S. Paugam, éd. Du Seuil, 2017. Voir encore S. Paugam, « Les pauvres sont jugés victimes d'injustice sociale ou bien paresseux », *ASH* 2017, n° 3027, 29 septembre 2017, pp. 32 et 33.

8 Les conditions de ressources peuvent aussi bien toucher l'existence même de la prestation – c'est le cas le plus fréquent – qu'affecter son montant – c'est désormais le cas des allocations familiales – voir par exemple P. Morvan, *Droit de la protection sociale*, LexisNexis, 8^{ème} édition, 2017, n° 448, p. 428.



Nous venons de faire allusion à une autre grande distinction, celle du financement par les cotisations et du financement par l'impôt. Cette distinction a partie liée avec une autre, très fameuse, celle des systèmes socioprofessionnels et des systèmes universels. C'est alors la question cruciale des cercles de la solidarité qui est posée.

II- Les cercles de la solidarité

II-1/ La mise en œuvre effective d'un système ou d'un dispositif de solidarité suppose toujours que soit défini, c'est-à-dire, au sens étymologique, délimité le cercle des personnes concernées, c'est-à-dire le cercle des personnes entrant dans ce rapport de solidarité. En ce sens et au moins sur le terrain de la protection sociale, il n'y a pas de solidarité universaliste, c'est-à-dire qu'il n'y a pas de solidarité qui regrouperait en un seul cercle l'ensemble des humains dans l'univers entier⁹. La solidarité dont il est question ici a toujours des personnes extérieures à son cercle.

En revanche mais cette fois-ci dans un sens bien différent et technique il peut y avoir des systèmes de Sécurité sociale de type universel et d'autres de type socioprofessionnel, selon que la solidarité mise en œuvre se limite ou non aux travailleurs ou à une catégorie d'entre eux. Ainsi, dans les systèmes de type socioprofessionnel, ceux qui exercent une activité professionnelle sont réunis en régimes différents selon la typologie des catégories socioprofessionnelles retenue par le système de Sécurité sociale tandis que dans les systèmes de type universel sont assurés sociaux, quelle que soit leur activité professionnelle et même en l'absence de toute activité de ce type, tous ceux qui ont une résidence régulière sur le territoire. La distinction de ces deux types de systèmes entraîne toutes sortes de conséquences, sur le terrain de la définition des assurés sociaux, sur celui des éventuels ayants droit, sur le financement, par l'impôt ou par les cotisations, de la Sécurité sociale, sur l'organisation du contentieux et son rattachement à l'ordre judiciaire ou à l'ordre administratif et ainsi de suite mais on voit bien que le cœur même de la distinction est dans le type de solidarité retenu parce que c'est de ce choix que tout découle.

II-2/ Encore faut-il, ici autant qu'ailleurs, se garder de verser dans tout schématisme et de perdre le discernement des mutations à l'œuvre.

En premier lieu, il faut bien dire que sans doute aucun système n'est purement socioprofessionnel ou purement universel. Le système français n'est pas plus homogène qu'un autre même si sans doute il a été assez fortement socioprofessionnel à l'origine. Il est aujourd'hui plus mélangé qu'il ne l'était. C'est dire aussi que les deux types de solidarité peuvent entrer dans de savants dosages.

En second lieu, les contours socioprofessionnels de la solidarité n'ont aucunement entravé ni la couverture des ayants droit des assurés sociaux, par hypothèse éloi-

⁹ En d'autres termes, la référence à la solidarité peut certes être universelle, par exemple dans des déclarations universelles de droits, mais sa mise en œuvre et son organisation passent par des cercles spécifiques et limités. Il n'y a évidemment pas de système mondial de Sécurité sociale et de protection sociale même s'il est assez vraisemblable que l'addition des systèmes plus limités actuels concerne ou a au moins vocation à concerner une grande partie de la population du globe.

gnés de toute activité professionnelle, ni les compensations démographiques entre régimes socioprofessionnels différents. C'est dire qu'une solidarité à portée nationale ou universelle existe toujours plus ou moins en puissance dans le sein des systèmes socioprofessionnels.

Il est vrai que la période actuelle nous place face à un problème relativement nouveau, qui est celui de l'émergence et de l'affirmation de dispositifs de type universel à l'intérieur même de systèmes traditionnellement socioprofessionnels. C'est le cas du système français, aussi bien du point de vue de la montée grandissante de la place de l'impôt que du passage de la couverture santé à une couverture de type assez nettement universel¹⁰. Il est bien possible que cela soit le signe d'une montée de la solidarité de type universel et il convient alors de tenter de porter une appréciation sur ce phénomène.

L'universalité de la couverture sociale a un côté radical qui peut séduire. Il faudra cependant veiller à ce que ce type de solidarité ne s'impose pas au détriment de solidarités plus traditionnelles ou plus classiques mais peut-être tout aussi utiles. Du reste si l'on considère la protection sociale dans son ensemble, prestations non contributives et prestations contributives, on est frappé par le lien très souvent fait et pour autant peu discuté entre l'universalité de la couverture et son caractère basique ou minimal. On mesure alors ce que, par exemple, une solidarité qui ne s'exprimerait plus que par la garantie d'un revenu universel de montant nécessairement limité pourrait avoir de dangereux pour des dispositifs certes plus complexes et beaucoup plus catégoriels mais en définitive peut-être plus protecteurs. Et, sur un autre terrain, on mesure aussi le danger qu'il peut y avoir pour les travailleurs à ce que les prestations sociales n'apparaissent plus comme un salaire indirect légitimé par leur travail mais comme une ressource publique abstraitement financée par l'impôt.

Certes les scénarios les plus sombres ne sont pas nécessairement les plus probables mais il faut tout de même savoir les prendre en compte, dans une analyse aussi précise que possible non seulement des normes mais aussi des pratiques de la solidarité.

III- Les pratiques de la solidarité

Par cette expression assez générale, nous entendons surtout les attentes que la solidarité suscite et peut susciter et les comportements auxquels elle peut être confrontée. Ces attentes sont tout à fait susceptibles de varier voire de connaître elles-mêmes d'importantes mutations.

III-1/ L'une des grandes questions que pose l'exercice de la solidarité dans le domaine des prestations non contributives est celle de savoir s'il convient ou non de les soumettre à des conditions ou, plus exactement, de les assortir ou non de l'exigence d'une contrepartie. C'est la question de l'inconditionnalité, ou non, de ces prestations. On sait que cette question a beaucoup agité l'opinion au moment de la création du Revenu minimum d'insertion (RMI) en 1988, dans la mesure où la garantie d'un minimum de ressources a pu apparaître comme condi-

¹⁰ Ainsi la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2016 du 21 décembre 2015 substitue-t-elle, pour ce qui est de la prise en charge des frais de santé, avec effet complet au 1^{er} janvier 2020, des droits propres aux anciens droits seulement dérivés des ayants droit majeurs de l'assuré social. Dans ce cadre précis, la notion d'ayant droit disparaît donc pour les majeurs et même pour les mineurs de seize à dix-huit qui souhaiteront bénéficier plus rapidement de tels droits propres. Sur ce que cependant il s'agit bien davantage d'universalisation que d'universalité pure et simple, voir M. Badel, « La Sécurité sociale a soixante-dix ans. Vive l'universalisation », *Dr.soc.* 2016, pp. 263 à 271.



tionnée à la conclusion et plus encore à la réalisation d'un contrat d'insertion. Assez nombreux ont été les auteurs qui ont fait remarquer qu'une telle exigence leur paraissait contraire au caractère fondamental de cette garantie et finalement à la solidarité elle-même qui, dans le non contributif, n'a pas nécessairement à attendre de retour. Il leur a été parfois rétorqué que l'opération d'insertion était dans l'intérêt même du bénéficiaire et qu'elle ne devait pas apparaître comme une contrepartie et l'on peut penser aussi que la solidarité, fût-elle non, contributive, ne relève pas de la seule charité ou du seul secours et qu'elle peut s'inscrire dans des pratiques bilatérales. Quoiqu'il en soit, l'évolution ultérieure a montré tout à la fois que les pouvoirs publics n'étaient pas prêts à renoncer à assortir les garanties de ressources d'un processus de retour à l'emploi et aussi, et en partie contradictoirement, que ce processus lui-même restait, dans bien des cas, fort aléatoire¹¹.

La problématique n'est évidemment pas la même dans les prestations contributives mais elle n'est pas pour autant totalement différente, dans la mesure où, là encore, des comportements particuliers pourraient être attendus des bénéficiaires, qui seraient en quelque sorte incités à gérer au mieux le risque couvert pour en diminuer la fréquence ou la gravité.

Tel est, bien sûr, le cas avec l'indemnisation assurantielle du chômage, et même avec la couverture du chômage de type strictement assistantiel, dans la mesure où la recherche effective peut être vérifiée et son absence sanctionnée. Et si, certes, la solidarité est bien présente dans la couverture du chômage, elle ne va pas jusqu'à garantir au chômeur qui a cotisé une complète tranquillité dans la perception de son indemnisation. Tout au contraire est-il attendu de sa part une recherche active et effective d'emploi, dans le cadre de ce que l'on appelle, de façon assez ambiguë, l'activation des prestations ou de la couverture sociale. En d'autres termes et dans un esprit que l'on appelle aussi de responsabilisation, les personnes ne devraient plus être perçues seulement en bénéficiaires de prestations mais en actrices de la gestion de leurs propres risques. Autrement dit, le service des droits sociaux appellerait des comportements spécifiques de ses bénéficiaires, dans un souci en quelque sorte de bénéfice commun.

Assurément, nous n'en sommes pas encore tout à fait là dans la couverture maladie mais l'on ne peut pas exclure qu'un jour ou l'autre les assurés sociaux bénéficient d'avantages ou au contraire subissent des pénalités en raison de l'éloignement ou de la pratique de certains comportements à risques. Pour l'heure, avec notamment l'institution du médecin référent, il s'agit surtout de discipliner la tendance jugée dépensière à saisir directement les médecins spécialistes.

III-2/ Il reste à se demander si la tendance ainsi à l'œuvre n'entraîne pas la solidarité dans une nouvelle dialectique des comportements, les comportements

11 Sans compter certains effets de « décentrement », assez inattendus – cf. Nicolas Duvoux, « Le RMI à La Réunion : leçons d'un décentrement », in R. Castel et N. Duvoux, *L'avenir de la solidarité*, op. cit., pp. 77 à 82 – Il s'agit de la recension de l'ouvrage de Nicolas Roinsard, *Sociologie d'une société intégrée. La Réunion face au chômage de masse*, Rennes, PUR, 2007.

attendus des bénéficiaires répondant aux dispositifs et comportements de solidarité. Permanence et mutations de la solidarité, encore une fois.

Reste à espérer que la solidarité conserve voire développe sa part d'adhésion et d'élan collectif et qu'elle ne se limite pas à sa part d'affiliation et d'impérativité¹². Et pourquoi ne pourrait-on pas espérer aussi qu'elle débouche sur un esprit et des pratiques de coopération¹³ ?

12 Cf. J.-P. Laborde, « La solidarité, entre adhésion et affiliation », in *La Solidarité, Enquête sur un principe juridique*, (sous la direction de Alain Supiot), Collège de France, Odile Jacob, 2015, pp. 109 à 123. Nous entendons ici affiliation dans un sens strictement juridique et non pas dans le sens sociologique qu'il a, comme du reste le terme de désaffiliation, dans l'œuvre de Robert Castel.

13 Comp. C. Patemotte, *Agir ensemble, Fondements de la coopération*, Vrin, Philosophie concrète, Paris, 2017.

Quelle gouvernance au sein de la Sécurité sociale ?

Par Gilles Nezosi, *Directeur de la formation continue de l'EN3S*



Gilles Nezosi, Directeur de la formation continue de l'EN3S est docteur en sciences politiques et auteur, aux éditions de la documentation française de « La protection sociale, Découverte de la vie publique » publié en 2016 et de « La gouvernance de la Sécurité sociale, une institution en quête de régulation » publié en 2010.

Le terme « gouvernance » est aujourd'hui omniprésent. Du club de foot à l'entreprise en passant par l'État, aucun secteur ne lui échappe. La Sécurité sociale semble pourtant faire exception. Alors même qu'elle figure parmi les institutions les plus inclusives, touchant les citoyens à tous les moments de leur vie, la manière dont elle est gouvernée est méconnue. Certes, les résultats de son action ou l'ampleur de ses déficits sont largement commentés et font régulièrement la une de la presse. Cependant, la manière dont les différentes branches de la Sécurité sociale sont organisées et administrées et la façon dont les politiques publiques de Sécurité sociale sont définies demeurent dans l'ombre. Or, même si ces aspects prennent très rapidement un tour technique, objet de débats pour quelques spécialistes, la méconnaissance qui les entoure est préjudiciable pour le jeu démocratique et la prise collective de décisions sur l'avenir de la protection sociale. En effet, au-delà de la complexité de son mode de gouvernement, ses évolutions sont révélatrices des modifications de notre système de protection sociale, de la place de ses acteurs et, finalement, du sens et des orientations qu'on souhaite lui donner.

L'opacité où semble plongée la Sécurité sociale et son mode de gouvernement repose, en partie, sur une série d'ambiguïtés quant aux objectifs qui lui sont fixés et surtout aux acteurs qui doivent les mettre en œuvre (les partenaires sociaux, l'État et les directions salariées des organismes). Pour renforcer encore les difficultés de compréhension, le rôle et l'influence de ces acteurs vont, au gré des réformes, évoluer au cours des trois périodes qu'a connu le système depuis sa création : la période initiale de démocratie sociale, celle du paritarisme et celle, actuelle, d'émergence d'une « gouvernance » au sein de la Sécurité sociale.

Les ambiguïtés de la démocratie sociale

L'État social crée en 1945 fonde sa légitimité sur « l'arithmétique de la dette », c'est à dire sur une contrepartie offerte par la communauté nationale aux sacrifices consentis par les citoyens durant le temps de guerre¹. Cependant, si le projet est ambitieux – protéger collectivement les individus contre les principaux risques de l'existence (santé, famille, vieillesse impécunieuse) –, les moyens pour y parvenir sont peu clairs. En effet, il s'agit de réaliser, grâce à la Sécurité sociale, un système solidaire, couvrant à terme toute la population française. Le mode choisi pour y parvenir repose sur une logique assurantielle assise cependant sur les seuls salariés et garantie par la perception de cotisations sociales².

¹ Sur cet aspect plus philosophique des fondements de la protection sociale, on se reportera à Pierre Rosanvallon, *La nouvelle question sociale. Repenser l'État-providence*, Paris, Editions du Seuil, 1995.

² Sur la définition à cette solidarité et à ses évolutions, on pourra se reporter à l'article de Jean-Pierre Laborde publié



La voie d'accès à cette solidarité est donc relativement étroite et surtout exclusive. En effet, en dehors du statut de salarié, le bénéfice de la Sécurité sociale est délégué *via* la catégorie d'ayant-droit, dont sont dotés les femmes et les enfants. L'accès à la Sécurité sociale se fait donc, pour une part importante de la population, par procuration³.

Cependant, le choix de privilégier Bismarck plutôt que Beveridge répond à des motifs objectifs et concrets. L'obligation d'affiliation à la Sécurité sociale pour les salariés du secteur privé rend possible la levée de cotisations sociales assises sur le travail. Il permet ainsi au système de couvrir très rapidement les risques maladies, famille et vieillesse en mobilisant des ressources abondantes tirées de l'essor sans précédent du salariat après-guerre. La Sécurité sociale devient dès lors un des acteurs majeurs de la reconstruction sanitaire et sociale du pays.

Le choix de l'assurance a également pour conséquence l'entrée des salariés dans le gouvernement des caisses de Sécurité sociale. L'assise salariale du système rend la classe ouvrière – les « intéressés » – membre de droit de la communauté politique en lui conférant un rôle de gestionnaire et donc de responsable de fait de la Sécurité sociale. On parle d'ailleurs pour qualifier cette période pionnière de « démocratie sociale ».

Par le biais de cette « œuvre collective »⁴ qu'il finance par ses cotisations, le monde ouvrier se trouve pour la première fois réellement intégré à un régime politique qui n'est pas fondamentalement modifié, mais qui reconnaît, dans la Constitution de 1946, le droit à la Sécurité sociale. Il devient ainsi comptable (*via* son financement et sa responsabilité politique) d'un pan particulièrement important de la société : la protection sociale. Ainsi, pour P. Laroque, « le plan de Sécurité sociale ne tend pas uniquement à l'amélioration de la situation matérielle des travailleurs, mais surtout à la création d'un ordre social nouveau dans lequel les travailleurs aient leurs pleines responsabilités »⁵.

Cependant, cette gestion des caisses est indirecte. C'est là une autre ambiguïté du système de Sécurité sociale. Les salariés délèguent leur pouvoir de représentation aux organisations syndicales. Ce choix d'une délégation de gestion est, à l'époque, légitimée notamment par la représentativité des syndicats. CGT et CFTC peuvent en effet compter sur près de six millions d'adhérents – soit la moitié des salariés –, la CGT en revendiquant à elle seule près de cinq millions⁶.

dans ce numéro REGARDS page 29 et suivantes..

- 3 Cette situation demeurera jusqu'à l'instauration de la Protection universelle maladie (PUMA) en 2016 qui garantit à toute personne qui travaille ou réside en France de manière stable et régulière, un droit à la prise en charge de ses frais de santé à titre personnel et de manière continue tout au long de la vie. Cette protection est surtout la manière dont elle est pensée fait tomber de fait la notion d'ayant-droit.
- 4 Pour reprendre le titre du n° spécial d'*Espace social européen* consacré aux 50 ans de la Sécurité sociale (sept.-oct. 1995).
- 5 P. Laroque, « Le plan français de Sécurité sociale », *Revue française du travail*, n° 1, 1946, p. 13.
- 6 Pour l'audience de la CGT, on pourra se reporter à D. Andolfatto et D. Labbé, *La CGT. Organisation*

La légitimité des syndicats de salariés à représenter les salariés cotisants semble incontestable. C'est d'ailleurs durant cette période d'après-guerre que se constitue toute l'ossature des politiques sociales françaises. Certes, l'action des caisses de Sécurité sociale ne se construit pas *ex nihilo*, la Troisième République ayant déjà ébauché de nombreuses politiques sociales tant en matière de maladie, de retraite ou de famille. Cependant, à la différence de leurs précurseurs, ces dernières prennent un caractère obligatoire pour les salariés⁷ et systématique. Elles sont également mises en œuvre, défendues puis généralisées souvent à l'initiative de militants syndicaux qui s'investissent fortement dans les caisses naissantes⁸. Ils incarnent alors la direction politique mais pas uniquement tant leur action est proche des assurés mais également des salariés des organismes en charge de les appliquer. Il existe alors une continuité d'action entre les décideurs, les exécutants et les bénéficiaires des politiques sociales mises en œuvre⁹.

Cependant, l'État n'est en rien absent, même s'il peut apparaître en retrait. En effet, la Sécurité sociale est certes confiée aux partenaires sociaux mais c'est l'État qui en est le véritable instigateur¹⁰. De plus, une part non négligeable des modalités de fonctionnement du nouveau système reste de sa compétence réglementaire et législative.

Pourtant, malgré ces ambiguïtés de départ, les syndicats présentent la gestion des organismes de Sécurité sociale comme une conquête et une reconnaissance de la classe ouvrière. On comprend alors l'énorme charge symbolique de la Sécurité sociale. Elle signe la normalisation de la classe ouvrière – « qui camp(ait) dans la société sans y être casée », selon l'expression d'Auguste Comte¹¹ – et, par voie de conséquence, la reconnaissance officielle des syndicats comme des partenaires incontournables dans le champ social.

Le paritarisme

Au fur et à mesure que la Sécurité sociale monte en puissance – tant par le nombre de personnes couvertes que par l'ampleur de ses prestations – la démocratie sociale s'efface pour

et audience depuis 1945, Paris, La découverte, 1997 ainsi que D. Andolfatto et D. Labbé, Histoire des syndicats (1906-2006), Seuil, 2006.

- 7 On parle des salariés du secteur privé, les autres actifs (fonctionnaires, cheminots, agriculteurs, indépendants, etc.) maintenant soit leur appartenance à des caisses préexistantes à la Sécurité sociale ou constituant leur propre régime.
- 8 Sur cet aspect assez méconnu de la mise en place des politiques sociales d'après-guerre, on pourra se reporter le livre consacré par Jean-Marie Moine au militant syndical lorrain René Boudot, fortement investi dans les conseils de caisses de Sécurité sociale et des Caisses d'Allocations familiales du nord de la Meurthe et Moselle. Jean-Marie Moine, René Boudot, Le feu sacré, un ouvrier chrétien du Pays Haut, 1907-1990, Metz, Éditions Serpenoise, 1997.
- 9 Cette proximité entre le personnel et les administrateurs peut être efficace pour l'application des mesures prises par le conseil, mais elle peut également être un handicap pour la bonne marche des caisses lorsque les appareils syndicaux et politiques l'utilisent pour instaurer un clientélisme au sein des organismes (C. Bonifay, Les problèmes d'autorité et de personnel dans la structure de la Sécurité sociale, Dynamique administrative et stratégie sociale, Paris, 1961, Union nationale des caisses d'allocations familiales.
- 10 Ainsi, à titre d'illustration, c'est Pierre Laroque, Haut Fonctionnaire, qui est considéré comme l'un des pères fondateurs de la Sécurité sociale.
- 11 Cité par J. Rigaudiat, « À propos d'un fait social majeur : la montée des précarités et des insécurités sociales et économiques », Droit Social., 2005, p. 243.



être peu à peu remplacée par le paritarisme¹². Ce changement d'appellation du système n'est pas uniquement sémantique.

On commence à parler de paritarisme à partir des années soixante à un moment où la Sécurité sociale achève son essor. Les « pionniers », incarnés dans de nombreuses caisses par les militants syndicaux, laissent place à des « administrateurs » qui vont s'éloigner de la direction quotidienne des caisses pour jouer un rôle plus politique et institutionnel.

Le travail des partenaires sociaux s'éloigne peu à peu de la conduite des affaires courantes des caisses de Sécurité sociale. Il s'organise alors en commissions (finance, action sociale, etc.) et les administrateurs se voient confier, de par leur statut politique, un rôle important de représentation et de défense des intérêts des caisses dans les nombreuses instances où elles doivent siéger (par exemple, les commissions diverses d'action sociale ou de développement social local pour les caisses d'Allocations familiales, les commissions de recours amiables dans les Caisses Primaires d'Assurance maladie). À ces ressources politiques et symboliques fortes (prise en compte de la voix des organisations syndicales dans l'élaboration et le suivi des politiques sociales), il faut ajouter les ressources matérielles importantes (heures de délégations, crédits de formation) dont disposent les organisations syndicales pour mener à bien leur action¹³.

Cependant, cette activité est de plus en plus dépendante des services administratifs des caisses qui préparent en amont tous les dossiers examinés par les administrateurs. Ainsi, au moment même où l'action des syndicats devient principalement politique et institutionnelle, on assiste à l'émergence des « techniciens », gestionnaires salariés des organismes de Sécurité sociale qui vont constituer peu à peu une véritable « élite du *welfare* ».

Cette dernière est constituée à la fois par les directions salariées, directement issues de la Sécurité sociale et par certains hauts fonctionnaires d'État. Les premiers sont passés par une école d'application fondée en 1960 (le Centre d'Études supérieures de la Sécurité sociale – CESSS¹⁴). Ils maîtrisent à la fois les codes de l'institution mais également ses rouages. Ils vont faire petit à petit de la Sécurité sociale une « entreprise comme les autres » en y transposant des méthodes de management, de gestion ou de ressources humaines quasi absentes jusque-là.

En cela, ils sont appuyés et surtout encadrés par les grands corps de l'État qui investissent directement la Sécurité sociale ou sa périphérie. Ainsi, depuis la réforme

12 Appliqué à la Sécurité sociale, ce terme renvoie à la création et à la gestion d'un organisme social de droit privé par un nombre égal d'administrateurs représentants des salariés et des employeurs.

13 Sur cet aspect de l'action au quotidien des administrateurs, on ne dispose que de très peu d'études à part celle réalisée en 1998 par Laurent Duclos, « Le paritarisme au quotidien. La médiation du conseil d'administration dans la production du service public », *Recherches et Prévisions*, n°54, décembre 1998.

14 Devenu Centre national d'études supérieures de la Sécurité sociale (CNESS) en 1977 puis École Nationale de Sécurité Sociale (EN3S) à l'occasion de la loi du 13 août 2004 relative à l'Assurance Maladie.

Jeanneney de 1967 portant création des caisses nationales de Sécurité sociale, ces caisses sont dirigées par des hauts fonctionnaires issus des grands corps d'État.

Par ailleurs, l'action quotidienne des organismes est de plus en plus supervisée par des hauts fonctionnaires, notamment ceux de la Direction de la Sécurité sociale et de l'Inspection générale des Affaires sociales.

Ces nouvelles figures, qui s'érigent peu à peu en technocratie, vont gagner à la fois en autonomie vis-à-vis des administrateurs mais également en poids au fur et à mesure que l'institution se complexifie et que la nécessité d'une efficacité managériale et gestionnaire prend le pas sur le projet politique de la Sécurité sociale. Dès les années soixante en effet, la Sécurité sociale est devenue une institution reconnue et légitime. La défense de ce projet devient moins nécessaire tout comme le prosélytisme autour de son objet, réduisant d'autant le rôle initial des partenaires sociaux.

Ces derniers vont ainsi passer d'un rôle de « dirigeants actifs » prenant au quotidien des décisions sur l'activité des différentes branches, à une situation de « dirigeants politiques » certes garants du fonctionnement et des grands principes de la Sécurité sociale mais progressivement dessaisis de leurs prérogatives. La conséquence est leur éloignement du fonctionnement quotidien des caisses au fur et à mesure qu'elles deviennent des organismes de plus en plus sollicités par la population et de plus en plus complexes à gérer. Le paritarisme est donc une période de transition entre la période pionnière de construction du système et la période actuelle qui met en avant une nouvelle notion, celle de gouvernance, plus difficile à définir car en constante évolution.

L'émergence de la gouvernance à la Sécurité sociale

Depuis trente ans environ, l'affaiblissement du rôle et de la place des partenaires sociaux va encore s'accroître avec les déficits chroniques que connaît la Sécurité sociale.

Le mode de gouvernement ambigu de la Sécurité sociale, caractérisé par un partage des rôles assez flou entre les acteurs, peut fonctionner sans trop de heurts dès lors que la situation économique est bonne et que les rentrées de cotisations sociales lui permettent d'assurer sa fonction sociale. La situation devient difficile lorsque la crise économique s'installe. Non seulement la hausse importante du chômage à partir de la fin des années soixante-dix prive la Sécurité sociale d'une partie conséquente de ses ressources de fonctionnement mais elle l'oblige à jouer à plein son rôle redistributif.

Les déficits se creusent et surtout s'accumulent, obligeant la Sécurité sociale à se réformer. Le système et principalement sa branche Maladie connaissent, en moyenne, une réforme tous les 18 mois à partir de 1975. Or, les partenaires sociaux n'en sont jamais à l'origine alors même que la réforme de 1967¹⁵ les rend garants de l'équilibre financier des différentes branches. En fait, l'État échafaude des réformes que les directions de caisses mettent en oeuvre. Les syndicats pourtant gestionnaires semblent court-circuités ou, en tout cas, n'assument pas leur rôle de garants puisqu'ils ne sont jamais à l'origine des mesures correctrices. De son côté, l'État

15 Ordonnances du 21 août 1967, dites ordonnances Jeanneney.



décide des mesures à prendre sans pour autant assumer sa position de décideur¹⁶.

Une sorte de « vide politique » s'installe ainsi jusqu'à la fin des années quatre-vingt dix contribuant à l'absence de lisibilité du mode de gouvernement de la Sécurité sociale.

Quelques réformes, marquantes du point de vue du gouvernement du système, vont cependant le faire évoluer en bougeant les lignes de force. La redéfinition des rôles et des pouvoirs des différents acteurs fait entrer le système de Sécurité sociale dans l'ère de la gouvernance¹⁷.

Deux d'entre elles sont ainsi particulièrement marquantes. Celle de 1996 introduit le Parlement dans la conduite politique des affaires de la Sécurité sociale ; la réforme de l'Assurance Maladie de 2004 instaure un Directeur général autonome vis-à-vis des partenaires sociaux.

Si le gouvernement de la Sécurité sociale n'est guère plus lisible après ces réformes, elles sont autant d'étapes marquantes dans la lente perte de pouvoir des syndicats. Elles interviennent tant dans « le gouvernement quotidien » des organismes que dans la définition plus globale et stratégique de leur politique.

En enlevant notamment aux conseils leurs attributions « d'administration » et, plus concrètement, leur pouvoir de nomination des directeurs de caisses, la réforme Douste-Blazy de 2004 met fin aux dernières prérogatives d'importance laissées au paritarisme. Elle consacre de surcroît une nouvelle figure : le Directeur général. C'est à ce dernier que revient désormais la nomination aux emplois de directeur de caisses primaires mais également le pouvoir de négocier et de signer les nouvelles conventions avec les professionnels de santé¹⁸. Il officialise *de facto* l'indépendance des responsables d'organismes vis-à-vis des partenaires sociaux. Déjà effective, elle est reconnue dans les textes. Les directeurs d'organisme sont dorénavant dirigés par un Directeur général nommé en conseil des ministres à la tête de caisses nationales mais non révocable par lui. La « filière technocratique » est donc consacrée.

La réforme de 2004 dessine un mode particulier de gouvernement qui s'éloigne du système paritaire – qu'elle condamne en réduisant drastiquement ses attributions –

16 Ainsi, pour Rémi Pellet, « [...] les représentants des syndicats de salariés s'opposaient à toute baisse des remboursements tandis que les représentants du patronat refusaient eux toute hausse de cotisation. Les partenaires sociaux ont ainsi toujours laissé au gouvernement l'initiative et la charge de prendre directement les mesures impopulaires de rétablissement financier de la branche maladie. », Rémi Pellet, Les relations entre l'assurance maladie et l'État, in Édouard Couty, Camille Kouchner, Anne Laude, Didier Tabuteau (sous la dir. de), *La loi HPST, regards sur la réforme du système de santé*, Rennes, Presses de l'EHESP, 2009, p. 373.

17 Définie par Jean-Pierre Gaudin comme une « coopération entre différents acteurs étatiques ou non et, plus largement, publics ou privés ; l'organisation de relations par interactions continues et réseaux multipolaires ; l'élaboration de règles du jeu négociées, hors des hiérarchies institutionnelles classiques » (Jean-Pierre Gaudin, *Gouverner par contrat*, Paris, Presses de Sciences Po, 1999, p. 122).

18 Sur le contenu de cette réforme et pour une description précise des attributions du directeur général, on pourra se reporter à l'article de P.-L. Bras (2004).

sans pour autant que l'on puisse parler d'une étatisation que l'État ne peut politiquement assumer¹⁹. La montée en puissance d'une nouvelle figure (le Directeur général) à qui l'on confie des compétences élargies correspond peut-être à cette troisième voie.

Cette nouvelle figure, entérinant la montée en puissance depuis les années soixante des directions salariées et, plus globalement, de l'expertise au sein de la Sécurité sociale et un tournant majeur dans le gouvernement des caisses. Il se rajoute à un autre acteur, le Parlement, légitimé par les ordonnances Juppé de 1996²⁰.

Ce dernier a désormais pour responsabilité d'élaborer la loi de financement de la Sécurité sociale, privant du même coup les partenaires sociaux d'une part supplémentaire et importante de leurs prérogatives. Le retour en force du Parlement peut être analysé comme une défaite supplémentaire du système paritaire. Outre le vote de l'Objectif de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) qui permet, pour la première fois, de fixer des règles de dépenses discutées en séance publique, les assemblées se dotent également d'outils d'évaluation *via* les Missions d'évaluation et de contrôle des lois de la Sécurité sociale (MECSS).

On peut goûter tout le paradoxe d'une situation où l'État a joué contre un type de représentation politique novateur, – la Démocratie sociale, assurée par les partenaires sociaux –, pour le remplacer par celui, plus traditionnel, de la représentation parlementaire. Reste à savoir si ce changement était évitable et si, finalement, l'effacement de la citoyenneté sociale au profit de la citoyenneté politique n'est pas la sanction de l'impuissance des partenaires sociaux et principalement des syndicats.

En effet, durant toutes ces années de crise, les partenaires sociaux – et principalement les syndicats – ont semblé impuissants. Certes, ils ont été dépouillés petit à petit de leurs principales prérogatives jusqu'à la réforme de 2004 qui vide le paritarisme de sa substance.

Cependant, les syndicats ont semblé incapables de peser sur les grandes orientations du système malgré la réforme Jeanneney de 1967 qui le leur permettait et, lorsqu'ils ont essayé de le faire, c'était comme force d'opposition et de dénonciation à un moment où ces orientations étaient déjà fixées par l'État²¹. Outre leur peu de prises sur la gestion des organismes, c'est la capacité d'initiative et la force de proposition des syndicats qui sont, ici, pris en défaut.

L'État, quant à lui, renforce sa position centrale et contourne leur influence²². Pour cela, il multiplie les modes d'intervention indirects tant dans la gestion des organismes que dans leurs sphères d'intervention.

Ainsi, en interne, il fixe aux différentes branches des objectifs pluriannuels (*via* les Conven-

19 Ainsi, la Convention collective des personnels de la Sécurité sociale est maintenue, leur statut de droit privé demeurant inchangé.

20 Il s'agit de l'Ordonnance n° 96-51 du 24 janvier 1996 relative aux mesures urgentes tendant au rétablissement de l'équilibre financier de la Sécurité sociale et de l'Ordonnance n° 96-344 du 24 avril 1996 portant mesures relatives à l'organisation de la Sécurité sociale.

21 Nous en avons une illustration lors des différentes réformes du système de retraite de 2005 et de 2010.

22 Et semble par là même donner raison à la thèse développée par Antoinette Catrice-Lorey qui parle de la Sécurité sociale comme d'une institution anti-paritaire, notamment en raison du rôle de l'État qui se positionnera systématiquement en contrepouvoir des syndicats. Antoinette Catrice-Lorey, La Sécurité sociale en France, une institution anti-paritaire ?, La revue de l'IREs, n° 24, printemps-été 1997.



tions d'objectifs et de gestion – COG) qui sont ensuite déclinés dans les caisses sous forme de Contrats pluriannuels de gestion (CPG). Cette démarche « contractuelle »²³, lie désormais les différentes branches de la Sécurité sociale à l'État pour une période de quatre ans, autour d'une démarche centrée sur l'atteinte « d'objectifs et de résultats ». L'ensemble de l'activité est ainsi passé en revue et évalué. Les marges de progression autour d'objectifs précis et quantifiés (par exemple l'amélioration de la qualité de service déclinée par des temps d'accueils maximaux dans les guichets ou lors d'appels aux plateformes téléphoniques) sont définis et soumis à une évaluation en fin de convention.

Cette contractualisation, dont le contenu, signé entre l'État et les branches et voté en conseil d'administration, est un moyen certes moins unilatéral de contrôler les organismes mais le résultat demeure identique : la puissance publique, devenue un « partenaire », est toujours aussi présente et de plus en plus en capacité à suivre et orienter le fonctionnement de la Sécurité sociale.

En périphérie de l'action des caisses, l'État institue une nouvelle gouvernance en multipliant les agences ou les établissements publics intervenant directement ou indirectement dans les domaines de compétences de la Sécurité sociale. On peut citer, par exemples, les établissements chargés de rembourser la dette sociale (Caisse d'amortissement de la dette sociale créée en 1996), d'indemniser les victimes de maladies professionnelles (Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante constitué en 2001) ou de prendre en charge les prestations non contributives de Sécurité sociale en matière de retraite (Fonds de solidarité vieillesse opérationnel depuis 1993).

Cette nouvelle forme d'administration « paraétatique » ne fait toutefois pas illusion. Il s'agit d'un nouveau mode d'intervention de l'État dans la protection sociale moins visible car indirecte mais très prégnante. Elle complète d'ailleurs les autres formes d'intervention nées ces dernières années comme les groupements d'intérêt public (GIP) ou économiques (GIE) - que l'on retrouve dans divers domaines : l'assurance maladie avec le GIE Vitale, l'assurance vieillesse avec le GIP info retraite, etc. – ou les divers comités (comité d'alerte sur les dépenses de santé), conseils (Conseil d'orientation des retraites, Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie) et autorités (Haute autorité de santé) qui alertent ou éclairent les pouvoirs publics ou bien élaborent des dispositifs qui auront une incidence sur le fonctionnement quotidien des caisses.

Certes, la majorité de ces instances sont autonomes par rapport à l'État, mais il en est toujours l'initiateur et les syndicats y sont toujours réduits à la portion congrue²⁴.

La Sécurité sociale a donc connu plusieurs types de gouvernement qui corres-

23 On pourra d'ailleurs toujours s'interroger sur la validité même du terme dans la mesure où les deux parties qui contractualisent n'ont ni les mêmes prérogatives ni les mêmes pouvoirs.

24 Sur la caractérisation du mode de fonctionnement en agences, on pourra se référer à l'article de Daniel Benamouzig et Julien Besançon, « Les agences, alternatives administratives ou nouvelles bureaucraties techniques ? Le cas des agences sanitaires », *Horizons stratégiques*, Centre d'analyse stratégique, n°3, janvier 2007.

pondent à autant de phases de son histoire : la Démocratie sociale qui accompagne l'installation de la Sécurité sociale, le paritarisme qui va de pair avec sa montée en puissance et la complexification de son action et la gouvernance qui voit une tentative de clarification des rôles entre la puissance publique et les acteurs des organismes de Sécurité sociale. Toutes ces phases conduisent cependant à l'affaiblissement des partenaires sociaux au sein des caisses de Sécurité sociale. Aujourd'hui, marginalisés, leur rôle au sein des conseils est devenu symbolique. Transformés en « magistrature morale », ils rappellent par leur présence les valeurs fondatrices de la Sécurité sociale : la solidarité, la lutte contre la pauvreté, la proximité avec le public, etc. que les directeurs de caisses peuvent éventuellement mobiliser lorsque les intérêts de leurs organismes ou de leurs branches sont menacés²⁵.

Restent les autres acteurs que sont les gestionnaires des organismes et l'État. Pour les premiers, leur rôle est aujourd'hui incontournable tant l'action des caisses est devenue technique et complexe. Les COG et les CPG qui introduisent une forte dose de management par objectifs et d'évaluation, couplée à une plus grande exigence de l'État (ie des Ministères de tutelle mais également des Parlements) rendent leur action indispensable et modifie de fait leur place au sein du système. D'un statut de dépendance vis-à-vis des partenaires sociaux, ils sont devenus dépendants de l'État dans la poursuite des grands objectifs politiques de la Sécurité sociale. Par contre, ils ont gagné en légitimité technique ce qui les rend autonomes dans la conduite au quotidien des affaires des caisses.

Le rôle de l'État est lui, plus complexe. Politiquement, il est revenu officiellement sur le devant de la scène *via* des Parlements qui votent les lois de financement de la Sécurité sociale et fixent, plus spécifiquement, les objectifs de dépenses de l'Assurance maladie. La substitution de la démocratie politique à la démocratie sociale est aujourd'hui consommée. Parallèlement, il se fait plus présent dans la conduite de l'activité quotidienne des caisses en fixant aux branches leurs « feuilles de route » par l'intermédiaire des COG. Par ailleurs, son action en matière de protection sociale et, plus spécifiquement de Sécurité sociale, se modifie par la mise en œuvre des agences et autres établissements. Son action se fait moins directe mais, sous couvert de « Nouveau Management Public », on assiste à une reconfiguration des pouvoirs au sein de la Sécurité sociale où l'État est plus présent sans pour autant que l'on puisse parler de complète étatisation du système.

25 Ainsi, le Conseil de la CNAMTS a refusé en juillet 2010 d'entériner les orientations proposées par l'État pour la COG 2010-2013 sur les taux de remplacement des départs en retraite. Le Conseil estime que la branche a déjà consenti des efforts considérables lors de la COG précédente.

La gouvernance des complémentaires reste, aujourd'hui comme hier, un thème de débat

Par François Charpentier, journaliste AEF



Journaliste spécialisé. Auteur de l'encyclopédie de la protection sociale en 2000 (Economica), François Charpentier a publié chez le même éditeur « Retraites complémentaires » en juillet 2014. Il a publié aux PUF, dans la collection Que sais-je ? « Les régimes de retraite complémentaires AGIRC et ARRCO » en 2016.

Introduction

Historiquement en France, la question de la gouvernance des régimes de protection sociale ne se présente pas du tout de la même façon selon qu'il s'agit de s'organiser pour faire face à un risque dans le domaine la santé ou de se procurer des revenus pour ses vieux jours. Au fil des ans cependant, des regroupements qui se sont opérés chez les principaux intervenants du secteur – mutuelles, sociétés anonymes d'assurances, institutions de retraite et de prévoyance –, mais aussi d'événements extérieurs – la construction européenne – une harmonisation des pratiques et des modes de gestion s'observe. En vue d'une plus grande lisibilité des mécanismes en place, d'une optimisation des coûts et d'une meilleure qualité de service. C'est l'objectif affiché.

De l'entraide à la « prévoyance libre »

En matière de santé, la préoccupation d'une couverture contre la maladie d'abord, puis les accidents du travail, a toujours existé. L'Église, via les congrégations et son soutien aux indigents, a longtemps assuré seule la prise en charge des malades. Les Hôtels-Dieu encore présents à Paris et dans plusieurs grandes villes sont autant de traces de ce lointain héritage. À partir du XVIII^e siècle, les sociétés de secours mutuel pratiquant l'entraide entre les adhérents permettront une certaine prise en charge de la maladie, des accidents du travail et du chômage.

A contrario, la protection du risque vieillesse est extrêmement récente au regard de l'histoire sociale. Deux siècles et demi tout au plus. L'idée de retraite ne s'est imposée que sous la pression d'une part, de l'émergence de l'État nation qui a eu besoin pour exister de dégager du travail de la terre des fonctionnaires et des militaires, d'autre part de la révolution industrielle qui a conduit à un phénomène d'urbanisation et d'éloignement des campagnes de populations



toujours plus nombreuses.

Certes, il y eut Colbert et la Caisses des invalides de la marine royale (édits du 16 avril 1670 et de Nancy du 23 septembre 1673) présentée à tort comme le premier régime de retraite. Dans ce système forfaitaire et indemnitaire, on était élu au rang d'allocataire par volonté royale. Le système n'était donc pas assurantiel dans un pays catholique où le principe même d'assurance était prohibé, l'individu devant s'en remettre à la providence divine. Il n'était pas universel puisqu'il fallait un acte positif de l'exécutif pour ouvrir des droits.

Dans les faits, il faudra donc attendre plus d'un siècle plus tard et Louis XVI pour qu'apparaisse en France le premier régime de retraite digne de ce nom, autrement dit un système ouvrant droit à un revenu de remplacement. Pour briser le tabou, le souverain, manifestement inspiré par des banquiers protestants genevois, mais qui s'appuyait aussi sur les travaux des Lumières sur les calculs de probabilités (Condorcet, d'Alembert, Diderot, Deparcieux, Lavoisier et quelques autres) créa de fait la science actuarielle. Ainsi naquit en 1787 une *Compagnie royale d'assurance sur la vie* dont une partie des royalties revenait à la Couronne pour faire face à d'impérieux besoins d'argent. Concrètement, le montant de la pension était calculé en fonction de cotisations versées pendant la vie active et de la durée de vie supposée de l'individu. Il reste que ce mécanisme d'épargne retraite n'était accessible qu'aux individus disposant d'une certaine capacité financière.

Un siècle sans négociation collective

La loi Le Chapelier, votée en 1791, va laisser subsister cette forme de protection connue sous le nom de « prévoyance libre », mais, sous prétexte de sauvegarder les droits de l'individu et pour éviter le retour des privilèges, elle interdira les « corporations ». Dans les faits, ce terme recouvre toutes les formes associatives : mutuelles, syndicats, organisations d'employeurs et partis politiques. Cette législation extrêmement restrictive aboutira au fait que pendant près d'un siècle, de 1791 à 1884, date de reconnaissance officielle des syndicats, aucune négociation collective ne sera possible en France. En pleine révolution industrielle, il s'agit d'une situation inédite en Europe qui façonnera un paysage social très particulier. D'un côté, une prévoyance libre réservée à une infime minorité de privilégiés. De l'autre, une assistance minimum assurée par l'État-providence forcément plus envahissant qu'ailleurs.

La nature ayant horreur du vide, les circonstances conduiront à des aménagements à la marge de cet ordre social. C'est ainsi qu'au tout début du XIX^e siècle se reformeront plus ou moins clandestinement des corporations patronales. Les mutuelles elles-mêmes retrouveront un rôle en 1832 à la faveur de la grande épidémie de choléra (19 000 morts à Paris). Incapable de faire face, l'État leur demandera de prendre le relais. Enfin, au lendemain de 1830, de nouveaux penseurs se réclamant du Duc de Saint-Simon (1675-1755), théoricien de l'inégalité, de l'utopiste Charles Fourier (1772-1837), mais aussi de Flora Tristan (1803-1844) et de leurs disciples,

envahissent le débat social. Féministe, grand-mère du peintre Paul Gauguin, Flora Tristan est de ceux-là. Elle voudra promouvoir « l'unité ouvrière » et entreprendra pour ce faire « Le Tour de France »¹ au cours duquel elle se heurtera au scepticisme de travailleurs tellement précarisés qu'ils redoutent le moindre incident avec leur employeur qui les plongerait dans la spirale de l'exclusion. Le résultat est là : en 1851, le député Victor Hugo (1802-1885), en visite avec Adolphe Blanqui (1798-1854), dans le quartier Saint-Sauveur à Lille, confirme les observations faites quinze ans plus tôt par le médecin du travail, Louis René Villermé (1782-1863), sur les conditions de vie effroyables des ouvriers du Nord. Là-même où fut composée L'Internationale, le poète dénonce² à son tour les conditions de vie inacceptables du prolétariat urbain dans des caves insalubres.

Globalement, il faut donc retenir de cette période que la très grande majorité des travailleurs ne bénéficieront d'aucune protection sociale tout au long du XIX^e siècle. Et si, après leur reconnaissance par la loi de juillet 1850 par Louis Napoléon Bonaparte, on compte, en 1862, 4 582 sociétés de secours mutuel, elles sont surtout utilisées comme outil de police contre les velléités de révolte des ouvriers. La réalité, en effet, ce sont des relations sociales qui se règlent par l'appel à la troupe et à coup de Chassepots et une classe ouvrière tellement préoccupée par sa survie au quotidien qu'elle ne songe même plus à revendiquer des droits nouveaux.

Les ouvriers n'espèrent rien de l'État et se défient des mutuelles

Dans ce contexte, les mutuelles assurent un service minimum pour la couverture santé. L'adoption de la charte de la Mutualité, en 1898, qui met fin à l'interdiction posée par la loi Le Chapelier, leur assurera un essor considérable. S'agissant de la retraite, le fossé se creuse entre, d'une part les fonctionnaires, dont le régime de pension s'inscrit dans leur statut, qui bénéficieront dès 1853 d'un régime unifié et les titulaires de quelques régimes spéciaux, d'autre part les salariés du privé. Pour ces derniers, le thème de la retraite n'est présent dans le débat qu'à travers une approche paternaliste visant à attacher la main d'œuvre à l'entreprise et à récompenser la fidélité de vieux ouvriers et employés. Dès lors, quand des caisses de retraite ou de pension se mettent en place, elles sont le plus souvent d'initiative patronale et se créent au niveau des entreprises, voire sur une base strictement professionnelle. Ce sera notamment le cas dans les mines, les chemins de fer et la métallurgie. En pareil cas, la gestion est le plus souvent tripartite – État, Compagnie, salarié – le financement étant assuré par une cotisation partagée entre le salarié et sa Compagnie.

Prévoyance libre, assurance mutuelle et caisses patronales ne créant « aucun droit acquis pour les salariés »³, ces trois approches assurantielle, mutualiste et paternaliste, qui cohabitent au XIX^e siècle, ne permettent de couvrir – et encore très mal ! – qu'une infime fraction de la

1 La Découverte 1980

2 Les Châtiments :

Caves de Lille ! on meurt sous vos plafonds de pierre !

J'ai vu, vu de ces yeux pleurant sous ma paupière,

Râler l'aïeul flétri,

La fille aux yeux hagards de ses cheveux vêtue,

Et l'enfant spectre au sein de la mère statue !

Ô Dante Alighieri !

3 Comptoir d'escompte, Cour d'appel de Paris, 9 juin 1892



population des travailleurs. Et cette situation va perdurer en fait jusqu'en 1930 en raison d'une question qui divise le monde ouvrier : la cotisation ouvrière. D'une façon générale, à la fin du XIX^e siècle les ouvriers qui se regroupent dans les chambres syndicales n'attendent plus rien de l'État qui les a combattus et pas grand chose des mutuelles. Ainsi, Fernand Pelloutier dénonce dès 1880 leur pratique de « sélection du risque », alors que Jules Guesde assène que « la mutualité entre ceux qui n'ont rien parce qu'on leur a tout pris est le dernier mot de la duperie ».

Le même Jules Guesde rejette le principe d'une caisse alimentée par les ouvriers, « un vol impudent des deniers prélevés sur le salaire des ouvriers »⁴ ! Cette question empoisonnera encore le « VII^e congrès national corporatiste des chambres syndicales, groupes corporatifs, fédérations de métiers, unions et Bourses du travail », pour faire court, le congrès fondateur de la CGT, à Limoges, en 1895. S'opposent alors ceux qui préconisent une augmentation des salaires pour prendre en charge eux-mêmes les malades et les personnes âgées, ceux qui préféreraient s'en remettre aux employeurs pour faire fonctionner les caisses de retraite et ceux qui confieraient volontiers au Parlement le soin de trouver des financements complémentaires à la contribution des employeurs⁵.

Trois gros échecs et un premier succès

Cette question du financement ne sera pas réglée dans la loi sur les retraites ouvrières et paysannes (ROP) de 1910. On aura bien une cotisation salariale versée sur un compte individuel, à laquelle s'ajoute une allocation viagère de l'État. Mais ce mécanisme ne satisfait pas grand monde, en particulier Jean Jaurès qui plaide déjà pour un système en répartition et pour ce qu'il appelle le « triple versement », autrement dit un financement reposant sur des contributions des employeurs, des salariés et de l'État. Les ROP attribuées à 65 ans dans un pays où l'espérance de vie ne dépasse pas 48 ans dans la population ouvrière⁶ déboucheront sur un échec. Certes les minoritaires avec Jaurès l'avaient emporté sur les guesdistes au Parlement, mais les employeurs ne joueront pas le jeu en ne convertissant pas leurs caisses patronales en caisses ouvrières et paysannes et en profitant de la loi de 1901 sur les associations pour tourner la nouvelle réglementation sur les retraites et créer des sociétés civiles ne garantissant pas les droits de leur personnel. Quant à la CGT qui redoutait que l'État ne puise dans les fonds accumulés pour d'autres usages que les retraites, elle pilonnait sous tous les angles « l'escroquerie des retraites ouvrières »⁷. Résultat, 6,7 millions de cotisants en 1912 et trois fois moins l'année suivante. La guerre allait défaire le reste...

4 «La question des retraites vue par les socialistes français (1880-1956)», Bruno Demons et Gilles Pollet in Cahier d'histoire de la Sécurité sociale, n° 1.2005 p.197-224.

5 Les Cahiers d'histoire sociale ont publié en 1995, chez Albin Michel les actes du congrès de Limoges. On trouvera en pages 167 et suivantes le compte-rendu détaillé des rapports et débats autour de la question de la gestion des caisses de retraite.

6 «La retraite des morts» disait la CGT.

7 Congrès CGT du Havre, 1912

Un second échec survient en 1920. Les départements alsaciens et la Moselle étaient très attachés à la législation allemande, en particulier aux lois sociales de Bismarck de 1885-1889 (accidents du travail, maladie et vieillesse) qui avaient introduit un système de Sécurité sociale *a minima* certes, mais universel. Le gouvernement français leur consentit le maintien dans le système allemand sans jamais envisager d'étendre la législation du pays vaincu à l'ensemble de la population du vainqueur. Encore une occasion manquée alors que, dès 1920, des discussions longues et difficiles s'engagent au Parlement pour la mise en place d'un système universel d'assurances sociales.

Dix ans plus tard on y sera presque. La loi du 30 avril 1930 pose les principes d'un dispositif obligatoire d'assurances sociales, d'une gestion centralisée, d'un fonctionnement mutualisé et d'une égalité de participation ouvrière et patronale avec limitation de l'intervention de l'État. Mais patatras, l'introduction d'un plafond de ressources fait voler en éclats le principe d'universalité. Les « collaborateurs », autrement dit les cadres, se trouvent exclus de la Sécurité sociale et renvoyés à la prévoyance libre, voire aux assurances mutuelles. Seconde erreur, alors que la crise de 1929 est passée par là ruinant les petits rentiers, les parlementaires votent le maintien de la retraite en capitalisation.

D'un mal peut sortir un bien. Paradoxalement, les cadres tireront avantage de la généralisation des conventions collectives en 1936 pour négocier avec leurs employeurs, au niveau des branches professionnelles et des entreprises des accords leur assurant des couvertures maladie et vieillesse spécifiques⁸. On assiste à cette occasion aux premiers pas d'un paritarisme qui rencontre un vif succès auprès des populations concernées et qui deviendra par la suite comme « la marque de fabrique » du modèle français de protection sociale.

Le paritarisme dans tous ses états...

De la période 1939-1945, on retiendra trois données. D'abord, le ministre du Travail, René Belin, ancien responsable de la fédération CGT des PTT, prépare le basculement des retraites de la capitalisation vers la répartition. Cette réforme sera reprise à son compte par le Maréchal Pétain⁹ et personne ne reviendra sur l'introduction de ce principe qui fait suite à plus d'un siècle et demi de capitalisation. Ensuite, à partir de 1943, le Conseil national de la Résistance (CNR) travaille sur un projet d'organisation de la Sécurité sociale fondant une entreprise de réconciliation nationale. Enfin, ce « plan Beveridge français » qui prévoit la mise en place d'un régime unique et universel envisageait au départ de confier la gestion des caisses aux assurés eux-mêmes.

Ce principe sera finalement écarté au motif que les groupements syndicaux « sont qualifiés pour désigner les dirigeants des institutions nouvelles, de même que pour faire l'éducation des intéressés dans le domaine social ». Le choix sera donc fait d'une administration des caisses par des conseils composés en majorité de représentants des syndicats ouvriers¹⁰. La tentation fut forte d'écarter les mutuelles qui avaient collaboré avec l'occupant. La CFTC s'y opposa. Of-

8 On peut considérer que l'accord du 14 mai 1937 dans la métallurgie signe l'acte de naissance de la gestion paritaire.

9 « Je tiens les promesses, même celles des autres ». Allocution radiodiffusée du 13 mars 1941, veille de la publication de la loi au JO

10 Il faudra attendre les ordonnances de 1967 et la création des trois branches pour en revenir à un paritarisme à 50-50, le principe de l'élection des administrateurs étant maintenu.



ficiellement parce que les mutuelles faisaient partie de notre patrimoine social. Officieusement, il s'agissait d'éviter l'étatisation des assurances sociales que redoutaient certains.

On leur confia donc une délégation de gestion pour l'assurance maladie des fonctionnaires.

Un paritarisme déséquilibré au profit des syndicats à la Sécurité sociale sanctionna un patronat qui avait lui aussi collaboré. Dès 1944, les cadres s'organisent. Non seulement ils ne veulent pas cotiser dans le régime général des ouvriers et des employés, mais encore ils veulent ressusciter les systèmes paritaires privés mis en place à partir de 1937. La bataille sera rude entre, d'une part, une Confédération générale des cadres qui ne sera officiellement reconnue qu'en 1948, d'autre part le gouvernement provisoire du général de Gaulle dans lequel Ambroise Croizat, ministre communiste du Travail, vient de succéder à Alexandre Parodi. Grèves générales, manifestations salle Wagram et à la Mutualité, suspensions de séance et claquements de portes, après un an et demi de combat, les cadres perdront la bataille de la généralisation. Au terme de 18 séances de négociations¹¹ une solution de compromis fut trouvée le 14 mars 1947. Les cadres cotisent au régime général, mais ils bénéficient dans la limite de plusieurs fois le plafond de la Sécurité sociale d'un régime complémentaire spécifique par points – une nouveauté dans le paysage des retraites – géré paritairement.

Un paritarisme de négociation et de gestion

Il faut le dire tout net à un moment où le gouvernement envisage une généralisation de la technique des points à l'ensemble des régimes de retraite : la création de l'AGIRC (Association générale des institutions de retraite des cadres) fut une incontestable réussite. Alors que l'assurance vieillesse étendue à tous les salariés ne pouvait leur assurer qu'un revenu de remplacement assez modeste, le régime des cadres, qui validait généreusement les services passés, apparut très vite comme un complément essentiel. Signe de ce succès, le périmètre de l'AGIRC ne va pas cesser de s'élargir. Par ailleurs, c'est bien sur le modèle de l'AGIRC que les salariés non cadres, en commençant par l'AGR en 1951, vont bâtir une multitude de régimes qui compléteront tout aussi avantageusement leur régime de base. Bien évidemment il s'agira, là encore, de régimes gérés paritairement. Avec cette difficulté cette fois qu'il ne s'agit plus d'un régime unique, mais d'une multitude de régimes ayant chacun leurs paramètres de fonctionnement. Et que de fédérations en fédérations, l'UNIRS le 15 mai 1957 et l'ARRCO le 8 décembre 1961, il faudra près d'un demi-siècle pour aboutir au régime unique des non cadres. Et envisager d'aller plus loin.

Partant de là, la vie de des régimes complémentaires ne fut pas un long fleuve tranquille. Parce que la Sécurité sociale, notamment la branche maladie, était constamment dans le rouge, la tentation était forte – et tous les gouvernements y ont cédé

11 Ambroise Croizat fut physiquement présent à la première et à la dernière séance de négociation.

– de relever régulièrement le plafond de la Sécurité sociale avec pour conséquence de réduire les recettes des régimes complémentaires et de faire basculer une partie de leurs adhérents dans la position de « figurants » à ces régimes. Par ailleurs, alors que les partenaires sociaux fixent les paramètres de fonctionnement des régimes (valeur du point par exemple) en fonction des engagements pris par le régime, l'habitude s'est prise de mettre à la charge des régimes des populations « sensibles » : rapatriés d'Afrique du Nord, mineurs, personnels des organismes de Sécurité sociale, des régimes bancaires, de l'assurance, d'Air France... Enfin, les régimes complémentaires, comme les régimes de base, ont été percutés de plein fouet par l'abaissement de l'âge de la retraite à 60 ans en 1983. Bref, les engagements des régimes AGIRC-ARRCO se sont considérablement accrus, les partenaires sociaux faisant en sorte que les intégrations se fassent dans le cadre d'une « neutralité actuarielle » ne faisant supporter aucune charge supplémentaire aux anciens adhérents. S'agissant de l'abaissement de l'âge de la retraite, il a été financé à partir de 1983 par une cotisation additionnelle, ASF (Association pour la structure financière) appelée à devenir AGFF (Association de gestion du fonds de financement).

Une stratégie de groupes

Une démographie favorable, une croissance économique au top au temps béni des « Trente Glorieuses » et une lente montée en charge des régimes avaient permis aux partenaires sociaux de gérer les difficultés en respectant les engagements pris. Plusieurs événements vont cependant obliger les gestionnaires à envisager des adaptations plus structurelles. En 1973 d'abord, la protection sociale à la française est percutée de plein fouet par le choc pétrolier. La chute brutale de la croissance économique et la progression continue du chômage conduisent les administrateurs de caisses à préparer les adhérents à des lendemains moins glorieux. Au même moment, s'observe une baisse de la fécondité (fin du baby-boom) et un allongement de la durée de vie beaucoup plus marqué que prévu.

Dès 1993, quelques mois avant l'assurance vieillesse, les gestionnaires de l'ARRCO décident d'un doublement du taux de cotisation, d'un train d'économies et d'un recentrage des opérations des régimes sur l'obligatoire. Un an plus tard, l'AGIRC suivra le même chemin. En 1996, une négociation commune AGIRC-ARRCO décidera de nouvelles mesures d'ajustement. En réalité, alors que le régime des cadres est ébranlé par la nouvelle donne économique et sociale (nombre croissant de cadres gagnant moins que le plafond de la Sécurité sociale, liquidations de pensions calculées sur des années de forte croissance salariale, raccourcissement des lignes hiérarchiques dans les entreprises), les partenaires sociaux s'engagent sur la voie d'un rapprochement des régimes de retraite complémentaire. Les étapes principales en seront la mise en place d'un régime unique à l'ARRCO le 1^{er} janvier 1999, la création d'un GIE AGIRC-ARRCO en 2002, enfin la signature de l'accord d'octobre 2015 prévoyant la mise en place d'un régime unifié le 1^{er} janvier 2019.

Parallèlement aux activités de retraite, les institutions vont développer des opérations de prévoyance. Avec la baisse d'activité les politiques salariales deviennent moins généreuses et l'habitude se prend dans les entreprises d'octroyer des avantages prévoyance à leurs salariés et à leur famille. Les institutions de retraite seront les vecteurs de cette politique qui leur permet de sortir du secteur non-lucratif et de mettre un pied dans la santé. Elles le font d'autant plus



naturellement d'abord qu'elles sont bien implantées dans les entreprises dont elles gèrent les retraites. Par ailleurs, à partir de 1996, les institutions sont engagées dans des politiques de regroupement qui les conduisent à intégrer dans un même ensemble des activités de retraite obligatoire relevant du code de la Sécurité sociale, des activités de prévoyance relevant du code des assurances et des activités mutualistes relevant du code de la Mutualité. Certains GPS (groupes de protection sociale) intègrent même dans leur périmètre des sociétés d'assurances et des institutions spécialisées dans l'épargne salariale.

Des solidarités de branche et de territoire

Cette évolution conduite par les partenaires sociaux est d'autant plus cohérente qu'elle correspond aux orientations prises à Bruxelles où l'on ne connaît depuis toujours que deux types d'opérateurs en matière de protection sociale : les régimes publics de Sécurité sociale qui échappent à la libre concurrence et les sociétés d'assurances en compétition avec les mutuelles et les institutions de prévoyance. Surtout, ces grandes manœuvres en cours actuellement permettent la constitution de grands groupes disposant de capacités financières suffisantes pour répondre aux exigences de Solvabilité 2.

Enfin, alors que la Cour des comptes s'alarme dans son dernier rapport¹² d'un déficit qui perdure depuis 2001 à la Sécurité sociale et qui devrait encore se prolonger jusqu'en 2020, principalement du fait du dérapage de la branche maladie, on ne peut que penser que les complémentaires santé, qu'il s'agisse de mutuelles, d'institutions de prévoyance ou de sociétés d'assurances devront prendre une part croissante du fardeau. Les partenaires sociaux, qui ont prouvé depuis 70 ans qu'en retraite ils pouvaient gérer leurs régimes et équilibrer leurs comptes sans l'aide d'une CADES (Caisse d'amortissement de la dette sociale), sont-ils mieux armés pour réussir là où l'État semble pour le moment avoir échoué ?

Dans une telle perspective quel peut être alors l'avenir du paritarisme sur lequel reste fondé une part non négligeable de notre système social ? D'abord, les organismes collectifs à but non lucratif restent mieux placés que d'autres opérateurs pour créer des solidarités autour des accords de branche. Avec trois avantages à la clé : une mutualisation vertueuse au profit des plus petites entreprises, la possibilité de mener des actions de prévention adaptées à des risques professionnels spécifiques et le développement d'une politique d'action sociale ambitieuse qui reste la marque de fabrique des IP : hier les villages vacances, aujourd'hui les structures de répit pour les aidants et les aidées. Bien évidemment, ces objectifs ne pourront être atteints qu'avec des branches fortes représentant une communauté de professions unies autour de risques communs, une légitimité des partenaires sociaux de la branche et une légitimité de l'objet du dialogue de branche.

Ensuite, les organismes à but non lucratif peuvent créer des solidarités autour des

12 Finances et comptes publics. La Sécurité sociale. Rapport sur l'application des lois de financement de la Sécurité sociale. Septembre 2017

territoires. En tout cas c'est bien à partir de l'offre existante que l'on pourra répondre aux questions de santé et de dépendance. À cet égard, les mutuelles qui ont toujours intégré cette dimension sont bien placées pour encourager et accompagner les acteurs locaux. Mais, c'était la conviction exprimée par André Renaudin, le PDG d'AG2R La Mondiale, au Sénat, le 14 septembre 2017¹³ : « À l'avenir, nul ne pourra agir seul. Nous devons fonctionner en faisant appel à l'intelligence collective, guidés par un cadre commun et animés par une culture du dialogue social qui est au cœur du paritarisme ».

13 50^e anniversaire de l'AJIS (Association des journalistes de l'information sociale)

B

LES FORMES ET LES DÉFIS DE LA GOUVERNANCE

sortir de la zone d'ombre, plus en particulier, il paraît être...
 précisément, il s'agit de la reconnaissance de la petite...
 tises et savoirs qu...
 Car il peut revenir...
 ici au moins deux...
 enfants (pour leur so...
 é du travail ? la pa...
 e, en gros, par les...
 ternelle) a-t-elle se...
 é de la question p...
 (compose) finance-t-on...
 rse-t-on des presta...
 ndre un tel sujet s...
 s, d'observations, e...
 n d'abondance que...
 s comme d'investig...
 T. C'est peu dire qu...
 être toujours conve...
 multiples rapports à

Le financement de la Sécurité sociale et de la protection sociale : entre autonomie et indépendance, une gouvernance particulière, des innovations constantes

Par **Benjamin Ferras**, *Inspecteur général des affaires sociales, chargé de cours à Sciences-Po Paris et à l'Institut de gestion publique et du développement économique*

Benjamin Ferras est un ancien élève de l'École nationale supérieure de Sécurité sociale (CNESSS, 39^e promotion). Il a occupé différentes fonctions à la Direction de la Sécurité sociale, à la Haute Autorité de santé et à l'Agence centrale des organismes de Sécurité sociale. Il a ensuite intégré l'Inspection générale des affaires sociales. De 2016 à 2017, il a fait partie du cabinet de la Ministre des Affaires sociales et de la Santé (Conseiller prestations sociales puis Directeur-adjoint). Parallèlement à son activité professionnelle, il enseigne et conduit des recherches dans les domaines des finances publiques et de la protection sociale. Il a publié notamment, avec Julien Damon, un Que sais-je ? intitulé La Sécurité sociale (PUF, septembre 2015). Il est également, depuis mai 2017, membre du Conseil des prélèvements obligatoires (CPO)¹.

Résumé

La gouvernance financière de la protection sociale a fortement évolué au cours des dernières décennies. Ces évolutions ont largement été portées par celles des finances de la Sécurité sociale. Le modèle de gouvernance mis en œuvre a été marqué par la recherche d'une plus grande efficacité et d'un renforcement du débat démocratique, via la reconnaissance du rôle du Parlement. Ces évolutions ont été conduites dans le respect de l'autonomie de la protection sociale et des principes la régissant. Elles ont produit des effets importants : les déficits ont été très largement réduits, le système de protection sociale a globalement renoué avec une trajectoire d'équilibre financier. De nouvelles évolutions ne manqueront pas d'intervenir : elles devraient respecter les spécificités actuelles des finances sociales et pourraient procéder d'une approche plus articulée de l'ensemble du financement de la protection sociale. Plusieurs pistes d'évolution sont avancées dans ce cadre.

Les finances sociales sont le premier secteur des finances publiques : en 2016, les administrations de Sécurité sociale (ASSO) au sens de la comptabilité nationale représentent 46 % des dépenses publiques et bénéficient de plus de 44 % des recettes publiques².

1 Les propos tenus ci-après n'engagent que leur auteur et en aucun cas les administrations ou institutions qu'il sert. Le lecteur voudra en outre excuser la rapidité de certains raisonnements ci-après et pourra se reporter aux éléments de bibliographie cités dans l'article en vue d'approfondissements éventuels.

2 Voir Nicolas Boudrot, Pierre Cheloudko, Camille Sutter, Matthieu Bourasseau, Alexandre Fischman, Emmanuelle Picoulet, Blandine Vachon, Tristan Paloc, Yohann Vaslin, Harouna Traoré et Anne Uteza, *Les comptes des administrations publiques en 2016*, INSEE première, mai 2017, n°1651 et Direction du Budget, *L'évolution des*



Compte-tenu de cette importance, la nature et la qualité de la gouvernance financière de la protection sociale et en particulier de la Sécurité sociale constituent un enjeu majeur. Issu d'une histoire particulière, le pilotage des finances sociales est marqué par la spécificité des principes financiers les régissant et du principe d'autonomie qui les caractérisent (I). Ce pilotage financier a régulièrement évolué et a été source d'innovations constantes (II). De nouvelles évolutions peuvent être envisagées pour préserver la spécificité des finances sociales et renforcer la gouvernance financière du système (III).

I- Les finances sociales, un secteur financier autonome et spécifique mais dont l'importance justifie un pilotage par l'État

I-1/ La protection sociale et la sécurité sociale : des entités autonomes aux plans politique, juridique et donc financier

Le système français de protection sociale a été construit sur le modèle bismarckien. Cet idéal-type conduit à affirmer l'autonomie de la sphère sociale par rapport aux autres interventions publiques. Cette autonomie se décline à plusieurs niveaux. Au plan politique tout d'abord : avec la création des systèmes de protection sociale, c'est la reconnaissance d'une possibilité d'organiser la société en dehors de l'intervention de l'État et des collectivités locales³. Dans la première moitié du XX^e siècle, les partenaires sociaux sont considérés comme légitimes à gérer un système socialisé de protection contre les risques de l'existence. Pour être réelle, cette autonomie nécessite également la reconnaissance de l'indépendance juridique, de gestion et financière du système de protection sociale. Ainsi, au plan juridique, les normes sont élaborées par les partenaires sociaux ou en prenant en compte leurs propositions et avis⁴. S'agissant de la gestion, le système de protection sociale est mis en œuvre par des entités autonomes de droit privé. Ces différents volets de l'autonomie trouvent également un prolongement – essentiel – en matière financière. La protection sociale relève d'un financement par des recettes spécifiques, propres et affectées au financement des différents risques qu'elle couvre. La création des cotisations sociales a permis l'affirmation d'une sphère sociale dont le financement ne dépend pas de l'ouverture de crédits par l'État. Par la suite, les besoins croissants de financement de la protection sociale combinés à la préoccupation de diversifier ses recettes (afin, en particulier, de ne plus reposer exclusivement sur le facteur

finances publiques, Rapport annuel 2016, août 2017.

- 3 Il n'est à cet égard pas anodin que le juge administratif ait reconnu la possibilité pour des entités privé d'exercer des missions de service public à propos de l'action des organismes sociaux. Voir Conseil d'État, 13 mai 1938, *Caisse primaire « Aide et protection »*, Rec. Lebon p. 417. Commentaire dans Xavier Prétot, *Les grands arrêts du droit de la Sécurité sociale*, Dalloz, 2^{ème} édition, 1998.
- 4 Le code de la Sécurité sociale reflète pour partie cette préoccupation : l'essentiel de ses dispositions relève du domaine réglementaire. En effet, l'article 34 de la Constitution de la V^{ème} République dispose que « La loi détermine les principes fondamentaux (...) du droit (...) de la Sécurité sociale. ». Le champ dévolu par la Constitution au pouvoir réglementaire est ainsi large. C'est le reflet de la volonté initiale de permettre au gouvernement d'élaborer l'essentiel des règles en lien avec les partenaires sociaux et sans intervention constante du pouvoir législatif.

travail) ont conduit à créer des recettes nouvelles sous la forme d'impositions affectées (telles que la contribution sociale généralisée) ou à affecter tout ou partie du produit de recettes fiscales à la sphère sociale (fiscalité comportementale ou compensation des exonérations de cotisations sociales notamment). Sur un autre plan, la sphère sociale est financièrement pleinement autonome du fait qu'elle ne relève pas du « circuit unique du trésor », qu'elle relève – en recettes et en dépenses – d'un *corpus* de règles spécifiques tant en termes d'engagement que de recouvrement qu'en matière comptable et enfin, qu'elle est mise en œuvre par des agents qui ne relèvent pas directement du ministère des finances contrairement aux autres comptables (les agents-comptables des organismes de Sécurité sociale ou les directeurs comptables et financiers des autres organismes de protection sociale).

I-2/ Les finances sociales sont régies selon des règles spécifiques, différentes de celles régissant les autres secteurs financiers publics

La protection sociale et la Sécurité sociale ne relèvent pas, pour une large part, des principes canoniques régissant les autres recettes et dépenses publiques⁵. Il n'existe ainsi pas d'autorisation annuelle de recouvrement des cotisations sociales : les lois de financement de la Sécurité sociale, contrairement aux lois de finances, ne comportent pas de dispositions de ce type⁶. De même, les dépenses de protection sociale ne relèvent pas d'une autorisation annuelle : les prestations sont versées compte tenu des « droits-créances » reconnus par la réglementation. Tant la protection sociale que la Sécurité sociale ne relèvent pas d'une approche « budgétaire » dans un sens de limitation de la dépense⁷. Schématiquement, les principes clefs des finances publiques – unité, universalité, annualité, non affectation... – ne sont pas directement applicables aux finances sociales : là encore, il s'agit d'une marque de reconnaissance de la particularité financière de la sphère sociale par rapport aux autres sphères d'intervention publique⁸.

I-3/ Une protection sociale victime de son succès ? Une évolution de la gouvernance justifiée par son rôle déterminant dans les interventions et les équilibres financiers publics

Le débat sur la Sécurité sociale et la protection sociale est souvent marqué par le regret d'un « âge d'or », dont la réalité demeure pour partie à démontrer, âge d'or caractérisé par une totale autonomie politique, juridique, financière et de gestion. Les dernières décennies auraient

5 Sur ces principes, voir Michel Bouvier, Marie-Christine Esclassan et Jean-Pierre Lassale, *Finances publiques*, LGDJ, 16^{ème} édition, 2017 ; Rémi Pellet, *Droit financier public - Monnaies, Banques centrales, Dettes publiques*, PUF, 2014 et Rémi Pellet et Arnaud Skrzyrbak, *Droit de la protection sociale*, PUF, 2017.

6 Ainsi, si les recettes fiscales affectées relèvent de cette autorisation annuelle, les cotisations ne relèvent pas du champ d'application du consentement annuel à l'impôt posé par l'article 14 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen du 17 juin 1789.

7 Pour autant, cet encadrement par des crédits budgétaires ayant un caractère limitatif existe pour certains secteurs de dépenses telles que celles de gestion administrative, d'action social ou encore certains sous-secteurs de dépenses (en particulier s'agissant des dépenses d'assurance maladie ou des crédits dévolus à la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie).

8 La non application de ces principes des finances publiques aux finances sociales donnera lieu à un article prochainement dans la *Revue française des finances publiques*.



marqué une certaine dégénérescence de cet idéal initial par une présence et un contrôle accrus de l'État : l'« étatisation » de la Sécurité sociale, la « fiscalisation » de ses recettes auraient ainsi remis en cause les fondements même du système. Ces affirmations doivent, sinon être critiquées, *a minima* être largement nuancées.

La protection sociale apparaît pour partie « victime de son succès ». Elle est aujourd'hui le premier outil de redistribution en recettes comme en dépenses⁹. La part des dépenses de protection sociale est passée de 13,2 % à 32,3 % du produit intérieur brut entre 1949 et 2013¹⁰. De plus, les choix européens ont conduit les autorités publiques nationales à ne plus recourir directement à la politique monétaire : les pouvoirs publics mobilisent donc désormais uniquement les recettes et dépenses publiques pour servir leurs objectifs politiques. Aussi les responsables politiques ne peuvent-ils pas se désintéresser de la protection sociale qui est un des principaux leviers d'intervention dont ils disposent. De plus, la complémentarité des actions entre les différentes sphères publiques est évidente : la politique familiale est ainsi conduite par la Sécurité sociale (branche famille) mais aussi par l'État (avantages fiscaux, politique éducative...) et les collectivités locales (accueil des jeunes enfants, infrastructures scolaires et temps périscolaires...). La mise en cohérence des différents registres d'intervention est nécessaire : seul l'État dispose de la légitimité de nature à permettre cette recherche de complémentarité.

La situation financière de la protection sociale retient par ailleurs l'attention dans un contexte de maîtrise accrue des finances publiques. La « surveillance multilatérale »¹¹ des situations financières publiques de chaque État par les institutions internationales et les marchés financiers (auxquels s'ajoutent les institutions européennes pour les états – membres de l'Union économique et monétaire) conduit *de facto* à renforcer le pilotage par l'État de chaque secteur des finances publiques et notamment des finances sociales.

Enfin, les besoins de financement croissants de la sphère sociale, combinés à la constitution progressive d'une « dette sociale », ont justifié une attention croissante des pouvoirs publics aux finances sociales.

Au final, la gouvernance financière de la protection sociale est l'objet de débats constants. Ils portent largement sur le fait qu'elle ait été profondément dénaturée par le renforcement du rôle de l'État dans les processus de décision. Cette approche doit largement être tempérée. Si le rôle de l'État s'est affirmé, cette dy-

9 Cette dimension est particulièrement mise en lumière par les différents rapports du Haut conseil au financement de la protection sociale qui s'est même attaché à apprécier les impacts de la distribution territoriale assurée par le système, voir HCFiPS, *Rapport sur l'impact de la protection sociale et de son financement sur la distribution territoriale des revenus*, novembre 2015.

10 Voir Antoine Math, *Les mutations de dépenses de protection sociale sur longue période* in Jean-Marie Monnier (dir), *Finances publiques*, Les notices, la Documentation française, 4^{ème} édition, 2015.

11 Sur ce concept, voir Michel Bouvier, *Surveillance multilatérale internationale des finances publiques et pouvoir politique*, in *Revue française des finances publiques*, 2001, n°74, LGDJ et Michel Bouvier, « Surveillance multilatérale des finances publiques et pouvoir politique », in Actes du colloque OCDE/Sénat, *Processus budgétaire : vers un nouveau rôle du Parlement*, éditions du Sénat, 2002.

namique n'est pas propre aux finances sociales, comme en témoignent les débats réguliers sur l'autonomie et la responsabilisation des acteurs publics (administrations, collectivités locales et opérateurs). Certes, la gouvernance financière de la protection sociale a largement évolué mais ses spécificités demeurent : la protection sociale demeure une entité très largement autonome. Les évolutions conduites au cours des dernières années ont pris en compte cette autonomie : des solutions particulières et innovantes ont été mises en œuvre pour, d'une part, tenir compte de ce contexte d'interdépendances renforcées et, d'autre part, préserver l'autonomie financière de la sphère sociale.

II- Une gouvernance financière de la Sécurité sociale en évolution constante et source d'innovations fortes

La Sécurité sociale représente près des deux tiers des dépenses de protection sociale¹². Elle a concentré, au cours des dernières décennies, l'essentiel des enjeux financiers de la sphère sociale, à la fois compte tenu de son poids, mais aussi du fait du dynamisme de ses dépenses, appelant des ajustements réguliers de ses recettes. Elle constitue aussi, historiquement, le secteur des finances sociales avec lequel l'État a les relations les plus fortes et les plus structurées : la généralisation dans l'après-guerre du service public de la Sécurité sociale s'est ainsi accompagnée de la mise en place d'une tutelle de l'État portant à la fois sur les actes et sur les personnes, tutelle qui a été confiée à une direction dédiée et spécialisée, la direction de la Sécurité sociale¹³. De plus, la Sécurité sociale constitue, à de nombreux égards, la référence au sein de la protection sociale en matière d'organisation financière ou de gestion.

La Sécurité sociale est aussi le cadre privilégié dans lequel se déploient les principes financiers particuliers régissant la protection sociale. Au plan historique, si la Sécurité sociale a été créée comme une entité autonome, les principes financiers la régissant sont aussi le reflet d'une volonté d'encadrer cette autonomie. À titre d'exemple, les recettes sociales et, au premier chef, les cotisations, sont régies par le principe d'affectation, contrairement aux recettes de l'État ou des collectivités qui sont régies par un principe général de non affectation (« l'ensemble des recettes finance l'ensemble des dépenses »). Ce principe d'affectation a deux effets. Combiné à la spécialisation de l'activité des organismes sociaux, il assure que les recettes ne peuvent être employées à d'autres fins ou objets que celles relevant de la couverture des risques¹⁴. Par ailleurs, ce principe d'affectation se révèle un outil puissant de pilotage de l'équilibre financier : il permet de constater les décalages existants entre recettes et dépenses non au

12 Les régimes des assurances sociales représentent, en 2015, 63 % des dépenses de protection sociale, les dites dépenses de protection sociale étant le fait à 91 % d'entités publiques. Ce champ de la comptabilité nationale ne recouvre néanmoins pas intégralement celui couvert par les comptes de la Sécurité sociale et traduits dans les lois de financement de la Sécurité sociale. Pour une approche détaillée, voir Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), *La protection sociale en France et en Europe en 2015 – résultats des comptes de la protection sociale*, Panoramas de la DREES – social, 2017.

13 Cette préoccupation de contrôle par l'État d'entité autonome est indissociable de la montée en puissance des assurances sociales. Les premières lois sur les assurances sociales (1928 et 1930) ont créé un premier corps de corps de commissaire contrôleurs, chargé de contrôler leur bonne mise en œuvre. Ce corps deviendra par la suite l'inspection générale de la Sécurité sociale qui sera fusionnée avec les autres corps d'inspection en 1967 pour créer l'actuelle Inspection générale des affaires sociales (IGAS).

14 L'article L. 253-1 du code de la Sécurité sociale rappelle ce principe « Les ressources recouvrées en exécution du présent code ne peuvent être affectées à une institution autre que celle au titre de laquelle elles sont perçues. »



niveau d'une entité (une caisse ou un régime) mais à celui d'un risque (toutes caisses et tous régimes confondus). L'affectation des recettes est un gage de visibilité des éventuels déficits ou excédents par nature de risque donc par type de dépenses. En cela, la Sécurité sociale se distingue très nettement des autres collectivités publiques dont l'équilibre financier est apprécié globalement et non fonction par fonction. Les évolutions de la gouvernance financière ont donc, au premier chef, concerné la Sécurité sociale tant du côté de ses dépenses¹⁵ que de ses recettes.

II-1/ Des évolutions profondes conduites par les organismes sous l'égide de l'État

Un premier facteur d'évolution a trait à la spécialisation de plus en plus prononcée du recouvrement des recettes sociales et de la gestion financière de la Sécurité sociale. De très nombreux changements sont intervenus depuis 1945. Au premier chef, le recouvrement des recettes et la gestion de la trésorerie de la Sécurité sociale, fonctions initialement prises en charge par les caisses prestataires, se sont spécialisés. Au sein du régime général, les unions de recouvrement des cotisations de Sécurité sociale et d'allocations familiales (URSSAF) ont été généralisées en 1960¹⁶ et l'Agence centrale des organismes de Sécurité sociale (ACOSS) a été créée en 1967 dans le cadre de la réforme « Jeanneney »¹⁷. La spécialisation de la fonction a permis de mettre en œuvre concrètement l'autonomie financière du régime général par une gestion de plus en plus aboutie de sa trésorerie : à côté du circuit financier unique du Trésor s'est progressivement constitué un circuit autonome, propre au régime général, permettant d'optimiser la gestion financière¹⁸.

Au-delà, les techniques de recouvrement et de collecte ont été progressivement améliorées, ce qui a permis de renforcer l'efficacité de la gestion financière. Par exemple, la retenue à la source des cotisations et contributions sociales est un gage de performance. Il a été renforcé par les actions conduites (réactivité des procédures à l'échéance, recouvrement amiable et forcé...) se traduisant par des taux de restes à recouvrer particulièrement bas. Cette technique a en outre conduit les acteurs à mettre en œuvre, *via* la technique de la répartition à la source des encaissements, la gestion commune de la trésorerie et son suivi séparé par branche¹⁹.

15 Soit les dépenses maladie, invalidité, maternité, décès, famille, vieillesse, accidents du travail et maladies professionnelles.

16 Les URSSAF, créées initialement par les caisses de base dans une démarche de spécialisation de la fonction de recouvrement ont été pleinement généralisées par le décret n°60-452 du 12 mai 1960 relatif à l'organisation et au fonctionnement de la Sécurité Sociale.

17 Sur la création de l'ACOSS, voir les articles 47 et suivants de l'ordonnance n° 67-706 du 21 août 1967 relative à l'organisation administrative et financière de la Sécurité sociale.

18 Pour une approche plus détaillée sur ces questions, voir Michel Laroque (dir), *Contribution à l'histoire financière de la Sécurité sociale*, Comité d'histoire de la Sécurité sociale, La documentation française, 1999 ainsi que les ouvrages collectifs du Comité d'histoire de la Sécurité sociale, *La Sécurité sociale : son histoire à travers les textes*, en particulier les tomes III (période 1945-1981) et VI (période 1981-2005).

19 Sur ces questions, outre les ouvrages évoqués *supra* note 17, voir les différentes contributions in *La Sécurité sociale et les finances publiques*, Revue française des finances publiques, 2011, n°115,

Par ailleurs, la comptabilité des organismes de Sécurité sociale a profondément évolué : un mouvement progressif de convergence a permis l'adoption de standards comptables communs à l'ensemble des organismes dans le cadre du plan comptable unique des organismes de Sécurité sociale (PCUOSS) généralisé à compter de 2001²⁰. Ces efforts pour renforcer la sincérité, la fiabilité et la fidélité des comptes ont été parachevés par la mise en place, depuis 2006, des procédures de certification des comptes qui, au sein du régime général, font intervenir à la fois les agents-comptables nationaux (rôle de validation des comptes locaux notamment) et la Cour des comptes²¹.

II-2/ Une recherche progressive de maîtrise se heurtant à la question de la complémentarité des interventions entre le Gouvernement, le Parlement et les partenaires sociaux

Le premier enjeu a été de disposer de comptes réguliers et fiables des différents risques, régimes et branches de Sécurité sociale. Cette démarche a été mise en œuvre suite à la création de la Commission des comptes de la Sécurité sociale à compter de 1979²² dont le champ d'intervention a été progressivement élargi à de nouveaux secteurs de la protection sociale obligatoire (en particulier aux régimes complémentaires de retraite).

À côté de cette évolution, une demande croissante d'un rôle accru du Parlement sur la Sécurité sociale a marqué les années soixante-dix et quatre-vingts. En effet, le principal argument justifiant l'absence d'intervention parlementaire était celui du rôle des partenaires sociaux dans la gestion des branches et régimes. Cet argument a progressivement perdu de sa vigueur. Par opposition aux domaines de la retraite complémentaire et de l'assurance chômage, les partenaires sociaux ont rarement proposé des réformes, sinon consensuelles, *a minima* majoritaires en matière de Sécurité sociale. Les principales évolutions ont été conduites sous l'égide de l'État et souvent dans des modalités assurant une primauté de l'intervention de l'exécutif, à l'instar du choix des ordonnances en 1967 pour mettre en œuvre la réforme « Jeanneney ». Cette moindre intervention des partenaires sociaux a conduit *de facto* les administrations compétentes de l'État à « reprendre la main » en faisant évoluer les textes régissant la Sécurité sociale, textes qui relèvent largement du pouvoir réglementaire. Nombres d'évolutions ont été conduites de la sorte. Mais des interventions du législateur demeuraient nécessaires en matière de Sécurité sociale s'agissant des « principes fondamentaux du droit de la Sécurité sociale ». Ces évolutions législatives se faisaient dans le cadre de projets de loi au champ large portant classiquement « diverses mesures » d'ordre social. Il en résultait une frustration de la part de parlementaires amenés à se saisir ponctuellement d'un secteur d'intervention devenu majeur et dont le poids financier était incontestable et supplantait progressivement celui de l'État. Plus qu'une volonté d'« étatisation », l'absence de procédure parlementaire posait la

LGDJ et également Alain Gubian et Gwenaëlle Le Bohec, *Les circuits financiers de la fiscalité sociale*, Revue française des finances publiques, 2016, n°136, LGDJ.

20 Article 56 de la loi n°2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la Sécurité sociale pour 2001.

21 Article L0 132-2-1 du code des juridictions financières issu de l'article 12 de la loi organique n°2005-881 du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la Sécurité sociale.

22 Le décret n°79-237 du 22 mars 1979 a créé cette commission, dont le rôle a été définitivement consacré par l'article 15 de la loi n°94-637 du 25 juillet 1994 relative à la Sécurité sociale.



question de l'équilibre entre les interventions, d'une part, du pouvoir exécutif et, d'autre part, du pouvoir législatif. Elle posait en outre la question de la publicité des débats relatifs à la Sécurité sociale, le débat parlementaire étant un des moyens privilégiés permettant un débat large, ouvert et démocratique.

Pour remédier à cette situation, plusieurs propositions ont été formulées dans le sens d'un renforcement des pouvoirs du Parlement. On peut notamment citer l'initiative de Michel d'Ornano en 1987 d'une proposition de loi organique relative au contrôle du Parlement sur les finances des régimes obligatoires de Sécurité sociale : cette proposition consistait en l'organisation d'un débat annuel au Parlement permettant l'approbation d'un rapport présentant les comptes des régimes. Elle a néanmoins, compte tenu de sa nature, été censurée par le Conseil constitutionnel²³.

L'intervention du Parlement dans le pilotage financier de la Sécurité sociale n'a été possible qu'à compter de 1996 suite à une réforme constitutionnelle²⁴. Les nouvelles lois de financement de la Sécurité sociale (LFSS)²⁵ interviennent dans des matières limitées puisque, outre les « principes fondamentaux du droit de la Sécurité sociale » relevant de la loi en application de l'article 34 de la Constitution de la V^{ème} République, le Parlement s'est vu reconnaître, *via* les nouvelles LFSS, le pouvoir de « détermin(er) les conditions générales de (l')équilibre financier (de la Sécurité sociale) et, compte tenu (des) prévisions de recettes, fix(er) les objectifs de dépenses (de la Sécurité sociale) ». La création des LFSS a marqué un tournant. Elle a permis l'intégration des finances sociales dans les dispositifs globaux de pilotage des finances publiques.

II-3/ La montée en puissance des lois de financement de la Sécurité sociale ou l'intégration des finances sociales dans le pilotage global des finances publiques

Les LFSS sont fréquemment critiquées en ce qu'elles constitueraient une « étatisation » du système et remettraient en cause le rôle dévolu aux partenaires sociaux. Cette approche, là encore, doit être largement tempérée. La création des LFSS a marqué un tournant majeur en ce que le débat sur les finances et les politiques de Sécurité sociale n'était pas structuré par un événement permettant régulièrement de questionner les orientations retenues, les limites rencontrées, les évolutions souhaitables et les objectifs devant être poursuivis. Ainsi, alors même que les politiques de l'éducation et de la défense disposaient d'un tel « temps », notamment dans le cadre des débats budgétaires ; la Sécurité sociale, principal secteur d'intervention

23 Cette censure a été prononcée du fait que cette proposition de loi organique était afférente à la procédure législative et n'avait pas pour domaine la détermination de matières relevant de la loi selon l'article 34 de la Constitution de la V^{ème} République Décision n° 87-234 DC du 7 janvier 1988, *Loi organique relative au contrôle du Parlement sur les finances des régimes obligatoires de Sécurité sociale*.

24 Loi constitutionnelle n°96-138 du 22 février 1996 instituant les lois de financement de la Sécurité sociale.

25 Loi organique n°96-646 du 22 juillet 1996 relative aux lois de financement de la Sécurité sociale.

publique, en était dépourvue. L'apport essentiel des LFSS réside sans nul doute dans la structuration du débat qu'elles ont permis, acquis qu'il est difficile de mesurer mais qui est réel : désormais, le débat est largement issu des constats de la commission des comptes dans ses rapports de juin et de septembre puis de l'examen en octobre du PLFSS.

Au-delà, les LFSS constituent un outil de pilotage d'un type nouveau et qui paraît pleinement adapté : suite à la première approche de 1996, elles ont été profondément réformées en 2005²⁶. Loin de remettre en cause l'autonomie de la Sécurité sociale, les LFSS ont veillé à les préserver. La LOLFSS de 2005 a ainsi élevé au niveau organique trois dimensions majeures : le principe de la compensation systématique de toute perte de recette pour la Sécurité sociale et le monopole des LFSS pour mettre – le cas échéant- en échec cette obligation de compensation²⁷, le monopole des LFSS sur l'affectation des recettes propres de la Sécurité sociale²⁸, la nécessité d'accompagner tout nouveau transfert de dette à la caisse d'amortissement de la dette sociale de recettes dans l'objectif de garantir l'amortissement de cette dette dans des délais équivalents à ceux applicables avant ce transfert²⁹. Ainsi, les LFSS ont permis de clarifier les échanges constants sur les « charges indues » existant entre l'État et la Sécurité sociale : le débat annuel permet désormais d'objectiver les mouvements financiers intervenant entre la Sécurité sociale et les autres collectivités publiques et, au premier chef, l'État.

Les LFSS constituent un outil intégré de pilotage. Elles sont pluriannuelles : la LFSS débattue lors de l'année N et relative à l'exercice N+1 comprend ainsi des dispositions relatives au dernier exercice clos (N-1, première partie), à l'exercice en cours (N, deuxième partie) et à l'exercice à venir (N+1, troisième et quatrième parties). Cette pluriannualité est d'autant plus prégnante que les parlementaires votent également des projections quadriennales : chaque LFSS permet ainsi de déterminer les soldes pluriannuels de la Sécurité sociale sur quatre années, de N+1 à N+4. Le fait d'embrasser l'évolution financière de la Sécurité sociale sur six années est des plus adaptés : outre les éventuelles évolutions conjoncturelles pouvant affecter ces soldes, les changements conduits en matière de Sécurité sociale n'ont le plus souvent des effets qu'au terme de plusieurs années. La pluriannualité est donc cohérente avec la logique même des politiques sociales. Les LFSS constituent en outre un moyen de rassembler des dimensions précédemment éparées : depuis 2005, elles sont pleinement universelles puisque, en recettes comme en dépenses, elles embrassent l'ensemble des régimes ; elles comprennent en outre des dispositions relatives à l'amortissement de la dette sociale, à la mise en réserve de recettes (fonds de réserve pour les retraites) ou encore concernant des organismes financés par la Sécurité sociale (caisse nationale de solidarité pour l'autonomie). Les lois de financement ont enfin permis d'affirmer le principe de gestion par la performance du service public de la Sécurité sociale : les programmes de qualité et d'efficacité déterminent ainsi les grands objectifs des politiques de Sécurité sociale et mesurent leurs effets ; ils sont complétés par l'annexe

26 Loi organique n°2005-881 du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la Sécurité sociale.

27 Article LO 111-3-IV du code de la Sécurité sociale introduit par l'article 1^{er} de la loi organique n°2005-881 du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la Sécurité sociale.

28 Article LO 111-3-III du code de la Sécurité sociale introduit par l'article 1^{er} de la loi organique n°2005-881 du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la Sécurité sociale.

29 Article 4 bis de l'ordonnance n°96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale introduit par l'article 20 de la loi organique n°2005-881 du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la Sécurité sociale.



recensant les actions internes conduites dans le cadre des conventions d'objectifs et de gestion.

Cette rapide description des dispositions figurant en loi de financement souligne la pertinence de cet outil. Là où, du côté de l'État, trois lois financières sont nécessaires (loi de finances initiale puis loi de finances rectificative et, enfin, loi de règlement) le financement de la Sécurité sociale propose un outil unique. Les évolutions ultérieures du pilotage des finances publiques ont confirmé la pertinence de l'outil LFSS : les nouvelles lois de programmation des finances publiques introduites en 2012 prévoient ainsi les évolutions pour au moins les trois années à venir de soldes des différents secteurs financiers (État, collectivités locales et protection sociale). Ces lois assignent en outre des objectifs de dépenses à ces différents secteurs et, notamment, aux collectivités locales³⁰, secteur dont certains acteurs ont demandé pendant plusieurs années à relever d'une approche de ce type, sur le modèle des LFSS.

Un autre apport des LFSS réside dans la détermination de prévisions de recettes et l'assignation d'objectifs de dépenses à chaque branche soit à chaque secteur de dépenses. Les tableaux d'équilibre permettent à chaque branche de connaître sa situation et les évolutions projetées la concernant, compte tenu des dispositions figurant dans chaque LFSS. Les LFSS ont ainsi permis, après le mouvement de responsabilisation interne mis en œuvre par les conventions d'objectifs et de gestion introduites en 1996, d'affirmer la responsabilité de chaque branche et donc chaque régime sur le respect des objectifs de dépenses qui lui sont assignés.

Une critique récurrente formulée à l'encontre des LFSS est qu'elles seraient un outil dédié exclusivement à la régulation financière et qu'elles ne permettraient qu'une « maîtrise comptable ». Loin de fragiliser la Sécurité sociale, l'affirmation – au niveau constitutionnel – de la nécessité de garantir l'équilibre pluriannuel du système de socialisation des risques apparaît au contraire comme un des éléments de nature à garantir sa pérennité. Au-delà, plus de vingt ans après leur création, force est de constater que les LFSS, loin de confisquer le débat sur la Sécurité sociale ont permis de le structurer. Ainsi, les partenaires sociaux rendent un avis sur le PLFSS dans le cadre des conseils d'administration des caisses nationales dirigeant chaque branche. Ils peuvent proposer des mesures d'adaptation, d'amélioration ou de rationalisation des dépenses à l'instar du rapport « charges et produits » réalisé par la Caisse nationale d'assurance maladie. Chaque organisation syndicale et patronale dispose ainsi, comme les parlementaires, des moyens de nature à lui permettre de se positionner sur la politique conduite. Au-delà, l'examen annuel des LFSS permet également de conduire un débat plus large associant les professionnels concernés mais aussi le grand public. Les LFSS permettent en outre de prendre des mesures annuelles. Pour autant, elles ne confisquent pas le débat : chaque réforme d'am-

30 Loi constitutionnelle n°2008-724 du 23 juillet 2008 de modernisation des institutions de la V^{ème} République et loi organique n°2012-1403 du 17 décembre 2012 relative à la programmation et à la gouvernance des finances publiques.

pleur concernant l'assurance maladie ou les retraites donne également lieu à des lois spécifiques.

III- Une gouvernance financière qui a produit des résultats avérés mais qui demeure perfectible à de nombreux égards

III-1/ Le pilotage renforcé des finances sociales a permis la maîtrise des déficits : la trajectoire actuelle est celle du retour à l'équilibre des comptes sociaux

L'image du « trou de la Sécurité sociale » a structuré le débat public des dernières décennies. La gouvernance financière rénovée de la protection sociale a cependant permis de tempérer ce qui demeure, *volens nolens*, une référence obligée des débats sur les politiques sociales. Si la Sécurité sociale demeure en déficit, celui-ci s'est très largement amoindri : dans son rapport de septembre 2017, la commission des comptes a ainsi constaté que le déficit du régime général s'élevait à 800 millions d'euros et à 4,4 milliards en intégrant le fonds de solidarité vieillesse. Ce déficit, considérable en valeur, apparaît nettement moindre si on le rapproche des dépenses : il n'en représente respectivement que 0,2 et 1,2 %. Dans la même logique, le rapport économique social et financier joint au projet de loi de finances pour 2018 souligne que le champ de la protection sociale (administrations de Sécurité sociale – ASSO) présente, phénomène inédit au cours des dernières décennies, une situation excédentaire (+ 4,2 milliards d'euros en 2017 et + 12,9 en 2018). En 2017, pour la huitième année consécutive, l'objectif national des dépenses d'assurance maladie voté par le Parlement sera également respecté.

Le rétablissement est notable : alors que les finances sociales présentaient une situation constamment déficitaire, elles renouent progressivement avec l'équilibre. Une autre illustration a trait à la dette sociale : elle devrait intégralement être amortie par la caisse d'amortissement de la dette sociale en 2024 conformément à l'objectif assigné depuis plusieurs années³¹. Les réformes régulières des couvertures apportées, notamment en matière de maladie et de vieillesse, ont eu un effet majeur pour permettre de passer d'une trajectoire structurellement déficitaire à une dynamique de retour à l'équilibre. Mais la gouvernance financière et la mise en œuvre d'un outil annuel permettant de garantir l'atteinte d'objectifs pluriannuels ont également eu un rôle indéniable.

L'assainissement de la situation financière de la protection sociale est une nouvelle dont on ne peut que se réjouir sans pour autant penser que le temps de la vigilance est passé. L'équilibre financier de la protection sociale, s'il est un objectif premier depuis la création des systèmes de socialisation des risques³², ne constitue en aucun cas une fin. Il demeure fragile à plusieurs égards. La protection sociale est particulièrement exposée aux évolutions conjoncturelles

31 Cette approche doit néanmoins être tempérée par le recours régulier à l'emprunt de trésorerie par les différents régimes, recours qui conduit à minorer le niveau effectif de l'endettement.

32 On rappelle que les premières lois relatives aux assurances sociales comportaient une obligation pour les caisses et les régimes de demeurer en équilibre, cette disposition ayant été conservée dans le cadre des ordonnances de 1945... Voir Michel Laroque (dir), *Contribution à l'histoire financière de la Sécurité sociale... op. cit.* et Comité d'histoire de la Sécurité sociale, *La Sécurité sociale : son histoire à travers les textes... op. cit.*



qui peuvent affecter tant ses recettes que ses dépenses. La protection sociale est en outre confrontée à des défis sans précédent du fait du vieillissement, du coût du progrès médical... Enfin, la protection sociale en tant que sphère autonome doit demeurer protégée des éventuels « transferts de charges » ou « pertes de recettes » du fait des autres secteurs.

Le retour à l'équilibre financier permet cependant de clarifier le débat s'agissant de la responsabilité de la protection sociale dans la maîtrise des équilibres des finances publiques. Les administrations de Sécurité sociale représentent aujourd'hui près de 10 % de la dette publique alors même qu'elles assument près de 50 % des dépenses publiques. Tant la structure de l'endettement public (l'État porte 80 % de la dette publique et les collectivités locales près de 10 %) que la trajectoire actuelle de retour à l'équilibre soulignent les efforts importants réalisés par la sphère sociale. Les perspectives financières rendent néanmoins incontournables de nouvelles réformes, voire un mouvement de réforme en continu de la protection sociale. Pour autant, force est de constater que les réformes à venir ne pourront être conduites avec pour principale motivation le retour à l'équilibre des comptes sociaux : celui-ci est à l'œuvre et la réforme sera d'autant plus aisée que des marges précédemment inexistantes se dégagent au titre des années à venir.

Ces évolutions sont d'autant plus marquantes qu'elles ne sont pas exclusivement financières : le système de protection sociale a profondément évolué au cours des dernières décennies, tant en recettes qu'en dépenses. Du côté des recettes, celles-ci se sont progressivement diversifiées du fait de la montée en puissance de recettes fiscales liées à une volonté de mettre à contribution d'autres revenus que les revenus d'activité (contribution sociale généralisée et contribution au remboursement de la dette sociale notamment), de compenser les exonérations (« panier » de recettes affectée au financement des mesures favorables à l'emploi), de mettre à contribution certains acteurs (taxes sur le secteur pharmaceutique) ou encore de peser sur les comportements (droits alcools et tabacs et autres fiscalités comportementales). Ces évolutions ont modifié la structure du financement de la protection sociale : les cotisations sociales représentaient 77 % des ressources sociales en 1959, elles demeurent la principale source de financement en 2015 mais leur poids a nettement diminué (61,1 %) notamment du fait de la montée en puissance des impôts et taxes affectés finançant les régimes de protection sociale (24,6 % des ressources en 2015). S'agissant des dépenses, les évolutions propres à chaque risque ont été très profondes. On note notamment un mouvement de rapprochement des prestations servies par les différents régimes et le renforcement des dépenses de solidarité. Le système, initialement bismarckien et professionnel, a évolué de plus en plus vers un modèle bévéridgien et universel. La mise en œuvre de la protection universelle maladie en 2016 en est la dernière illustration³³, tout comme la fin programmée du régime social des indépendants à compter de 2018³⁴.

33 Article 59 de la loi n°2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la Sécurité sociale pour 2016.

34 Telle que prévue par le projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2018, en cours de discussion par le Parlement.

III-2/ La gouvernance financière, un champ d'évolution constant au service de la pérennité et de l'évolution du système de protection sociale

Les évolutions de la gouvernance financière ont été respectueuses des principes propres à la protection sociale et, notamment, du rôle des partenaires sociaux. Cependant, parallèlement aux réformes propres à chaque risque social, cette gouvernance sera sans nul doute amenée à évoluer au cours des prochaines années. Si des évolutions sont incontournables, plusieurs principes semblent devoir être préservés. Tout d'abord, la tentation de la « régulation budgétaire » doit être pleinement écartée. Les dépenses de protection sociale ne sont, par nature, pas limitatives et donc non susceptibles d'être encadrées dans des enveloppes fermées et limitatives : imagine-t-on de cesser le paiement des pensions de retraite ou le remboursement de soins du fait du dépassement de l'enveloppe ? Là est la grande vertu des LFSS, en permettant une approche pluriannuelle de l'équilibre, elles prennent en compte le fait que la Sécurité sociale n'est pas construite pour présenter un équilibre annuel et « budgétaire ». Elle est soumise à de puissants aléas conjoncturels en particulier du côté des recettes. De plus, le pilotage des dépenses repose sur des changements de comportements des bénéficiaires qui s'inscrivent dans des perspectives non de court mais de moyen et long termes. Loin de constituer un outil comptable, les LFSS ont permis de créer les conditions de la pérennité financière de la Sécurité sociale. La même approche est pleinement applicable aux autres secteurs de la protection sociale. La préservation de cette spécificité constitue un enjeu de premier plan : les approches budgétaires applicables à l'État et aux collectivités locales, dont les dépenses de « guichet » revêtent un poids modéré par rapport aux autres dépenses, ne sont pas transposables à la protection sociale.

La tentation du pilotage global et intégré des finances publiques doit également être écartée. Une vision consolidée et d'ensemble est naturellement nécessaire. Mais celle-ci ne doit pas conduire à opérer des transferts réguliers de recettes et de dépenses entre les différents secteurs. La préservation de recettes propres et affectées exclusivement à la protection sociale tout comme l'identification claire de ses champs d'intervention constituent également des impératifs. Cette recherche de clarté est nécessaire pour garantir la responsabilisation de chaque secteur sur la recherche de l'équilibre financier.

Enfin, la spécificité de la sphère sociale ne peut être diluée dans le pilotage global des finances publiques. Cette sphère relève d'une gouvernance politique particulière reposant notamment sur le rôle dévolu aux partenaires sociaux. Cette spécificité a été préservée au cours des dernières décennies : certes, les pouvoirs des organes délibérants ont été revus mais les partenaires sociaux demeurent des intervenants clefs en matière sociale ; si leur rôle demeure régulièrement interrogé, les analystes conviennent de leur rôle clef et de la nécessité politique de leur participation aux prises de décision et aux débats³⁵.

Les évolutions à venir doivent permettre d'affirmer le rôle clef de la protection sociale tant en matière d'interventions publiques qu'en ce qui concerne son poids financier. Les engagements européens de la France et le développement de la « surveillance multilatérale des finances

35 Sur ce point, voir notamment, Thomas Audigé et Pierre Romain, *Gouverner l'assurance-chômage : entre étatisation et tripartisme de façade, quel chemin de réforme ?*, Fondation Terra Nova, octobre 2017.



publiques » conduisent à accroître les contraintes financières supportées par les différentes collectivités publiques. La protection sociale joue un rôle majeur en matière de redistribution et supérieur à celle opérée par les autres sphères³⁶. Elle représente près de la moitié des recettes et dépenses publiques. Or, cette importance demeure peu connue et reconnue. Les travaux académiques et les débats publics demeurent largement centrés sur les situations de l'État et des collectivités locales. Malgré son poids, la protection sociale n'est pas, au plan financier, le pivot du système : il peut donc lui arriver de jouer un rôle d'ajustement afin d'améliorer la situation financière de l'État et des collectivités locales. Les années à venir doivent sans nul doute permettre de (ré)affirmer le poids et l'importance du système de protection sociale par rapport aux autres interventions publiques et de préserver sa singularité et son autonomie.

Plusieurs pistes pourraient utilement être explorées. Une première a trait à la clarification du débat s'agissant des comparaisons internationales : les définitions retenues en comptabilité nationale, européenne et au sein de l'OCDE conduisent à considérer la plupart des interventions sociales comme des actions publiques financées par des prélèvements obligatoires qui, *lato sensu*, ne donnent pas lieu à contrepartie. Or, nombre de pays dont la situation est rapprochée de celle de la France ont des systèmes privés auxquels les citoyens sont incités à adhérer voire auxquels ils sont tenus d'adhérer (USA et RFA par exemple). Il n'existe pas de rapprochement systématique entre les interventions publiques en France et des interventions de même nature conduites par les autres pays. Un débat clarifié sur le niveau de dépenses publiques et de prélèvements obligatoires serait facilité par la généralisation de telles approches comparatives³⁷.

Une seconde piste a trait à la nécessité d'étendre les dispositifs de gouvernance financière à l'ensemble de la protection sociale et de ne pas limiter les évolutions à la seule Sécurité sociale. Plusieurs approches pourraient être mobilisées dans ce cadre. Les référentiels comptables pourraient être harmonisés et généralisés entre les différents gestionnaires : la mise en œuvre du plan comptable unique des organismes de Sécurité sociale a constitué une première avancée, il serait utile d'étendre cette approche à l'assurance chômage, à l'ensemble des institutions de retraite et aux autres acteurs de la protection sociale. Cette harmonisation des comptes serait de nature à permettre un suivi global et continu des finances de la protection sociale. La commission des comptes de la Sécurité sociale pourrait ainsi utilement voir son rôle étendu à l'ensemble de la protection sociale. Une telle dynamique permettrait en outre de créer des lois de financement de la protection sociale : les actuelles LFSS pourraient utilement être élargies au champ de la protection sociale obligatoire voire même facultative en comportant des prévisions de recettes et des objectifs de dépenses propres à chaque secteur d'intervention. Au-delà, la préservation de l'équilibre financier de la protection sociale pourrait être

36 Voir DREES, La protection sociale en France et en Europe en 2015... op. cit.

37 On ne peut, à cet égard, que saluer la contribution à cette approche constituée par une note récente : Secrétariat général du Haut Conseil au Financement de la protection sociale (HCFIPS), Les périmètres des dépenses de protection sociale en comparaison internationale, décembre 2017.

renforcée dans le cadre de la programmation pluriannuelle des finances publiques : les lois de programmation pourraient utilement comporter une présentation détaillée des transferts entre la protection sociale et les collectivités publiques et prévoir les moyens de préserver les recettes propres des régimes sociaux.

La condition première à de telles évolutions n'est naturellement pas technique mais essentiellement politique. Si des pistes de cette nature peuvent heurter, elles mériteraient d'être débattues et anticipées par les acteurs de la protection sociale. Elles nécessitent néanmoins de sortir des faux débats sur l'« étatisation » du système. Les évolutions des dernières décennies ont permis de renforcer le débat démocratique sur les finances sociales, en réaffirmant le rôle du Parlement par rapport à celui de l'exécutif, en créant les conditions d'un débat régulier et éclairé sur les politiques sociales. Comme le montre la construction historique de l'État moderne, la mise en place de démocraties a largement reposé sur le développement d'un contrôle parlementaire sur les finances publiques. Or, alors que les finances sociales en France se sont démocratisées, un mouvement inverse est intervenu globalement : la mise en place de l'Union économique et monétaire en Europe a conduit à encourager des échanges directs entre les gouvernements nationaux et la Commission. Les débats autour des programmes de stabilité nationaux associent encore de manière imparfaite les parlements nationaux et européens. Le principal enjeu démocratique actuel semble donc plus celui du débat sur l'ensemble des finances publiques que le seul débat sur les finances sociales. Pour autant, la gouvernance financière de celles-ci devra évoluer. Il est donc nécessaire que l'ensemble des acteurs se saisissent de ces questions pour se positionner et proposer des solutions. Les instances de débats associant les représentants des partenaires sociaux, du Parlement, du gouvernement et des experts ont fait leurs preuves en matière sociale au cours des dernières années. Les rapports des Hauts conseils (HCAAM, HCFiPS, COR et HCFEA) sont désormais des éléments essentiels des débats en matière de protection sociale. Une avancée nouvelle pourrait consister en la création d'une instance de dialogue global autour de la protection sociale, fédérant les travaux actuels, tant du côté des dépenses que des recettes, permettant de (ré)concilier les approches sectorielles conduites et de couvrir l'ensemble des risques de protection sociale. Cette instance pourrait utilement associer des représentants des collectivités locales eu égard au rôle qu'elles assurent en matière d'aide sociale. Elle pourrait être mise en œuvre dans le cadre des débats actuels sur l'évolution du Conseil économique, social et environnemental. Qu'une instance ou une approche de ce type voit le jour ou non, le débat sur la gouvernance financière de la protection sociale demeure un sujet d'importance. Il n'est pas technique mais éminemment politique. Il est donc nécessaire de créer les conditions d'un débat pour que les évolutions conduites demain recueillent l'accord et l'adhésion les plus larges et contribuent à un objectif de première importance : la préservation de la spécificité et de l'autonomie de la protection sociale.

Une gouvernance adaptée aux nouveaux enjeux ?

Par **Dominique Libault**, *Directeur de l'EN3S*



© Fabrice Dimier pour INRS

Ancien élève de l'ENA, diplômé de l'Institut d'études politiques (IEP) de Paris et titulaire d'une licence en droit, Dominique Libault a occupé, à partir de 1993, la fonction de conseiller technique au cabinet de Simone Veil, ministre des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville.

Dominique Libault a exercé l'essentiel de sa carrière au sein de la direction de la Sécurité sociale. Il a notamment été sous-directeur de l'accès aux soins avant d'être nommé, en décembre 1995, sous-directeur du financement et de la gestion de la Sécurité sociale. En 2000, il devient adjoint du directeur, Pierre-Louis Bras, à qui il succède en 2002.

Depuis 2012, Dominique Libault est directeur de l'École nationale supérieure de Sécurité sociale et vice-président du Haut conseil du financement de la protection sociale (HCFI-PS).

La gouvernance de la Sécurité sociale a fortement évolué depuis une vingtaine d'années avec l'irruption des lois de financement et des COG qui ont introduit un modèle nouveau et original au regard de l'expérience française et des pays voisins : passage à l'universalité et à un pilotage financier beaucoup plus serré sans renier pour autant la singularité de la Sécurité sociale dans les finances publiques et l'action publique.

Il est légitime, vingt ans après sa création, de s'interroger sur cette construction : est-elle toujours en phase avec les enjeux actuels, notamment les transformations qui affectent le monde du travail et le contenu même de la protection sociale ? Que faut-il conserver ? Que faire évoluer ?

I – De l'importance de la gouvernance en matière de protection sociale : pérennité, réforme et cohérence

Les sujets de la gouvernance et du pilotage sont extrêmement importants pour l'ensemble de la sphère publique dans la mesure où ils assurent, au-delà des conjonctures des gouvernements et des actualités politiques, la continuité d'une stratégie et d'une politique pour l'ensemble de la Nation. Ils sont tout aussi déterminants pour garantir la possibilité d'entreprendre des réformes.

Ce couple continuité-réforme est fondamental en matière de Sécurité sociale, plus encore que dans d'autres domaines. L'un des devoirs en matière de protection sociale consiste à donner confiance à l'ensemble de la population sur la pérennité d'un système, et plus encore dans le cas de risques s'inscrivant sur le long terme comme la retraite. Lorsqu'un jeune débute dans la vie active à vingt ans, qu'il est rémunéré à hauteur du SMIC et qu'il commence à verser une cotisation retraite, la société engage une créance vis-à-vis de lui, créance qu'elle commencera



à honorer plus de quarante ans plus tard et qu'elle continuera à le servir pendant vingt à vingt-cinq ans, voire plus, s'il a une veuve plus jeune que lui.

La confiance dans la pérennité du système est donc un élément fondamental du « pacte société » retraites. Ainsi l'un des avantages prêtés au système des « comptes notionnels » serait sa capacité à établir cette pérennité en dehors des aléas économiques et politiques. La question des conditions de cette confiance donc par un pilotage et une gouvernance permettant d'assurer la pérennité du système est en tout état de cause essentielle.

La gouvernance implique une capacité de projection sur l'avenir, ce qui relève par exemple du rôle du Conseil d'orientation des retraites. L'une des spécificités de la France réside dans l'organisation du pilotage financier, à travers des outils financiers *ad hoc* pour l'ensemble de son système de Sécurité sociale, et dans sa volonté de travailler sur la transparence, la visibilité et la continuité de ce pilotage.

Le deuxième aspect de la gouvernance porte sur la réforme sujet qui traverse les réflexions sur la France, avec, en toile de fond, la question récurrente, la question de la capacité de notre pays à se réformer. Elle se pose particulièrement pour ce qui concerne la protection sociale. D'une certaine manière, la Sécurité sociale vise à donner de la visibilité aux citoyens sur leurs droits futurs en matière de retraite, de logement, d'assurance maladie, etc. C'est pourquoi la réforme de ces droits peut être perçue comme un facteur d'insécurité sociale dans la mesure où elle modifie le droit existant.

Pour autant, les évolutions démographiques et économiques ainsi que celle des risques sociaux posent la nécessité de la réforme dans le pilotage et la gouvernance de la Sécurité sociale. De ce fait, la capacité à réformer sans générer d'insécurité sociale constitue l'un des sujets extrêmement importants de la gouvernance. Comment peut-on réformer tout en restant fidèle aux principes mêmes qui gouvernent une société de Sécurité sociale ?

Sans épuiser le sujet, les questions de transparence, de progressivité, d'anticipation et d'affichage d'objectifs d'équité intergénérationnelle sont fondamentales.

La gouvernance s'entend par l'ensemble des processus allant de la réflexion stratégique sur les domaines de protection sociale à la mise en œuvre concrète des actions avec, comme enjeu fondamental, d'assurer la cohérence à court et long terme.

De ce point de vue, les conventions d'objectifs et de gestion (COG) représentent un exemple emblématique de ce souci de cohérence. La COG a pour but de penser la relation d'un opérateur de politique publique avec l'État et en cohérence avec celle-ci, avec une visibilité sur cette cohérence, ce qui constitue en dépit, des « injonctions contradictoires » susceptible de venir des diverses sphères de l'État.

Une COG réussie est une COG qui sait articuler dans le temps la réalisation d'objectifs partagés et les moyens qui permettent d'atteindre ces objectifs.

II– Les grandes évolutions de la gouvernance : universalité et soutenabilité, en gardant une unicité et une autonomie au champ Sécurité sociale

Il faut avoir à l'esprit deux facteurs déterminants dans les évolutions de la gouvernance dans les trente dernières années. Il s'agit du passage à l'universalité par rapport à une vision antérieure plus professionnelle de la Sécurité sociale d'une part, et de la montée en puissance des questions financières et de soutenabilité du système d'autre part.

La loi de financement de la Sécurité sociale, évolution majeure créée par le plan Juppé en 1995, se situe à la croisée de ces deux chemins.

Il s'agit, en premier lieu, de l'universalité, en ce sens qu'elle substitue de façon claire la légitimité de la démocratie politique à la démocratie sociale dans le pilotage de la Sécurité sociale, s'agissant de risques concernant l'ensemble de la nation, et plus les seuls travailleurs, mais aussi du fait de l'interaction croissante de la politique de Sécurité sociale avec d'autres politiques de l'État (emploi, croissance, etc.) et de la nécessité de penser cette interaction. L'universalité implique un rôle accru de l'État et du Parlement, à travers la loi de financement.

Par ailleurs, cette responsabilité s'incarne à travers une loi financière. On voit bien le prisme d'intervention dévolu aujourd'hui au Parlement, peut-être aujourd'hui réducteur par rapport à ce que pourrait être son rôle. Le Parlement adopte des objectifs financiers, des recettes, des dépenses, des soldes et des mesures financières pour permettre la réalisation de ces objectifs sans toujours prendre ou avoir le temps de s'interroger sur l'adéquation des masses financières en jeu avec des objectifs de politique publique, ce malgré la réforme organique de 2005 qui a créé l'annexe « programme de qualité et d'efficience ».

Parmi ces objectifs de dépenses, il faut citer l'Objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM), qui constitue un enjeu majeur dans le pilotage de la dépense publique et de la politique de santé elle-même. Il faut toutefois souligner que ces objectifs restent « évaluatifs » : il ne s'agit pas de budgets limitatifs comme c'est le cas en loi de finances, bien que ces objectifs soient peu à peu devenus une « ardente obligation » et qu'ils soient au final mieux respectés que des soi-disant budgets limitatifs sur les domaines sociaux dans les lois de finances donnant au demeurant souvent lieu à des budgets rectificatifs (AME, AAH...).

Ce pilotage financier a été renforcé et modifié ensuite par l'intervention de l'Europe et l'obligation faite à la France de rendre compte, à travers le « semestre européen », de sa trajectoire sur l'ensemble des dépenses publiques, y compris sur les finances sociales. La crise financière, qui s'est traduite en France par une crise des dépenses publiques, a encore accru l'importance du recours à ces éléments de gouvernance financière.

Ces éléments, universalité et financement, ont été tout à fait majeurs, sans que l'on décèle toujours le plus original dans ce qui a été créé. Certes, on souligne à juste titre le rôle du Parlement et l'importance donnée au primat financier, mais on remarque moins que cette évolution est intervenue avec la création d'outils spécifiques au périmètre Sécurité sociale.

Or, il s'agit là de la véritable originalité qui caractérise l'évolution de la France par rapport à



d'autres pays. Ce processus vers l'universalité est constaté ailleurs, mais la France a choisi de le suivre en maintenant l'identité de la Sécurité sociale, avec sa propre loi de financement, distincte de celle du budget de l'État mais aussi avec des recettes spécifiques, comme la CSG.

En effet, la création de la CSG constitue un autre élément d'importance car il a permis de tendre vers un financement plus universel, sans tomber dans le financement « pot commun » des impôts de l'État. Le maintien des outils et de l'identité « Sécurité sociale » au sein de l'universalité fait la véritable originalité de la gouvernance française.

Plusieurs raisons majeures ont présidé à ce choix :

- ▼ le souhait de maintenir la « tension » du solde, à côté des objectifs de dépense, pour la gouvernance financière.
Certes, les objectifs de dépense sont utiles, mais ils ont besoin de s'appuyer sur une vision partagée du « déficit ». C'est bien la capacité à payer les dépenses d'aujourd'hui avec les recettes d'aujourd'hui (donc le solde entre les deux) qui fait sens auprès de tous les acteurs de la protection sociale, et qui permet de rendre sinon consensuel, du moins acceptable, l'objectif de dépenses ;
- ▼ le souhait de la transparence sur les sommes que l'individu ou l'entreprise transfère à l'État sous forme de « prélèvements obligatoires ». Dans une époque de soupçon ou de désintérêt sur la gestion publique, le collectif, la question de service « où va ma contribution ? à quoi elle sert ? » ne peut être négligée.
La protection sociale est gouvernée par l'idée de ressources affectées, donc lisibles pour le « cotisant » : je contribue à l'assurance maladie, à l'assurance vieillesse... « En contribuant, je me protège et je protège les autres » ;
- ▼ la garantie de pérennité des politiques, grâce aux ressources affectées, qui est une des conditions nécessaires – mais pas suffisante – de la confiance et de l'équité intergénérationnelle ;
- ▼ la nature différente de la dépense publique « sociale » par rapport à la dépense « État ».
Au sein de l'État, la maîtrise de la dépense publique passe surtout par l'efficacité de la sphère publique. Il s'agit de rendre le service public (éducation, justice, police...) le plus performant et efficace possible au regard des objectifs qui lui sont dévolus.
Dans la sphère sociale, il s'agit essentiellement de redistribution entre ménages. La maîtrise de la dépense publique est donc avant tout celle de la redistribution : elle affecte directement – non la sphère publique – mais les ressources des assurés, des citoyens et des électeurs.
Toutefois, la maîtrise des prestations en nature maladie peut prendre

en autre chemin que celui de la redistribution : celle de la maîtrise des dépenses de santé elle-même. À l'exception – notable – des hôpitaux publics cette économie est elle-même organisée autour d'acteurs privés ; professions de santé libérales, cliniques, privées, laboratoires pharmaceutiques... D'où le fait que la maîtrise de la dépense publique sociale impacte avant tout et directement des acteurs privés : ménages et entités économiques et non la sphère publique.

Cela n'est nullement une raison pour ne pas maîtriser cette dépense, mais les outils pour y parvenir ont peu de choses en commun et doivent prendre en compte cet impact de la maîtrise de la dépense publique sur les acteurs privés. Paradoxalement, l'État n'apparaît jamais plus « dirigiste » que lorsqu'il s'attaque à la maîtrise de la dépense sanitaire et sociale.

III– Les évolutions en cours ou possibles de la gouvernance

Quels sont les enjeux actuels ?

1. Spécificité et champ de la gouvernance protection sociale

À l'heure où la Sécurité sociale se rapproche – on l'espère ! – de l'équilibre, où la perspective d'extinction de la dette sociale devient crédible alors que le budget de l'État reste profondément déficitaire, à l'heure aussi où s'amplifie le mouvement vers une Sécurité sociale universelle, la question des gouvernances financières spécifiques État / Sécurité sociale pourrait être rediscutée.

Certains évoquent par exemple un rapprochement voire une fusion de la partie recette de la loi de finances et de la loi de financement de la Sécurité sociale.

À mes yeux, ce serait une lourde erreur de renoncer à ce qui a fait le succès de la stratégie d'assainissement des comptes sociaux et à la responsabilisation dans un cadre autonome même si la plus grande cohérence entre les différents segments des finances publiques doit être recherchée.

A contrario, le pilotage du budget de l'État pourrait utilement s'intéresser à certains leviers utilisés pour les finances sociales : des objectifs de dépenses qui n'oublient pas la question du solde, la responsabilisation des acteurs, le recours à des « agence » dans une contractualisation pluriannuelle intelligente avec l'État, le souci du moyen terme par rapport à l'affichage immédiat, des directions d'administration centrale portant tout à la fois les objectifs budgétaires et les objectifs des politiques publiques. De ce point de vue la direction de la Sécurité sociale qui assume tout à la fois le pilotage financier de la Sécurité sociale (dépenses et recettes, alors que du côté de l'État, c'est séparé entre direction du budget et direction de la législation fiscale) et le pilotage des politiques publiques assurance-maladie, vieillesse, famille, accident du travail... est une structure originale au sein de l'État, et très économe de moyens humains. Elle nécessite moins que d'autres structures la remontée permanente à des « arbitrages » au sommet entre « budgétaires » et « non budgétaires ».

De plus, des enjeux de périmètre nouveaux émergent, comme le sujet du chômage. Le chô-



mage n'a pas été rattaché à la Sécurité sociale en France car il n'a pas été considéré comme un risque majeur en 1945. Au-delà des questions particulières qui se posent aujourd'hui sur cette nouvelle assurance chômage, notamment sur son financement ou sa gestion, la volonté du président MACRON d'instaurer un régime de chômage plus universel conduit tout naturellement à s'interroger sur le rattachement - ou non – de ce risque au périmètre de gestion de la protection sociale. Pour assurer une meilleure cohérence de l'appréhension de l'ensemble des sujets de ce domaine, des novations seront peut-être à imaginer, en retravaillant sur une nouvelle articulation avec le périmètre de décision de l'État et des partenaires sociaux, ces derniers pouvant demeurer gestionnaires des droits au chômage tout en reconnaissant à l'État le soin d'élaborer une vision stratégique globale. En tout état de cause, si l'on souhaite favoriser l'inclusion sociale et professionnelle, il faut remédier à une meilleure articulation des CAF et de Pôle Emploi.

L'universalisation de la Sécurité sociale n'a pas conduit à éliminer le rôle des partenaires sociaux, qui a été repensé. Ils restent présents dans les conseils nationaux et locaux avec un rôle incontestable et positif, notamment dans les commissions de recours amiable (CRA) ou des commissions d'action sociale. Il pourrait être même utile, face à l'engorgement des tribunaux, d'accroître encore le rôle des CRA pour essayer de résoudre le maximum de litiges sans aller devant ceux-ci.

Par ailleurs, la création de hauts conseils sur l'ensemble des risques de Sécurité sociale où tous les partenaires sociaux sont représentés majoritairement, a permis de créer des lieux de réflexion « à froid », des lieux de production de connaissances et d'échanges facilitant le dialogue et permettant de faire avancer certains dossiers sans enjeux immédiats de prise de décision. Les partenaires sociaux y sont moins gestionnaires du système, mais ils sont, en revanche associés à la conception stratégique de son évolution. Les différents hauts conseils ont livré des travaux de grande qualité, même si leur accessibilité peut encore faire l'objet d'une amélioration.

Il serait peut-être opportun aujourd'hui de les faire davantage participer les partenaires sociaux à certaines décisions de l'État. Au vu de l'imbrication des sujets et dossiers, la responsabilité globale de l'État français s'étend sur l'ensemble du champ social. Cependant, dans un certain nombre de domaines, une concertation systématique en amont avec les partenaires sociaux, avant d'arriver au processus de décision de l'État lui-même serait bienvenue.

2. Réflexion stratégique

Les administrations et, pour partie, les caisses nationales, sont de plus en plus prises dans les sujets de gestion immédiate de dossiers d'une complexité croissante, avec des moyens qui, dans certains cas, sont en diminution du fait de la volonté de maîtriser les dépenses publiques. De leur aveu même, elles consacrent moins de temps à la vision stratégique et à la conception d'ensemble.

Les hauts conseils, certes, jouent un rôle utile pour essayer d'aiguiller les réflexions, mais il faut sans doute encore apporter des améliorations.

Ce qui manque le plus aujourd'hui est peut-être la démarche tendant à repenser ce qu'est la protection sociale. Pour utiles qu'ils soient, les concepts forgés en 1945 sur la protection des travailleurs face aux incertitudes du lendemain, centrés considérablement sur la réparation monétaire, sont insuffisants pour penser la protection sociale de demain. Celle-ci ne peut être exclusivement réparatrice, mais aussi « émancipatrice ». De la solidarité, il s'agit de garantir ou rétablir l'autonomie de chacun tout au long de sa vie.

Des réflexions sont aussi menées à l'extérieur de l'État, en particulier par les universitaires même si, à quelques exceptions près – je pense notamment à celle engagée sur l'investissement social par Bruno Palier – on ne peut que déplorer la trop faible place prise aujourd'hui par les sujets de protection sociale dans les universités et notamment le peu d'approche pluridisciplinaire. La France souffre d'une déconnexion trop importante entre les réflexions universitaires des chercheurs et la sphère publique, qui s'explique, certes par l'histoire des rapports entre l'université et l'action publique en France, mais aussi, par une sorte de déclin de la protection sociale dans les études et la recherche universitaires. L'EN3S organise depuis plusieurs années des réflexions sur cette problématique, lors de journées à la Sorbonne.

3. Transversalité et territorialité

S'agissant des COG et, plus globalement, du service public de la Sécurité sociale, l'enjeu de la transversalité est de plus en plus central, d'une part par l'évolution des risques eux-mêmes, et, d'autre part, par celle des technologies, notamment numérique, avec ses apports en matière d'accès au droit, de lutte contre la fraude, de productivité des caisses, d'échange de données, de front office commun pour simplifier la vie des allocataires, etc. Il est regrettable que n'ait pas été mis en place la COG globale de l'ensemble du service public de la Sécurité sociale voulue par le législateur. En tout état de cause, il devient indispensable de mettre en place une organisation pérenne d'échange des données de la sphère sociale permettant au maximum d'échanger les données entre organismes sans avoir à le redemander à l'intéressé, et ce pas seulement pour le salaire, pour lequel la DSN devrait jouer ce rôle.

À cet égard, il conviendrait de penser l'évolution globale du service public, notamment sur cet aspect système d'information, pour la décliner par branche. Par ailleurs, il faudrait aussi travailler davantage sur la dimension territoriale. En effet, la Sécurité sociale induit la redistribution monétaire, mais pas seulement. Elle s'étend de plus en plus aux services ou à l'organisation de services qui se jouent dans la proximité : garde d'enfants, santé de proximité, maintien à domicile de personnes âgées, prévention et accompagnement de parcours de vie, etc. Si l'approche COG est uniquement descendante, nationale, sans prendre en compte les réalités territoriales, elle atteindra ses limites dans les années à venir.

4. Faire vivre la démocratie

La gouvernance d'un système aussi structurant pour la société française que la Sécurité sociale interpelle naturellement le fonctionnement démocratique de notre société.



On ne reviendra pas sur l'évènement fondateur que fut la création des lois de financement de la Sécurité sociale dans la reconnaissance du rôle du Parlement pour une Sécurité sociale devenue universelle.

Trois propositions pour améliorer ce fonctionnement :

- 1/ Revisiter le rôle du Parlement. Aujourd'hui centré sur le vote annuel d'objectifs financiers de la Sécurité sociale via la loi de financement, le rôle du Parlement devrait être élargi : examen des finalités des politiques poursuivies, adéquation des masses financières affectées, contrôle de l'exécution des orientations. L'examen des PQE pourrait servir de support à cet élargissement.
- 2/ Réexaminer l'association des partenaires sociaux à l'élaboration des politiques de protection sociale. Les hauts conseils sont un lien très utile de concertation « à froid » sur les grandes orientations. Il conviendrait en revanche de se réinterroger sur les formes d'association aux projets de réforme, la consultation des conseils d'administration sur les projets de loi touchant à leur domaine, étant très formelle.
- 3/ Faire la pédagogie, notamment auprès des jeunes, pour faire connaître ce système de solidarité nationale au cœur du pacte républicain. La Sécurité sociale incarne des valeurs exprimées par des droits et des devoirs qui fondent la citoyenneté sociale. Celle-ci est fort peu expliquée, notamment aux jeunes générations, qui reçoivent leur carte vitale à seize ans, sans véritable explication. Seule une pédagogie intensive, en partenariat notamment avec l'Éducation nationale, peut permettre que chacun des résidents en France se sente « acteur » de la Sécurité sociale, condition essentielle de sa pérennité.

Le paritarisme : définitions et délimitations

Par **Julien Damon**, Professeur associé à Sciences Po (Paris) et Conseiller scientifique de l'École nationale supérieure de Sécurité sociale (EN3S)



© Source : France stratégie

Julien Damon est sociologue et fondateur de la société de conseil Éclairs. Ancien Chef de département questions sociales au Centre d'Analyse Stratégique, il a par ailleurs été directeur des études à la caisse nationale des allocations familiales (CNAF). Il publie dans de très nombreuses revues et journaux et est l'auteur de plus de vingt livres sur des questions aussi variées que les conditions de vie en ville, les politiques familiales, les questions SDF... Par ailleurs directeur d'études à Futuribles, Julien Damon a vu ses travaux consacrés par de nombreux prix (IBM, Philipps, ...). Diplômé de l'ESCP, il est docteur en sociologie, professeur associé à Sciences Po (Paris) et conseiller scientifique de l'EN3S.

L'expression « paritarisme » désignerait une modalité particulière de gouvernance, à la française, de la protection sociale. C'est plutôt, sous un même mot, de diverses gouvernances qu'il s'agit. Des blocs de politiques aux enjeux et opérateurs sensiblement différents sont, en effet, rassemblés sous le grand chapeau paritaire. Sont ainsi recensées, entre autres et selon des acceptions toujours discutées, la Sécurité sociale, la protection sociale complémentaire, la formation professionnelle, ou encore une partie de la politique du logement. Alors que le sujet revient de façon récurrente, mais aussi de plus en plus pressante, dans le débat public, il importe de clarifier ce qui est entendu par « paritarisme ». La doctrine suggère plusieurs types de paritarisme et même plusieurs typologies, ce qui retentit nécessairement sur plusieurs modalités d'organisation, de financement, d'évaluation. Du paritarisme de représentation au paritarisme de gestion, on repère aisément diverses fonctions et diverses institutions. L'essentiel relève tout de même d'un lien historique assuré avec l'activité professionnelle. D'où le principal défi pour le paritarisme : s'adapter à la dynamique toujours à l'œuvre d'universalisation de la protection sociale.

Les plus attachés au paritarisme, par conviction ou par intérêt, sont probablement les partenaires sociaux. Certains vont parfois jusqu'à proposer d'introduire le paritarisme dans la constitution. D'autres n'y voient plus qu'un ensemble de rituels inutiles, assemblés dans une liturgie d'un autre âge, ou bien encore une canonisation qui ne s'impose vraiment pas. Alternativement, on en déplore ainsi l'extinction ou bien on en célèbre la vitalité.

Le paritarisme présente des défauts mais subit aussi des critiques excessives et propositions de réformes inaudibles lorsqu'il s'agit, d'un coup de baguette magique volontariste de tout remettre en ordre. Considéré chroniquement comme en crise, il vit aujourd'hui un moment de puissantes interrogations sur sa situation et ses évolutions possibles. Le paritarisme fait ainsi l'objet d'attentions, d'interrogations, de rapports qui tous appellent à des clarifications et des aménagements, plus ou moins radicaux.



Les partenaires sociaux eux-mêmes ont su s'emparer du dossier. Ils affirment, dans un accord national interprofessionnel (ANI) du 17 février 2012 titré « modernisation et fonctionnement du paritarisme », le souci partagé d'une gestion paritaire irréprochable, estimant que « la gestion paritaire apporte une contribution significative à la cohésion sociale et au progrès social ». Il est également précisé, dans ce texte, que « un des principaux enjeux de la modernisation du paritarisme et de son fonctionnement est l'exemplarité de gestion ». La plus grande rigueur et la plus grande transparence s'imposent. Entre 2015 et 2016, une « mission d'information sur le paritarisme » de l'Assemblée nationale a cherché à « cartographier » le paritarisme, à en mesurer les avantages et les limites¹. Soulignant l'importance capitale du paritarisme, le président de la mission d'information débute son avant-propos par une affirmation clé « Le paritarisme est l'un des piliers de la démocratie française, que la tectonique de notre vie collective nous invitait à réexaminer ». Le paritarisme est donc particulièrement à l'ordre du jour. Cet ordre du jour s'enrichissant des travaux menés par des *think tanks* qui ont pris le dossier en main, dans la perspective de l'élection présidentielle de 2017².

De quelle parité le paritarisme est-il le nom ?

Mais qu'est-ce donc que le paritarisme ? Il s'agit, en première instance, d'un régime d'organisation qui repose sur la parité. Cette parité signifie que deux parties sont représentées à égalité. Le sujet n'est pas, historiquement, celui du genre et de l'égalité entre les femmes et les hommes. En arithmétique, étudier la parité d'un entier, c'est déterminer si cet entier est ou non un multiple de deux. Est paritaire, en droit (cf. le *Vocabulaire juridique* de Gérard Cornu) ce qui est divisé en parts égales ou composé à égalité d'éléments divers. Se dit également d'un organisme dans lequel diverses catégories de personnes ayant des intérêts distincts ont un nombre égal de représentants (on dit alors, d'ailleurs, qu'ils sont leurs pairs). Le terme paritaire désigne également des juridictions particulières instituées pour trancher certains litiges opposant des personnes appartenant à des catégories professionnelles différentes. Dans ces juridictions siègent un nombre égal (parfois sous la présidence

1 Voir le *Rapport d'information* de Jean-Marc Germain fait au nom de la mission d'information sur le paritarisme (juin 2016), www.assemblee-nationale.fr/14/dossiers/paritarisme.asp. Ce document, vaste et copieux, est assurément la mine la plus intéressante pour ouvrir et creuser la question du paritarisme.

2 Voir « Sortir de la mauvaise gestion paritaire », *Société civile* (mensuel de la Fondation Ifrap), n° 167, 2016 et, dans la continuité de plans d'action présentés pour privilégier la négociation au sein des entreprises et refonder la formation professionnelle, Institut Montaigne, *Dernière chance pour le paritarisme de gestion*, février 2017. Voir également le rapport, aussi critique que documenté et volontariste de Jean-Charles Simon, *Faut-il en finir avec le paritarisme ?*, Institut de l'Entreprise, 2016. Pour une approche synthétique de ce document important et clivant, voir, dans la revue annuelle de l'Institut, Jean-Charles Simon, « Faut-il en finir avec le paritarisme ? », *Sociétal*, 2017, pp. 122-130. Du côté de l'institut de l'entreprise, voir, pour les changements et permanences du sujet, le rapport *Paritarisme : conditions et enjeux*, datant de 1995, qui mettait déjà fortement en question les défaillances de la gestion paritaire et en doute sa légitimité et son efficacité. Enfin, du côté de la Fondation pour l'innovation politique (Fondapol), voir Julien Damon, *Parfaire le paritarisme par l'indépendance financière*, Fondapol, 2017, dont cet article reprend les analyses de la partie descriptive.

d'un magistrat de l'État) de juges appartenant à la même catégorie que chacun des adversaires. On range dans cette catégorie les conseils de prud'hommes mais aussi les tribunaux paritaires des baux ruraux.

Le paritarisme est ainsi un système ou une organisation impliquant des mécanismes paritaires. Dans le domaine de la protection sociale, il s'agit de systèmes et organisations fonctionnant sous la responsabilité, pleine, partielle ou très relative, des « partenaires sociaux ». La parité du paritarisme est donc celle des partenaires sociaux. Elle a été, un temps, celle des niveaux de cotisations entre les deux parties des partenaires sociaux. Ainsi, dans la loi du 5 avril 1910 sur les retraites ouvrières et paysannes (dite « ROP ») les versements obligatoires des salariés et les contributions des employeurs sont de même hauteur, forfaitaires. Avec les deux lois sur les assurances sociales, des 5 avril 1928 et 30 avril 1930, la cotisation à verser à l'organisme assureur, que l'assuré peut choisir, se monte à 4 % du salaire pour le salarié, 4 % pour l'employeur. Ces textes fixent, ou plutôt cherchent à fixer, au plan financier un principe de partage égal des cotisations entre le salarié et l'employeur. Aujourd'hui, les niveaux de cotisations sont très dispersés selon les risques. La parité ne procède plus du prélèvement. Elle tient, en théorie, de la répartition du pouvoir. En matière de Sécurité sociale, il n'y avait pas, à l'origine, en 1945, paritarisme car il n'y avait pas parité. Les représentants élus des cotisants salariés étaient majoritaires dans les conseils d'administration des organismes. La réforme de 1967 (ordonnance Jeanneney) institue véritablement, non sans conflit, le régime du paritarisme dans la Sécurité sociale française, en impliquant, à parité, le patronat. Depuis lors, le débat fait rage sur la portée, la légitimité et l'efficacité du paritarisme. Celui-ci s'étend et se transforme, toujours dans la Sécurité sociale, avec la présence grandissante d'autres membres des conseils d'administration : représentants des mutuelles, des associations familiales, ou encore personnalités qualifiées (« PQ »). Aujourd'hui, le paritarisme strict, en matière de Sécurité sociale, se retrouve dans des commissions particulières des conseils d'administration des caisses locales, les commissions de recours amiables. Dans ces CRA, la parité entre représentants des employeurs et des employés demeure stricte. Ni représentant des mutuelles, ni représentant des associations familiales, ni personnalités qualifiées. Certains voient là un pur paritarisme, réminiscence d'un certain passé ou annonciateur d'un futur souhaitable.

Le recours à la sémantique et à l'historique de la protection sociale amènerait un ordre de définition assez simple. Paritarisme et paritaire désignent et qualifient une assemblée, une institution, une activité impliquant, en nombre égal, des représentants de deux parties. En matière de droit social et d'évolutions institutionnelles à la française, l'évidence s'érode. Sans définition ni délimitation absolues dans le droit, ce sont la doctrine et l'activité institutionnelle qu'il faut consulter. Différentes approches, voire même différentes écoles, sont repérables. Sans faire d'exégèse, on peut présenter les principales partitions d'un domaine qui apparaît à géométrie variable³.

3 Pour davantage de profondeur d'analyse historique, voir l'article devenu classique de Gilles Pollet et Didier Renard, « Genèses et usages de l'idée paritaire dans le système de protection sociale français. Fin 19^e-milieu du 20^e siècle », *Revue française de science politique*, vol. 45, n° 4, 1995, pp. 545-569. Voir, plus précisément, dans le cas de l'évolution de la Sécurité sociale, l'étude du passage au « véritable » paritarisme, en 1967, avec stricte parité entre patronat et syndicats d'employés aux conseils des caisses de Sécurité sociale, dans Bruno Valat, Michel Laroque, « La démocratie sociale dans la gestion de la Sécurité sociale de 1945 à 1994 », *Vie sociale*, n° 10, 2015, pp. 89-107. Rappelons que les ordonnances établissant, entre autres, ce paritarisme, furent conspuées comme « ordonnances scélérates » notamment en ce qu'elles confiaient trop de responsabilité au patronat. Il faut rappeler qu'en 1945, pour



La mission d'information de l'Assemblée nationale, pour prendre l'un des rapports récents marquants, évoque une « mosaïque », avec des centaines de milliers de mandats de représentation en cours, exercés par environ 600 000 personnes, 750 branches professionnelles, près de 100 000 salariés dans des « organismes paritaires ». Ce « grouillement paritaire », note encore l'Assemblée, posé sur « une tête d'épingle » – avec un taux de syndicalisation de 8 % – aboutit au résultat remarquable d'un taux de couverture conventionnelle de près de 93 %⁴, l'un des plus élevés des pays occidentaux. Autrement dit, le paritarisme n'est pas improductif, mais il est nébuleux. Il faut dire que certains en font un quasi-synonyme de la gouvernance de la protection sociale, quand d'autres cantonnent l'usage du mot à certains pans, plus ou moins nombreux, de cette protection sociale. En matière de Sécurité sociale, le paritarisme, érigé en symbole ou en bastion des partenaires sociaux qui sont membres des conseils et conseils d'administration, ne serait pas un « vrai » paritarisme. Il y aurait donc du vrai et du faux, de l'utopie ou de l'impasse, de la réussite et de l'échec, de l'intégral et du partiel⁵.

Comment donc démêler cet écheveau dont les fils proviennent du droit, de l'économie et des habitudes prises depuis des décennies ? L'exercice est malaisé. La présence, partout grandissante de l'État, interdirait même l'emploi d'un mot désignant des réalités dépassées. Présent historiquement dans les deux domaines du droit social (droit de la protection sociale, droit du travail), le paritarisme pourrait n'être plus présent qu'en droit du travail, notamment sous sa forme dite de « paritarisme de négociation » (en opposition au « paritarisme de gestion »), ou bien tout simplement parce qu'il participe directement au système judiciaire avec les conseils des prud'hommes.

Face à ces différentes acceptions, faussement partagées, et à ce brouillard, un peu de lumière s'impose. La nébuleuse ne se laisse pas saisir aisément⁶. Tout raisonnement global sur le paritarisme a certainement ses limites. Afin de saisir ces limites,

la Sécurité sociale, les conseils d'administration n'étaient pas paritaires, et à large prépondérance syndicale. Cf. Antoinette Catrice-Lorey, « La Sécurité sociale en France, une institution anti-paritaire ? », *La Revue de l'IRES*, n° 24, 1997, pp. 81-105. Sur les ambiguïtés générales, avec un pluriel à paritarisme, on consultera Dominique Damamme, Bruno Jobert, « Les paritarismes contre la démocratie sociale », *Pouvoirs*, n° 94, 2000, pp. 87-102. Enfin, pour un panorama de positions, on lira le « problèmes politiques et sociaux » (n° 844) de Gilles Nezosi, *La crise du paritarisme*, La documentation française, 2000.

- 4 Sur ce paradoxe relatif, cf. « La syndicalisation en France : paradoxes, enjeux et perspectives », *Trésor Éco*, n° 129, mai 2014.
- 5 Voir, le chapitre « gestion paritaire », dans Jean-Jacques Dupeyroux, Michel Borgetto, Robert Lafore, *Droit de la Sécurité sociale*, Dalloz, 18^{ème} édition, 2015, 291s.
- 6 Le brouillard devient même à couper aux couteaux quand les questions de genre et de parité entre femmes et hommes viennent s'en mêler. Ainsi, en 2006 un avis de la Commission générale de terminologie et de néologie définissait la notion de « paritarisme » comme une « action en faveur de l'égalité entre les femmes et les hommes » et comme un équivalent du *gender mainstreaming*. Voir Réjane Sénac-Slawinski, « Du *gender mainstreaming* au paritarisme : genèse d'un concept controversé », *Cahiers du Genre*, n° 44, 2008, pp. 27-47. Voir également le rapport de Anicet Le Pors et Françoise Milewski, *Promouvoir la logique paritaire. Deuxième rapport du Comité de pilotage pour l'égal accès des femmes et des hommes aux emplois supérieurs des fonctions publiques*, Paris, La Documentation française, 2003.

il faut mettre au jour les diverses définitions et partitions possibles du paritarisme. L'exercice de typologie est une sorte de figure imposée de l'analyse du paritarisme⁷.

Le paritarisme : une approche en quatre cercles concentriques

La distinction la plus communément admise aujourd'hui, mais sans que le partage des deux côtés de la distinction soit véritablement clair, invite à différencier un paritarisme « de gestion » d'un paritarisme « de négociation ». Dans le premier cas, les partenaires sociaux ont la responsabilité de gestion. Dans le second, ils ne font que participer à des négociations, les décisions finales leur échappant, et la gestion n'étant pas de leur ressort. Cette distinction, ancrée dans une réalité faite de négociation et de gestion, ne rend toutefois pas pleinement compte de la réalité du paritarisme, dans son ensemble.

Déterminer s'il y a ou non paritarisme, puis hiérarchiser les formes de paritarisme sont deux exercices délicats. Les experts⁸ raisonnent à partir de trois ou quatre critères :

- Origine contractuelle du système, tirée de la négociation collective. Les partenaires sociaux sont à l'initiative du service ou de l'organisme concerné dont ils ont prévu, par accord, la création et les principaux aspects de fonctionnement.
- Provenance exclusive (ou très majoritaire) des ressources tirées de cotisations assises sur le travail supportées par les salariés ou les employeurs plutôt que de prélèvements obligatoires.
- Liberté, plus ou moins sous contraintes, d'usage de ces ressources et de gestion des activités.
- Intervention des services et organismes paritaires en direction des seuls cotisants ou des personnes directement représentées par les partenaires sociaux.

De fait, les sphères de la protection sociale et du droit du travail répondant à ces quatre critères sont très restreintes, si elles existent encore. Alors, pour aborder le paritarisme, qui est une construction pragmatique, sans copyright ni délimitation juridique formelle, il faut raisonner de manière conventionnelle. Dans un sens restreint, qui est aussi celui de la relation paritaire au quotidien, le paritarisme relève du dialogue social. Dans un sens plus large – et on approche alors le paritarisme de gestion – le paritarisme comprend les pans de la protection sociale dans lesquels les partenaires sociaux jouent un rôle déterminant. Mais le paritarisme, dans la protection sociale, ne se limite pas ce paritarisme de gestion. Les administrateurs des caisses de Sécurité sociale sont, eux-aussi, attachés au paritarisme que l'organisation de leurs conseils est censée également incarner. De fait, dans une acception large, le paritarisme peut s'entendre, qu'il soit de gestion, de négociation, d'élaboration (dans des sphères expertes) ou de représentation (par exemple au Conseil Économique, Social et Environnemental – CESE - ainsi que dans les Conseils économiques, sociaux et environnementaux régionaux – CESER), comme

7 Parmi de premiers essais systématiques, signalons André Tardy, « Paritarisme et institutions de formation professionnelle continue », *Droit social*, n° 11, 1995, pp. 913-920 qui distinguait, en dehors du champ prud'homal, quatre types de paritarisme : de négociation, de conciliation, de représentation, de gestion.

8 Voir les rapports récents de l'Institut de l'Entreprise, de l'Institut Montaigne et de l'Assemblée nationale, notamment le compte-rendu des multiples auditions d'opérateurs et universitaires.



l'ensemble des mandats tenus par les partenaires sociaux. Aucune acception ne s'impose par rapport aux autres.

Pour certains, le paritarisme n'est qu'une des composantes du dialogue social. Pour d'autres, le dialogue social est l'une des composantes du paritarisme. Enfin, quelques praticiens et observateurs estiment qu'il ne faut pas confondre les deux domaines...

En tout état de cause et de vocabulaire, le paritarisme se trouve bien dans un spectre qui va d'une définition très large (*lato sensu*), emportant toutes les instances où se retrouvent ensemble les représentants des employeurs et des travailleurs, à une définition restreinte (*stricto sensu*) où l'on condense les instances nées de la négociation collective et dont les partenaires sociaux sont presque entièrement responsables.

On préférera une vision large et unifiée plutôt qu'une vision duale avec ce qui serait paritarisme dit de gestion et ce qui ne le serait pas. Après tout, l'ensemble relève de prélèvements obligatoires. Avec une assurance chômage et des retraites complémentaires prises en compte dans le périmètre des dépenses publiques comptabilisées au sens européen de Maastricht, il y a bien davantage unité que diversité.

Cette présentation en quatre cercles concentriques vise un peu de clarté sans probablement mettre fin au consensus mou ou à la complicité tacite qui entoure cette grande catégorie du paritarisme. Le sujet, s'il se niche dans un vocabulaire peu rigoureux et dans des mécanismes d'une extrême complexité, a néanmoins toujours été assez conflictuel. Du côté des syndicats d'employés, l'investissement dans la gestion ou même la cogestion avec le patronat a été contesté comme un détournement absorbant inutilement les militants. Du côté des syndicats d'employeurs, ce sont les rigidités et les pertes de temps qui sont souvent mises en avant.

Le paritarisme « de gestion », combien de divisions ?

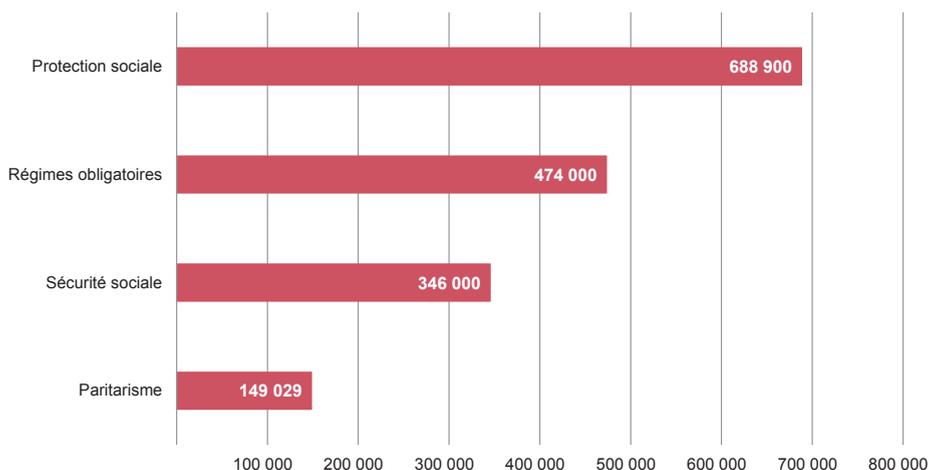
Dans l'ensemble des appréciations sur la nature et la portée du paritarisme, la distinction la plus commune traite du paritarisme de négociation (le paritarisme revient alors à la négociation collective) et du paritarisme de gestion (le paritarisme est alors une modalité de gouvernance, en particulier dans la sphère sociale). Certains experts et opérateurs ajoutent, dans cette partition, le paritarisme d'élaboration (par exemple dans des sphères comme France Stratégie, ou bien le CESE). D'autres, ironiques, aiment amener, dans les discussions, le paritarisme de « soumission » (en ce qu'il verrait des partenaires sociaux toujours davantage inféodés à l'État) ou le paritarisme de « figuration » (pour rappeler son caractère, souvent, uniquement protocolaire). D'autres encore, moins ironiques mais plus critiques, opposent un paritarisme « bureaucratique », issu de décisions d'après-guerre pour tempérer le caractère révolutionnaire du syndicalisme, à un paritarisme « stratégique » qu'il faut construire⁹.

9 Voir, en ce sens, le billet de Eric Verhaeghe « Contre le paritarisme de gestion, pour le paritarisme de stratégie » (7 février 2017). www.entreprise.news/contre-paritarisme-de-gestion-paritarisme-de-strategie/

Les députés retiennent, dans leur mission d'information, un périmètre particulier, estimant que le quart de la protection sociale, soit, selon l'Assemblée (ce qui en l'espèce peut être discuté), 150 milliards d'euros, en relève. Et le rapport liste : les retraites complémentaires, le chômage, la prévoyance, la santé au travail, la formation professionnelle, le logement, l'insertion des personnes handicapées. En ces matières, nous disent les députés, il s'agit de « l'affaire des partenaires sociaux au moins autant que de l'État ».

Graphique 1. Une répartition des dépenses de prestations sociales (en 2014)

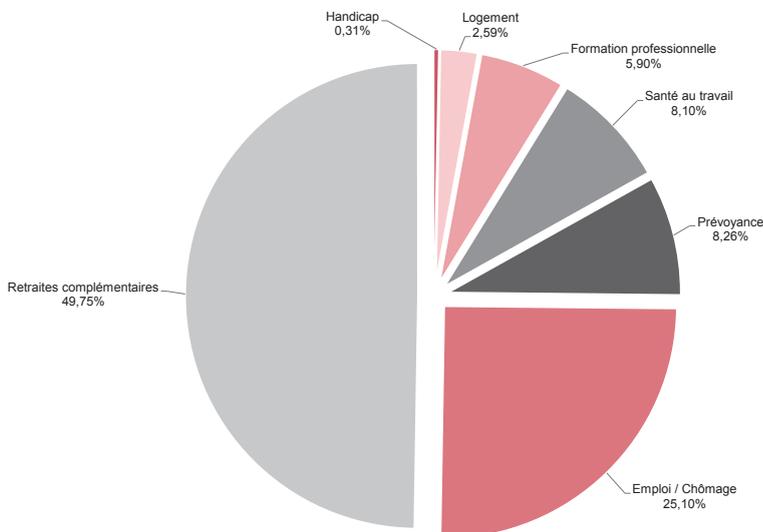
Source : rapport d'information de l'Assemblée nationale (2016)



Selon l'Institut Montaigne, dans le même ordre d'idées, il en va bien de l'ordre de 150 milliards d'euros gérés dans le cadre du paritarisme de gestion¹⁰. Pour les plus grandes masses, les experts de l'Institut identifient : 58,6 milliards d'euros pour les retraites complémentaires AGIRC-ARRCO (16,6 milliards pour l'AGIRC et 42 milliards pour l'ARRCO) ; 35 milliards pour l'assurance-chômage ; 13,75 milliards d'euros pour la formation professionnelle (uniquement le financement par les entreprises) ; 13,1 milliards d'euros pour la prévoyance ; 4 milliards pour le logement.

¹⁰ Institut Montaigne, *Dernière chance pour le paritarisme de gestion*, février 2017. Les experts de l'Institut évaluent, par ailleurs, le nombre de salariés dans les organismes paritaires à 100 000.

Graphique 2. Répartition par secteur des dépenses sociales gérées paritairement



Source : rapport d'information de l'Assemblée nationale (2016)

Le paritarisme de gestion est, habituellement, rapporté à deux principales composantes, qui sont bien différentes :

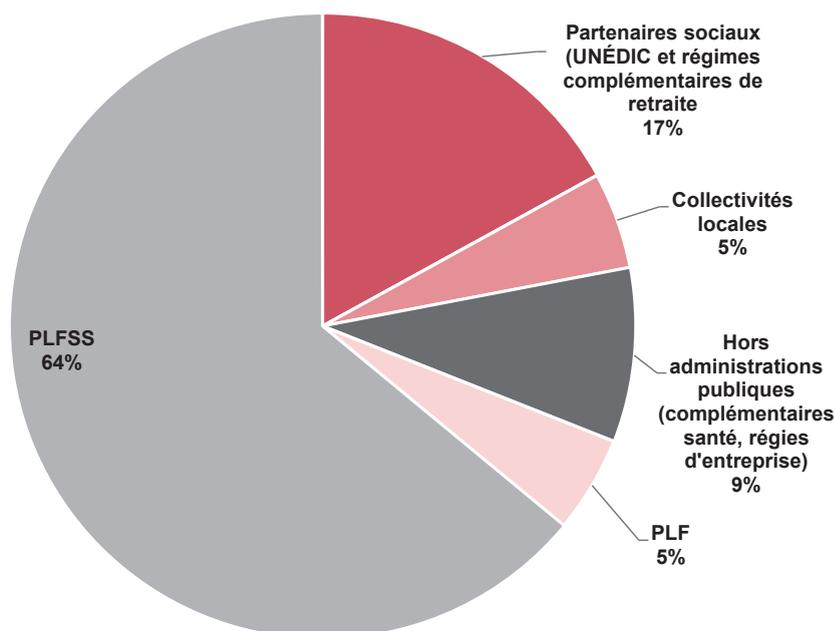
- ▼ Les retraites complémentaires, pilotées à long terme, dépendent grandement de l'évolution des régimes de base, avec une problématique de soutenabilité des régimes qui est fonction d'évolutions macroéconomiques. Elles représentent, grosso modo, la moitié de ce qui relève du paritarisme stricto sensu.
- ▼ L'assurance chômage, autonome du reste de la protection sociale, est entièrement soumise à la logique des cycles économique. Conçue à l'origine comme un régime de transition entre deux emplois stables, avec une indemnisation de bon niveau mais sur un temps limité, elle a changé peu à peu de nature, pour devenir désormais pour l'essentiel, un régime de gestion socialisée de la précarité de l'emploi. Cette assurance chômage représente, grosso modo, le quart de ce qui relève du paritarisme stricto sensu.

À ces deux principales composantes s'ajoutent, pour un total d'un quart du paritarisme *stricto sensu*, des politiques et dépenses relevant de la prévoyance, du logement (l'effort des employeurs pour la construction, c'est-à-dire le fameux « 1 % ») et de la santé au travail.

Le Conseil d'Analyse Économique (CAE) dans une note, début 2016, cantonne le

paritarisme de gestion à l'assurance chômage et aux retraites complémentaires¹¹. L'ensemble, se caractérisant par des cotisations et prestations définies, avant tout, par les partenaires sociaux, représente 17 % des dépenses de protection sociale. Le total ne représente qu'un peu plus de 100 milliards d'euros, la circonférence du paritarisme, selon les économistes du CAE, est donc plus restreinte que celle délimitée par les députés du rapport d'information.

Graphique 3. La gouvernance des dépenses de protection sociale, en % du total des dépenses, 2013



Source : CAE, 2016

Des approches sur lesquelles s'accordent les partenaires sociaux

Dans l'ANI du 17 février 2012 « modernisation et fonctionnement du paritarisme », on trouve cette diversité d'acceptions et cette volonté de se centrer sur le « paritarisme de gestion » qui trouverait – lit-on – sa justification « dans la valeur du service qu'il est appelé à rendre aux bénéficiaires finaux que sont les salariés et les entreprises, notamment au regard de son utilité sociale ». Cette phrase est répétée deux fois dans l'accord. Les signataires estiment, également, qu'« il importe de s'assurer de l'efficacité sociale et économique du service rendu par les organismes paritaires de gestion ».

¹¹ Antoine Bozio, Brigitte Dormont, « Gouverner la protection sociale : transparence et efficacité », *Note du CAE*, n° 28, janvier 2016. www.cae-eco.fr/IMG/pdf/cae-note028.pdf



Selon la rédaction de cet ANI, le champ du paritarisme de gestion intègre deux formes de paritarisme (issu des accords, issu d'une délégation de l'État) et trois modes d'intervention des partenaires sociaux : gestion par les partenaires sociaux seuls, gestion tripartite avec l'État, gestion partagée avec d'autres acteurs. Dans le premier cas, il s'agit de la mise en œuvre de règles fixées par les seuls partenaires sociaux : c'est le paritarisme de gestion au sens le plus strict, qui vise des organismes créés et gérés uniquement par les partenaires sociaux. On retrouve cette gestion, en théorie exclusivement paritaire, dans trois domaines : 1/ la formation professionnelle ; 2/ les retraites complémentaires ; 3/ l'assurance chômage (UNE-DIC et APEC).

En ces matières, les partenaires sociaux ne gèrent pas à proprement parler le quotidien d'organismes, mais ils sont, plus fondamentalement, en charge de la définition des règles qui s'appliquent aux régimes qu'ils gèrent, des avantages et garanties qu'ils peuvent accorder aux salariés et des services qu'ils peuvent apporter aux entreprises. Encore une fois, la délimitation n'est pas clairement fournie. Les partenaires sociaux détiennent des compétences dans la protection sociale obligatoire, mais ils interviennent aussi en prévoyance, domaine dévolu à la concurrence

Au-delà du texte de l'ANI, le paritarisme, parfois qualifié de « pur », se trouverait dans les mécanismes et instances où ne sont rassemblés que les partenaires sociaux. Un temps, l'assurance chômage, avant la création de Pôle Emploi, était érigée en exemple de ce paritarisme pur. C'est aujourd'hui le cas des retraites complémentaires, en tant que domaine où les partenaires sociaux ont à la fois le pouvoir de décision et la responsabilité de gestion, ceci étant mis en question par leur récent déficit technique et leurs problèmes financiers. Pour la mission de l'Assemblée nationale, le paritarisme « pur » comprend les deux secteurs de la prévoyance et des retraites complémentaires. Dans sa logique, il s'agit d'une part très importantes des dépenses gérées paritairement puisqu'il s'agit de 86 milliards d'euros, soit plus de la moitié des sommes gérées paritairement. À défaut d'être « chimiquement pur », le paritarisme existerait encore de façon relativement aboutie dans les domaines des retraites complémentaires et de la prévoyance¹².

Le paritarisme face au tripartisme et autres multipartismes

À côté du vocable « paritarisme », celui de « tripartisme » prend de l'ampleur. Dans les débats sur le paritarisme il veut rendre compte de la place tout de même éminente, et de plus en plus prégnante, de l'État¹³. Fonctionnellement et juridiquement même, il désigne des modalités de fonctionnement dans des instances internationales comme l'Organisation Internationale du Travail (OIT), dont l'action se fonde sur la coopération de trois parties : les gouvernements, les organisations

12 Les régimes AGIRC et ARRCO incarnent incontestablement une forme majeure de paritarisme. Voir François Charpentier, *Retraites complémentaires. 75 ans de paritarisme*, Economica, 2014 ; François Charpentier, *Les retraites complémentaires AGIRC – ARRCO*, PUF, 2016.

13 Pour une synthèse et des positions à ce sujet, voir les analyses très précises de Jacques Freyssinet, qui avance l'expression de « tripartisme asymétrique masqué », dans son audition devant la mission d'information sur le paritarisme, www.assemblee-nationale.fr/14/dossiers/paritarisme.asp

d'employeurs, les organisations de travailleurs¹⁴. Surtout, l'expression « tripartisme » rend compte, en France, de la présente croissante, souhaitée ou redoutée, de l'État.

On parle de « tripartisme » à partir du moment où l'État est davantage présent, par exemple dans les caisses de Sécurité sociale ou bien encore dans les commissions mixtes paritaires (CMP). Certains soutiennent, avec des arguments solides, que ce tripartisme est, de fait, la règle. Incarné par la présence de l'État, il n'est pas explicite mais il repose sur un consensus tacite. Ce n'est pas la règle de trois, mais le jeu à trois est la règle. Des solutions tripartites sont trouvées, sans avoir à accepter un tripartisme officiel. Même pour les ANI, l'État est présent, dans l'orientation des négociations puis la transcription des accords. Contrôle de légalité et procédure d'agrément confèrent toujours une place capitale, décisive en tout cas, à l'État.

On parle parfois même de « quadripartisme » quand d'autres opérateurs sont présents à la table des responsabilités et de la gouvernance¹⁵. C'est par exemple le cas, en matière de formation professionnelle, avec les régions. On utilise aussi l'expression « quadripartisme » au sujet du conseil d'administration de Pôle Emploi ou de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA). Ainsi certaines questions appelleraient-elles, au moins historiquement, le paritarisme, d'autres le tripartisme, d'autres enfin le quadripartisme.

Au final, il apparaît une clarification très malaisée et très imparfaite. Les évolutions du système de protection sociale et la complexité qu'elles amènent embrouillent ce qu'a été, ce qu'est et ce que pourrait devenir ce paritarisme, terme doté, dans le débat public d'une image sacro-sainte.

En effet, si clarification des définitions et des domaines il y a, tout ceci n'empêche pas un certain mythe du paritarisme, parant de toutes les vertus le dialogue social, la négociation collective et, finalement, le paritarisme comme réalisation d'une œuvre de « démocratie sociale »¹⁶.

C'est assurément cette « démocratie sociale » que valorisent la plupart des partenaires sociaux et que valorisaient, dans leur projet, certains pères fondateurs de la Sécurité sociale elle-même, Pierre Laroque en tête¹⁷. Il se trouve néanmoins que le monde a grandement changé, souvent d'ailleurs dans un sens favorable aux protections collectives, ce qui invite à des réformes et révisions dans ce que vise le paritarisme¹⁸.

14 Sur l'histoire du tripartisme à l'OIT, voir Marieke Louis, « Un parlement mondial du travail ? Enquête sur un siècle de représentation tripartite à l'Organisation internationale du travail », *Revue française de science politique*, vol. 66, n° 1, 2016, pp. 27-48.

15 Voir Olivier Mériaux, Éric Verdier, « Gouvernances territoriales et émergence d'une politique du rapport salarial », *Espaces et sociétés*, n° 136-137, 2009, pp. 17-31.

16 Le mythe se retrouve également sous une forme inversée lorsqu'il s'agit de dénoncer inefficacité, gabegie et opacité... En tout cas, sur les liaisons et déliaisons entre démocratie sociale et paritarisme, voir Jean-Jacques Dupeyroux, Michel Borgetto, Robert Lafore, *Droit de la Sécurité sociale*, Dalloz, 18^{ème} édition, 2015 ; Michel Borgetto, « Sécurité sociale et démocratie sociale : état des lieux », *Revue française de finances publiques*, n° 64, 1998, pp. 7-37.

17 À ce sujet, voir Julien Damon, Benjamin Ferras, *La Sécurité sociale*, Paris, PUF, « Que sais-je ? », 2015.

18 On se permet aussi de signaler l'importance du passage du paritarisme à autre forme de gouvernance, plus floue encore, qui est celle du partenariat. Voir Julien Damon, « La dictature du partenariat. Vers de nouveaux modes de management public ? », *Futuribles*, n° 273, 2002, pp. 27-41 ; Julien Damon, « Partenariat et politiques sociales », *Revue de droit sanitaire et social*, vol. 45, n° 1, 2009, pp. 149-162.



S'adapter à l'universalité : des évolutions nécessaires

Laborieux à saisir, le paritarisme campe en, tout cas, au cœur des systèmes français de relations professionnelles et de protection sociale. Il se situe à l'articulation entre les solidarités professionnelles et la solidarité nationale. Traditionnellement, il est vu comme un instrument de pilotage des solidarités professionnelles, alors que l'État et la représentation nationale possèdent la légitimité en matière de solidarité nationale¹⁹.

Le mouvement de généralisation (on parle aussi d'universalisation) de la protection sociale, dans plusieurs de ses secteurs, est assurément celui qui a le plus d'impact sur le paritarisme. Passant de solidarités professionnelles (légitimant pleinement le paritarisme), à une solidarité nationale (appelant une présence accrue de l'État), un mouvement fondamental de la protection sociale amène, depuis des années, à des appels à des révisions consistantes.

Dans bien des domaines, le paritarisme – à comprendre comme la gestion par les partenaires sociaux – se comprenait pleinement quand la protection sociale n'était pas universelle. Or sa généralisation progressive a commandé de nouveaux outils (pour le financement – CSG, pour les prestations – CMU et maintenant PUMA, pour la gouvernance – LFSS) impliquant toujours davantage l'État.

Ces trois mouvements de réforme – financement, prestations, gouvernance – sont liés. Ils nourrissent une nouvelle conception de la protection sociale française fondée non plus, d'abord, sur des solidarités professionnelles, mais sur une solidarité nationale. Le paritarisme s'est historiquement composé à partir de solidarités professionnelles qu'il fallait organiser. Quand la solidarité nationale prévaut, les partenaires sociaux ne sauraient plus jouer le même rôle.

Le paritarisme est vu comme un instrument de pilotage des solidarités professionnelles, alors que l'État et la représentation nationale possèdent la légitimité en matière de solidarité nationale. Le paritarisme peut pleinement et profitablement continuer à s'incarner dans la gestion de risques sociaux à forte dimension professionnelle. Dans d'autres domaines, où l'universalisation des prestations est en place et la fiscalisation du financement est en cours, le paritarisme doit jouer un autre rôle. D'autres formes de gouvernance s'imposent.

Dans une certaine mesure, le système de protection sociale français devient universel et *beveridgien* (solidarité nationale) pour les régimes de base, tout en s'affirmant professionnel et *bisckmarkien* (solidarité professionnelle) pour les régimes complémentaires²⁰. Ceci pour dire que le paritarisme, adapté, a toute sa place dans le système. Le paritarisme s'incarne naturellement là où les risques sont plutôt de

19 Sur ce point capital voir l'audition de Dominique Libault, Directeur de l'EN3S, devant la mission d'information sur le paritarisme, www.assemblee-nationale.fr/14/dossiers/paritarisme.asp

20 Pour une analyse mesurée en ce sens, voir Romain Marié, « Le rôle de la profession dans la mise en œuvre de la norme en droit de la Sécurité sociale », *Droit social*, 2016, p. 126, et, pour une mise en perspective, du même auteur, « Vers un basculement du système français de Sécurité sociale dans le modèle *beveridgien* ? » *Revue de droit sanitaire et social*, 2011, p. 727

nature professionnelle, où le dialogue social permet l'amélioration des protections : revenu de remplacement en cas d'accidents du travail ou de maladie professionnelle, retraites. Les discussions, dès lors, portent sur les lignes de partage entre ce qui doit relever de la solidarité et de l'impôt, ce qui doit relever de l'assurance et de la cotisation, ce qui est universel et ce qui est personnel. Bref, le paritarisme ne saurait être apprécié et réformé d'un bloc. C'est brique par brique qu'il convient de l'aborder pour, c'est selon, s'en défaire ou le parfaire.

Universalité, société civile et gouvernance : quelles évolutions ?

Par **Jean-Marie Spaeth**, ancien président du Conseil d'administration de la CNAMTS, de la CNAV et de l'EN3S



Syndicaliste français, **Jean-Marie Spaeth** est ancien secrétaire national de la CFDT et ancien président de la CNAMTS (1996-2004). Il a également présidé le Conseil d'administration de la CNAV et de l'EN3S, tout comme celui du GIP Santé et protection sociale internationale.

Il est l'auteur de nombreux ouvrages, notamment « la Sécu, une idée neuve » parue aux éditions La découverte en 1999.

Dans le champ du social comme dans toute construction humaine, la gouvernance est consubstantielle à l'objectif que l'on s'est fixé. Créer et vendre un produit, gérer et développer des services d'intérêt général, etc., appellent à chaque fois une organisation, et donc une gouvernance adaptée. Dans le champ du social, faire face aux aléas de la vie c'est par exemple créer les conditions solidaires pour disposer d'un revenu de remplacement lorsque la force de travail ne permet plus d'assurer son autonomie économique, assurer un revenu de remplacement lorsqu'on est touché par le chômage ou la maladie, accéder à des soins, etc. Comme dans les domaines industriels, commerciaux, humanitaires et environnementaux, ceux qui sont à l'initiative des projets exigent d'être naturellement partie prenante de leur pilotage lorsqu'ils les financent. Celui qui commande, c'est celui qui paye. Il désire naturellement mesurer l'avancée de l'objectif, procéder à des correctifs de trajectoire si cela s'avère nécessaire, amplifier l'ambition du projet ou, au contraire, en réduire la portée.

Un nécessaire changement

Avec les évolutions que connaissent les réponses aux besoins sociaux, un changement profond de la gouvernance de notre système de protection sociale est indispensable. Il est important, à la veille de réformes concernant l'assurance vieillesse et chômage, qui marqueront une révolution par rapport aux principes qui ont sous-tendu jusque-là notre système de protection sociale, d'insister sur la cohérence entre objectifs politiques, organisation et gouvernance qui est trop souvent oubliée. Je limiterai mon propos à la gouvernance, sans sous-estimer l'organisation technique, car notre système de protection sociale a été aussi, après la seconde guerre mondiale, un élément important de la manière dont notre pays a exprimé sa façon de vivre la démocratie, de vivre ensemble. Rappelons-nous que si les Pères fondateurs de l'Europe ont choisi la coordination des systèmes de protection sociale et non leur harmonisation, ils l'ont fait non par paresse, mais parce que ces systèmes leur apparaissaient comme des éléments fondamentaux de l'identité nationale de chaque pays membre et devaient rester de leur compétence. Oublier le lien entre démocratie et gouvernance de la protection sociale face aux changements inéluctables que va connaître notre système, constitue un risque. Par consé-



quent, il y a une opportunité à donner à la société civile et aux corps intermédiaires de nouvelles formes d'expression, alors que l'épuisement des modalités anciennes et le vide éventuel, déjà bien présent, risquent de faire succomber de plus en plus de citoyens, dépossédés d'expression collective, à la séduction du populisme.

Je reviendrai rapidement sur l'évolution de la gouvernance pour proposer ensuite des pistes d'évolution.

Les évolutions de la gouvernance

L'État décide aujourd'hui de tout avec des cache-misères qui épuisent les représentants de la société civile, comme les gestionnaires, provoquant un risque croissant de déconnexion avec la réalité. Alors qu'un partage des rôles plus réaliste, associant de manière élargie la société civile, lui permettrait d'être plus pertinent dans le pilotage d'un système de protection sociale devenu universel. Mais la situation n'a pas toujours été celle-ci.

En matière sociale, l'ambition de protection collective s'est, pendant des décennies, limitée à des catégories professionnelles clairement identifiées (les marins, les mineurs, les cheminots, les indépendants etc.) ou à des domaines particuliers (la retraite complémentaire des salariés du secteur privé, le régime d'assurance chômage des salariés de l'industrie et du commerce, ou encore le régime de retraite additionnelle de la fonction publique etc.) ou à des situations particulières pour y faire face, comme continuer à avoir un revenu lorsqu'on est malade ou invalide, ou à s'assurer en mutualisant le risque pour se soigner lorsque la maladie frappe, etc.

En 1945, les promoteurs de la Sécurité sociale dans l'euphorie de la Libération et la dynamique du Conseil National de la Résistance, avaient une vision ambitieuse pour la protection sociale. Garantir toute la population contre tous les aléas de la vie. Ceci en rupture avec les organisations et garanties précédentes, catégorielles par nature, mais aussi afin de promouvoir la démocratie sociale comme alternative à la lutte des classes. Une Sécurité sociale fondée sur le principe d'assurance sociale (tout le monde paye selon ses revenus et reçoit selon ses besoins). Financée et gérée par les acteurs eux-mêmes, employeurs et salariés, elle correspondait à une vision ambitieuse de couverture des différents risques inhérents à la vie et de transformation sociale. Cette ambition s'est très rapidement heurtée aux corporatismes, aux égoïsmes financiers, et aux idéologies dominantes.

Aussi, nombre de professions et de catégories sociales (professions libérales, agriculteurs, cheminots, marins, etc.) ont refusé d'intégrer le régime général, aidées en cela par le fait que les cotisations et les prestations de ce régime général ont été très rapidement plafonnées. Dès 1947, du fait de ce plafonnement, il est ainsi créé pour les cadres une caisse de retraite complémentaire, l'association générale des institutions de retraite des cadres « AGIRC », organisme à gestion strictement paritaire entre salariés et employeurs. Le patronat a contesté sa place minoritaire au sein des conseils d'administration des caisses de Sécurité sociale créées pour gérer les différents risques, et les syndicats représentants des salariés étaient eux-

mêmes divisés. N'ayant pas pu créer l'assurance chômage dans le cadre de la Sécurité sociale (alors que c'est le cas dans nombre de pays de l'Union européenne) les partenaires sociaux fondent en 1958 l'UNEDIC (Union nationale interprofessionnelle pour l'emploi dans l'industrie et le commerce), organisme où les décisions sont prises par les partenaires sociaux et mises en œuvre par eux-mêmes. Avec les ordonnances de 1967 qui créent trois branches de la Sécurité sociale – famille, vieillesse et maladie – et, ensuite, la suppression de l'élection des administrateurs et leur remplacement par des conseils d'administration dont les membres sont désignés à parité par les organisations syndicales d'employeurs et de salariés, les pouvoirs publics renoncent à une des ambitions d'origine, celle de la démocratie sociale. Ce nouveau mode de gestion, contesté par les deux organisations syndicales de salariés majoritaires CGT et CFDT, conduira à une gestion des différentes branches de la Sécurité sociale par le seul CNPF, et plus particulièrement ses branches mines, métallurgie, textile et bâtiment. Du côté syndical, seules FO et la CFTC accepteront de s'engager et de prendre des responsabilités. Cette situation perdurera pendant plus d'un quart de siècle. On peut noter également que le pouvoir donné au conseil d'administration de la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) de modifier le taux de cotisations n'a jamais été utilisé. Depuis la loi de 2004, c'est le directeur de cette caisse qui assume l'intégralité de l'administration de cette branche. Le rôle d'administration a été retiré des prérogatives du conseil, ainsi que celui du président de négocier les conventions médicales avec les professionnels de santé exerçant en ville.

Au fil des décennies, les cotisations salariales ont été dé plafonnées, sauf pour les retraites. Et les ressources de la protection sociale ont été progressivement assises sur tous les revenus avec la CSG (contribution sociale généralisée). Par étapes successives, l'essentiel des cotisations patronales a été pris en charge par l'État via l'impôt. À compter du 1^{er} janvier 2018, les cotisations chômeurs des salariés seront transférées sur la CSG.

La transformation du CNPF en MEDEF n'a pas été qu'un changement de sigle. En matière de protection sociale, les dirigeants du MEDEF ont clairement annoncé la couleur : « il faut mettre fin à la Sécurité sociale issue du Conseil National de la Résistance ». D'autant plus que, compte tenu de l'évolution de l'économie, le pouvoir au sein du MEDEF est passé des branches historiques industrielles de tradition bismarckienne en matière sociale, voire paternaliste, vers les entreprises du secteur tertiaire plus orientées sur une logique assurantielle individuelle. La conséquence a été le non renouvellement des administrateurs des caisses de Sécurité sociale en 2001, et un désengagement des dirigeants exécutifs de la gouvernance des organismes de Sécurité sociale et de protection sociale. Du côté salarié, en particulier depuis une quinzaine d'années, au fil des renouvellements des administrateurs des caisses de Sécurité sociale, les membres des exécutifs des confédérations n'assurent ainsi plus les présidences d'organismes.

Au niveau de l'État, les décisions en matière de cotisations sont passées officiellement (c'était déjà le cas dans la pratique) au gouvernement et au Parlement, dont le rôle s'est accru également en matière de prestations. Avec la loi annuelle de financement de la Sécurité sociale, les pouvoirs publics (parlement et gouvernement) sont les décideurs en matière de protection sociale.

La gestion des organismes de Sécurité sociale s'est également transformée. Dès 1962, les



conseils d'administration composés à majorité de salariés ont été dépossédés de la gestion du personnel des caisses au profit des directeurs des organismes. La nomination des directeurs des caisses primaires d'assurance-maladie, des caisses d'allocations familiales, des caisses d'assurance vieillesse et des URSSAF ne sont plus aujourd'hui de la compétence des conseils d'administration des organismes, mais du directeur national de chaque branche. La capacité de gestion est de plus en plus encadrée par l'administration. À la présence de commissaires du gouvernement et d'un contrôleur général économique et financier dans les conseils d'administration des caisses nationales, s'ajoute le fait que toute décision d'un conseil d'administration est soumise à agrément de l'administration, qui *in fine* est la seule qui décide en quelque sorte en catimini. Les conventions d'objectifs et de gestion pour les organismes nationaux, les contrats d'objectifs et de performance pour les caisses locales, dont on aurait pu penser qu'ils auraient pu donner lieu à une négociation constructive, particulièrement pour la branche assurance maladie, interviennent assez souvent dans le micro management des caisses et ont perdu leur vocation initiale voulue par le législateur. Sans faire une revue exhaustive de toutes les évolutions, force est de reconnaître que le champ des décisions s'est également restreint. L'administration, et plus particulièrement le ministère des finances, ont repris le pouvoir.

L'élargissement de l'assiette du financement de la Sécurité sociale, passée du revenu du travail à tous les revenus, a aussi accompagné un autre changement fondamental. Le versement des prestations a été élargi à tous les citoyens quels que soient leurs situations ou statuts. Au fil du temps, les prestations ont été versées au-delà des seuls salariés et de « leurs ayants droits ». Ce fut d'abord la branche famille et ensuite celle de la maladie. Pour ces deux branches, c'est le lieu de résidence qui définit le droit et non plus le statut social. En matière de retraite, malgré l'existence encore de plusieurs régimes, une compensation financière entre les différents régimes a été mise en place. Pour les salariés du privé, un régime complémentaire – l'association pour le régime de retraite des salariés (ARRCO) – a été négocié au fil du temps par les partenaires sociaux, puis généralisé par une loi de 1972. Un régime unique d'assurance vieillesse complémentaire pour les salariés cadres et non cadres du secteur privé a été décidé. En matière de chômage, la création de Pôle Emploi conduit à cantonner l'UNEDIC, gérée par les partenaires sociaux, à la seule fonction de financeur et de décideur des conditions d'attribution des allocations chômage et de leur montant après agrément de l'État. À noter également que la caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés deviendra à compter du 1^{er} janvier 2018 la caisse nationale d'assurance vieillesse. Ce changement de nom n'est pas neutre à l'aune des réformes à venir.

S'agissant du contrôle des organismes de Sécurité sociale, la Cour des Comptes a toujours joué un rôle. Mais depuis plus d'une dizaine d'années, elle a élargi ses prérogatives. Elle fait un rapport tous les ans au parlement sur l'exécution de la loi de financement de la Sécurité sociale. Elle est chargée également de certifier les comptes des différentes branches de la Sécurité sociale. Elle ne contrôle plus

seulement la légalité de la gestion comptable des organismes, mais porte également un jugement sur l'opportunité des décisions prises, et fait des recommandations aux gestionnaires comme au gouvernement et au parlement. Tout se passe comme si la Cour des Comptes s'était substituée progressivement à l'appréciation des citoyens et de leurs représentants sur la politique de protection sociale. La Cour des Comptes, certes indépendante, est un maillon essentiel de l'administration française. Mais son jugement, malgré toutes ses qualités, ne saurait remplacer l'expression de la société civile qui est la clef de voute de la démocratie tant sociale que politique.

En résumé, on peut dire sans se tromper que nous sommes en France à la fin de l'ère des assurances sociales débutée entre les deux guerres mondiales, prolongée et amplifiée par le Conseil National de la Résistance qui lui avait également assigné un rôle sociétal. La promotion de la démocratie sociale a vécu. Nous sommes clairement passés de l'ère des assurances sociales à l'ère de l'universalité. On peut exprimer cela aussi en disant que la France est passée d'une vision bismarckienne de la protection sociale à une vision béveridgienne.

Aujourd'hui : un tripartisme déséquilibré

Il faut désormais en tirer les conséquences dans la gouvernance de notre système et inventer les moyens d'aider l'État à concevoir, évaluer et contrôler dans le domaine de la protection sociale. En matière de gouvernance de la Sécurité sociale, on a donc identifié trois grandes étapes :

- La gouvernance par les acteurs eux même au travers de conseils d'administration composés à majorité de représentants des salariés élus au suffrage universel par les assurés sociaux.
- La gouvernance par des conseils d'administration composés à parité par des représentants désignés par les organisations syndicales d'employeurs et de salariés.
- Le tripartisme en raison du fait qu'il y a aujourd'hui, avec l'État, trois collègues au sein des conseils des organismes de Sécurité sociale. Mais surtout parce que l'État, gouvernement et administration incluant le Parlement, s'est accaparé au fil des années de l'essentiel des pouvoirs. Nous sommes clairement dans un tripartisme déséquilibré entre État, organisations syndicales de salariés et d'employeurs.

Le tripartisme de fait ou de droit conduit à ce que l'État occupe très rapidement toutes les cases du processus de décision dans la gouvernance, car il dispose pour cela de tous les leviers (loi de financement de la Sécurité sociale, élaboration des lois et des règlements, nomination des dirigeants etc.) et cela quel que soit le statut juridique des caisses de Sécurité sociale ou des établissements publics. Depuis plus d'une décennie, il faut constater que parallèlement au processus d'universalité, l'État s'est arrogé tous les pouvoirs. Les conventions d'objectifs et de gestion entre l'État et les organismes ou encore les contrats d'objectifs et de performance au sein d'une branche n'ont de contrat que le nom. L'État exige mais ne s'engage pas à grand-chose, notamment au prétexte de l'annualité budgétaire. Dans tous les organismes, l'État valide ou invalide toute décision d'un conseil et, quand tout cela ne suffit pas, l'administration recourt aux circulaires, prend des arrêtés ou des décrets, qu'il soumet éventuellement à



une consultation plus ou moins formelle. Sans oublier la forme la plus pernicieuse du pouvoir, « le pouvoir du silence ». À toutes les questions et propositions des Conseils considérées comme gênantes par l'État, ce dernier ne répond pas ou fait savoir « qu'il étudie la question ». La gouvernance de la protection sociale est donc opaque pour l'immense majorité de nos concitoyens, déresponsabilisante, peu efficace et au total frustrante pour tous les acteurs.

Propositions pour demain

Officialiser le tripartisme, le rendre transparent et mieux le réglementer ne changeraient rien sur le fond. En effet, dès lors que la protection sociale est universelle à travers des financements par l'impôt ou les taxes, cela conduit légitimement à faire voter les prestations et contributions par l'Assemblée nationale et le Sénat à partir de propositions du gouvernement. Il est normal, dans ces conditions, que l'État assume la responsabilité du pilotage de la mise en œuvre des décisions prises. Faut-il en conclure que la société civile et les corps intermédiaires doivent totalement être exclus de la gouvernance de notre système de protection sociale ? La réponse est bien évidemment négative. Une démocratie vivante, participative implique l'intervention des citoyens et des acteurs, organisations syndicales, associations défendant bien sûr l'intérêt de leurs mandants, mais ayant chevillé au corps l'intérêt général. Dans ces conditions, on ne peut concevoir qu'il n'y ait rien, particulièrement dans le champ de la protection sociale, entre l'État et l'individu, sauf à conduire au populisme.

Le monde ancien s'en est allé, un nouveau monde est déjà né, mais sans que l'on ait défini la place de la société civile et des corps intermédiaires.

Le pilotage de la mise en œuvre des prestations sociales décidées par le Parlement doit être sans faux-semblants de la responsabilité de l'État qui dispose de la légitimité. Il lui appartient sans ambiguïté de désigner le directeur des organismes spécifiques à chaque bloc de prestations. Ces différents organismes ne sont plus en quelque sorte des caisses d'assurance maladie, chômage, famille, etc. mais des agences maladie, chômage, famille, etc. Il faut clairement prendre acte que nous sommes passés des assurances sociales à l'universalité des droits. Le directeur d'une caisse nationale est clairement responsable devant le ministre et le gouvernement de la mise en œuvre des objectifs tant en termes de services aux citoyens que de respect du cadre budgétaire arrêté par l'État. Il lui appartient de nommer son comité de direction ainsi que les directeurs des agences locales et de procéder à tous les actes de gestion et d'organisation de l'agence qu'il dirige. L'étatisation de la protection sociale s'est accompagnée de multiples contrôles tatillons permettant à l'administration de s'auto contrôler mais qui n'apportent aucune valeur ajoutée. Ils sclérosent l'action des directeurs et entravent l'efficacité de leurs actions. Il faut les alléger. Cela passe par une confiance *a priori*, et des contrôles *a posteriori* et des sanctions plus exigeantes exercés par exemple par la Cour des Comptes et ses chambres régionales.

Plutôt que de laisser comme aujourd'hui auprès des caisses, des conseils dont le rôle est au mieux ectoplasmique, mais surtout qui ne disposent d'aucun pouvoir propre, hormis les membres de l'administration qui s'auto contrôlent, il serait sûrement plus pertinent de placer une toute nouvelle instance auprès de chaque organisme national et local. Baptisons-la conseil de surveillance. Cette instance serait dotée de pouvoirs propres. Ce conseil de surveillance, composé de membres issus de la société civile « organisée » et des corps intermédiaires, indépendants, pourrait avoir une composition différente selon le risque géré par chaque agence. Par exemple, pour le risque maladie, les partenaires sociaux en charge de la santé au travail ont toute leur place ainsi que les associations de patients, comme pour le risque famille, les associations familiales, etc. Pour la retraite, par contre, la place des partenaires sociaux doit rester centrale malgré l'universalité des droits car un lien fort subsistera entre cotisations et retraite. Ces conseils de surveillance auraient pour missions : d'effectuer des études d'impacts ou de contrôler celles fournies par l'administration avant la mise en œuvre de toute nouvelle mesure ; de contrôler l'effectivité des droits des citoyens ; de contrôler la mise en œuvre des objectifs assignés et affichés par l'agence tant au niveau national que local ; et enfin, d'évaluer les prestations et services réalisés par l'agence. Pourquoi ne pas emprunter au vocabulaire de la LOLF, car si la mesure de la dépense budgétaire est aujourd'hui parfaitement pilotée, l'efficience, l'efficacité, la pertinence et la qualité de service sont toujours dans l'angle mort de l'évaluation. Cette mission ne doit pas relever de la Cour des Comptes uniquement mais bien des citoyens et de leurs représentants. Le conseil de surveillance de chaque agence serait doté de moyens propres pour réaliser sa mission. Il devrait faire un rapport régulier au directeur sur ses observations et recommandations et également, un rapport annuel de ses observations et recommandations à toutes les instances ayant à traiter et décider du champ d'intervention de l'agence au niveau national – ministres en charge de la protection sociale, présidents des commissions concernées du Parlement, Conseil économique social et environnemental etc.

Tirer les conséquences de l'universalisation et de l'étatisation

Ces pistes ont pour but de tirer les conséquences de l'étatisation de la protection sociale, entre la fonction de pilotage dévolue à l'État et la fonction d'évaluation toujours encore aussi pauvre et peu prise en compte dans notre système de protection sociale. Cette clarification, qui s'exprimerait avec des modalités différentes selon les risques, ne doit pas être réduite à une réponse technique. Il s'agit de trouver une cohérence et un équilibre entre un État qui est omnipotent mais pas omniscient, et une société civile et des corps intermédiaires, à qui cette évaluation ferait place et dont elle permettrait l'expression dans un domaine qui les touche.

Cette réforme de la gouvernance des organismes de protection sociale et plus globalement du système de protection sociale est donc un exercice délicat, comme celui du funambule sur un fil. La société civile et les corps intermédiaires veulent être consultés, être assurés que leurs avis sont pris en compte, participer à l'élaboration des décisions, être partie prenante de l'évaluation des résultats. Il ne s'agit pas seulement d'organiser leur expression collective efficace, voire de leur donner des strapontins afin qu'ils ne soient pas que des groupes de pression réduits aux discours ou à l'opposition, mais bien de leur permettre de jouer un rôle actif sans se substituer ni se soumettre au politique, dans le respect de leur indépendance, pour participer à la construction de l'intérêt général.

Pour la société civile et les corps intermédiaires, l'enjeu est aussi d'occuper d'autres espaces, notamment désertés : celui de la défense et de la promotion de l'intérêt général face à la dérive technocratique ; celui du champ de la protection sociale qui ne se limite pas à la Sécurité sociale obligatoire et universel. De vastes espaces sont aujourd'hui peu ou mal couverts dans le domaine de la prévoyance, de la prévention, de la qualité de vie au travail et du bien-être tout au long de la vie notamment. Il y a là matière pour les partenaires sociaux à négocier et à gérer dans les branches des accords en vue de faire évoluer et adapter la protection sociale.

Cela conduit, *in fine*, à revaloriser et re-légitimer le politique. Car l'art des choix collectifs, dans une vision démocratique, est bien d'associer la société civile et les corps intermédiaires, qui sont la clef de voute de la démocratie tant sociale que politique. Ce qui ne pourrait que renforcer le lien entre nos concitoyens et le politique, et combler en partie la frustration de l'électorat.

C

LA TRANSVERSALITÉ, AVENIR DE LA SÉCURITÉ SOCIALE ?

sortir de la situation de précarité, plus en particulier, il ne devrait être que le résultat d'un processus. Plus précisément, il s'agit de la reconnaissance de la petite entreprise, de ses compétences et savoirs qui sont reconnus et valorisés.

Car il peut revenir à l'État de garantir à au moins deux millions de personnes (enfants (pour leur sécurité sociale), personnes âgées, personnes en situation de handicap) du travail ? la participation, en gros, par les entreprises (et l'État) a-t-elle ses limites ?

La question posée est de savoir si (et sous quelle forme) finance-t-on les dépenses ?

On se-t-on des prestations sociales ?

On prend un tel sujet sous un angle différent, d'observations, de données, de chiffres, d'abondance que d'investigation.

On se pose des questions comme d'investigation. C'est peu dire que l'État doit être toujours confronté à des multiples rapports à

Une gouvernance autre : l'exemple de la MSA

Par **Pascal Cormery**, président et **Michel Brault**, directeur général de la Caisse centrale de MSA



© Franck Beloncle / CCMSA

Après une première partie de carrière en tant qu'enseignant agricole, **Pascal Cormery** s'est installé en 1990 sur une exploitation en polyculture/élevage. Ses nombreux engagements dans la vie du monde agricole l'ont conduit en 2009 à la présidence de la caisse de MSA de Touraine, devenue caisse Berry-Touraine en 2010. Il a été élu à la présidence de la caisse centrale le 28 mai 2015.



© Franck Beloncle / CCMSA

Ancien élève de l'EN3S avec un parcours professionnel qui l'a notamment conduit à assumer la direction générale de deux caisses de MSA et le poste d'agent comptable national, **Michel Brault** a été nommé directeur général de la caisse centrale le 1^{er} septembre 2011.

La MSA reste un organisme singulier dans le paysage de la protection sociale et se distingue par un ancrage professionnel très fort, associant salariés et non-salariés, un véritable guichet unique et une gouvernance originale.

Ces trois caractéristiques sont au demeurant très liées. L'ancrage professionnel explique une gouvernance qui, depuis l'origine, a continuellement œuvré pour garder la main sur les évolutions de la protection sociale agricole et, ainsi, progressivement constitué le guichet unique de la protection sociale agricole.

La gouvernance de la MSA plonge ainsi ses racines dans l'histoire du syndicalisme agricole et de son expression sociale, le mutualisme. Elle a su faire progresser la couverture sociale des salariés et des non-salariés agricoles, et réaliser les compromis nécessaires pour répondre aux exigences des pouvoirs publics. Elle n'en demeure pas moins encore profondément originale et témoigne toujours d'un exemple de démocratie sociale participative, dynamique et innovante.

I- Des racines historiques

I-1/ De l'essor du syndicalisme agricole...

La loi du 21 mars 1884 relative à la création des syndicats professionnels, socle de la liberté syndicale, est à l'origine du syndicalisme agricole qui s'est approprié un dispositif initialement



pensé pour les ouvriers. Son déploiement est si rapide qu'en 1893 les agriculteurs représentent les 2/5 de l'effectif syndiqué national et qu'en 1908 on dénombre plus de 5 000 syndicats agricoles regroupant près de 870 000 adhérents. Cet essor, qui s'appuie sur la tradition d'entraide et de solidarité existante dans le monde rural, est aussi une réponse économique à la crise qui a durement frappé, entre les années 1875 et 1890, des agriculteurs pris en étau entre baisse continue du prix des produits et coût des progrès techniques. C'est ainsi que les premiers groupements se constituent pour l'achat des engrais chimiques qui se généralisent mais restent très onéreux et sujets à de nombreuses fraudes dans leur composition.

Ce syndicalisme va s'organiser autour de deux pôles,

- ▼ un pôle conservateur et dominant autour de la Société des agriculteurs de France (SAF), fondée en 1867, qui met en place dès 1886 l'Union centrale des syndicats agricoles de France (UCSAF) regroupant tous les syndicats communaux, cantonaux et départementaux affiliés à la SAF,
- ▼ un pôle plus proche des pouvoirs publics et républicain autour de la Société nationale d'encouragement à l'agriculture (SNEA) créée en 1880 qui regroupe en 1910 son réseau autour de la Fédération nationale de la mutualité et de la coopération agricole (FNMCA).

Mais, au-delà des différences de sensibilité idéologique, ces deux composantes du syndicalisme se rassemblent autour de trois idées fédératrices :

- ▼ l'idée que l'identité du monde agricole et rural est menacée, en lien avec un phénomène continu de dépeuplement dû à l'attractivité des villes (dans les années 1850, plus de 55 % des actifs sont des agriculteurs, 44 % en 1911, 33 % en 1939) ;
- ▼ l'idée que l'agriculture est un secteur à part, et qu'en particulier les distinctions sociales communément admises pour d'autres secteurs d'activité, comme entre salariés et employeurs, n'y sont pas aussi nettes (à l'aube du XX^e siècle, près de la moitié des journaliers sont également propriétaires d'un lopin de terre) ;
- ▼ l'idée, enfin, que cette situation justifie des solutions adaptées au monde agricole et que la profession doit obtenir une autonomie de gestion dans leur déclinaison.

C'est le mutualisme qui va servir de vecteur à cette volonté de différenciation et à cette recherche permanente d'autonomie.

I-2/ ...au développement du mutualisme social agricole

L'article 6 de la loi du 21 mars 1884, qui donnait aux syndicats la possibilité de créer des sociétés de secours mutuels et de retraites, a fourni le premier cadre juridique au développement des structures mutualistes. Après la loi du 1^{er} avril 1898 qui étend le champ d'application des sociétés de secours mutuels, la loi du 4 juillet

1900 confirme l'assise juridique de la Mutualité Agricole et pose les principes de son organisation – solidarité, représentation professionnelle, décentralisation, gratuité et gestion par des responsables élus – principes dont la pertinence est toujours d'actualité.

Cinq ans après le vote de la loi institutionnalisant les « mutuelles 1900 » on dénombre déjà plus de 6 000 mutuelles, tous risques confondus. Cette extension du mouvement mutualiste a, certes, porté prioritairement sur la protection contre les risques économiques, notamment la protection des biens et les sinistres de toute nature (incendie, grêle, perte du bétail...). Mais rapidement, le volet social intègre le champ de la réflexion, parce qu'il est perçu comme un facteur d'attractivité de l'emploi agricole et comme un moyen de lutter contre l'exode rural vers les villes mais également parce qu'en organisant la solidarité dans un cadre professionnel il permet à la fois de limiter l'intervention de l'État et de contrer la propagation d'idées collectivistes.

Les membres du 5^e Congrès national des syndicats agricoles tiennent à affirmer, dès le début de leurs travaux, que les syndicats agricoles n'ont pas pour unique objet de rendre des services matériels, mais que leur but est aussi et surtout d'améliorer la situation sociale des agriculteurs par la mutualité sociale (compte-rendu des travaux – mai 1905). Les premières caisses agricoles d'allocations familiales verront ainsi le jour au début des années 1920.

Mais les initiatives de l'État en faveur de la protection sociale des salariés de l'industrie et du commerce vont accélérer cette évolution : loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail qui institue le principe du risque professionnel, loi du 30 avril 1928 sur les assurances sociales, loi du 11 mars 1932 sur les allocations familiales. La question posée est à chaque fois identique – les conditions d'application au monde agricole – et les réactions syndicales similaires – accord sur le principe mais désaccord sur des modalités d'application incompatibles avec les spécificités du monde agricole et exigence d'une autonomie de gestion pour les nouveaux droits dans le cadre des structures mutualistes agricoles.

C'est pourquoi cette extension s'est étalée dans le temps, d'autant qu'au-delà des inévitables débats suscités par les demandes d'aménagement de la profession, notamment sur le champ d'application obligatoire (question des membres de la famille, des métayers, du salaire plafond...), se posait inévitablement la question du financement des mesures dans un contexte de faiblesse des revenus agricoles et de baisse constante de la population active agricole.

Au-delà des dispositifs transitoires, les lois du 15 décembre 1922 pour les accidents du travail et du 30 avril 1930 (avec le décret-loi du 30 octobre 1935) pour les assurances sociales, ainsi que le décret du 5 août 1936 pour les allocations familiales (étendues en 1939 aux non-salariés agricoles) sont venus sanctionner cette évolution.

La protection des risques sociaux va parallèlement entraîner un important mouvement de développement de caisses mutualistes dédiées à l'application de la législation sociale, qui vont constituer le pôle social de la Mutualité agricole. Leur organisation reste toutefois structurée autour des deux réseaux concurrents, celui d'obédience SAF rassemblant les caisses affiliées au groupement des Caisses centrales de la « rue d'Athènes » et celui d'obédience SNEA rassemblant les caisses relevant des Caisses nationales du « boulevard Saint-Germain ».

C'est le régime de Vichy qui impose, en décembre 1940, l'unification des deux réseaux et confie en 1941, sous la responsabilité du ministre de l'Agriculture en charge de la politique so-



ciale agricole, l'application des lois sociales aux seules caisses mutuelles agricoles professionnelles.

Cette unification est confirmée à la Libération et la spécificité du régime agricole, et de son organisation, reconnue par le rétablissement des élections au sein des caisses sociales de la Mutualité agricole par la loi du 8 juin 1949. Ce principe électif :

- ▼ se décline selon une logique ascendante aux différents échelons – communal, cantonal, départemental et national – de l'activité des caisses,
- ▼ s'organise en trois collèges, petits exploitants familiaux (1/2 des délégués), salariés (1/4) et employeurs (1/4),
- ▼ conduit à l'élection des conseils d'administration des caisses départementales et centrales dont la composition respecte l'équilibre entre collèges défini pour les délégués.

Ce principe électif, qui fonde la légitimité démocratique des élus, reste toujours au cœur de la culture d'entreprise de la MSA, même si les évolutions de la protection sociale et des enjeux qui s'y attachent ont conduit à limiter le principe d'autonomie de gestion qui caractérise normalement ce principe électif dans le cadre mutualiste.

II- Une gouvernance en phase avec son temps

Les années d'après-guerre voient émerger une autre agriculture, soucieuse de modernité et rapidement regroupée sous la bannière unitaire de la FNSEA (Fédération nationale des syndicats d'exploitants agricoles) créée dès 1946 et profondément influencée par les idées réformistes de la JAC (Jeunesse agricole catholique), dont seront issus la plupart des responsables agricoles français.

II-1/ Une gouvernance MSA à la pointe des combats pour la parité des droits

La mutation économique qui a conduit à multiplier par plus de cinq la production agricole entre 1950 et 1980 nécessitait d'être accompagnée par des évolutions sociales dans lesquelles la MSA a joué, aux côtés du syndicalisme, un rôle moteur.

Pour les non-salariés agricoles, c'est la création de l'assurance vieillesse obligatoire des exploitants agricoles en 1952, périodiquement réformée jusqu'à nos jours et complétée en 2003 par une retraite complémentaire obligatoire. C'est la loi du 25 janvier 1961 qui met en place une assurance maladie, maternité, invalidité (AME-XA), les agriculteurs étant les premiers indépendants à bénéficier de cette couverture obligatoire. En 1966, c'est l'assurance contre les accidents du travail et les maladies professionnelles qui est instaurée, couverture profondément réformée et améliorée en 2001 (ATEXA).

Ces avancées semblent aujourd'hui évidentes et on a du mal à imaginer la force de conviction qu'ont dû déployer, parfois durant des années, les élus de MSA et les personnalités qui présidaient le conseil central, afin d'imposer des évolutions qui reposaient sur une logique de solidarité collective qui n'allait pas de soi. Aussi comprend-on mieux les compromis de l'époque, comme la place réservée aux assureurs qui avaient développé des dispositifs facultatifs, lors de la mise en place de l'AMEXA et de l'ATEXA.

Ce progrès social a également concerné les salariés de l'agriculture, notamment ceux de la production et des coopératives et, parfois, après de vives et longues discussions au sein même des différentes composantes du monde agricole.

Il faut rappeler, qu'au sortir de la guerre, l'agriculture représentait un secteur à part, avec notamment un SMAG nettement inférieur au SMIG, des cotisations sociales maladie et retraite calculées sur une base forfaitaire et l'absence de retraite complémentaire pour les ouvriers agricoles. Les choses vont progressivement évoluer, notamment en matière de retraite complémentaire et la MSA créera la CAMARCA en 1964 pour les salariés non cadres d'exploitation (CPCEA mis en place dès 1952 pour les cadres). Indiscutablement, les événements de 1968 vont accélérer la prise de conscience que des progrès sont nécessaires. Ils conduiront à relever l'effort contributif des employeurs pour rejoindre la solidarité ARRCO/AGIRC au début des années 1970. Au-delà d'autres avancées (suppression du SMAG, assurance chômage, formation professionnelle), ils vont aussi favoriser le vote de la loi du 25 octobre 1972 qui reconnaît le caractère de risque social aux accidents du travail agricoles, dont la gestion est confiée à la Mutualité sociale agricole qui met en place une politique très active de prévention conduisant à une baisse sensible du nombre des accidents.

Plus récemment, l'année 2014 fût marquée par trois événements importants :

- la mise en place d'un régime d'indemnités journalières pour les non-salariés,
- l'abaissement du seuil d'acquisition d'un trimestre de retraite pour les salariés de 200 à 150 SMIC, mesure particulièrement importante pour les travailleurs saisonniers,
- la récupération par la MSA de la totalité de la gestion de l'AMEXA et de l'ATEXA, et donc la sortie définitive des assureurs mutualistes agricoles du champ de la protection sociale agricole, totalement confiée à la MSA.

Mais tous ces progrès qui, pour beaucoup, impliquaient le recours à des financements complémentaires à l'effort contributif professionnel, se sont aussi accompagnés de changements importants dans la gouvernance MSA.

II-2/ Une gouvernance qui a dû composer avec les évolutions de son environnement

Depuis 1945, la protection sociale n'a cessé d'étendre son champ d'action et elle occupe aujourd'hui une place majeure dans le débat public. Que ce soit en raison de l'importance des enjeux financiers qui y sont liés, de la place croissante des mécanismes de solidarité interprofessionnelle et nationale dans le financement, de la montée en charge des droits ouverts



sous seule condition de résidence, tout a conduit à une intervention croissante des pouvoirs publics dans la gestion des organismes de protection sociale et la MSA n'a bien entendu pas échappé à cette vague de fond.

Les choses ont en effet beaucoup évolué depuis le décret du 27 janvier 1961 portant adaptation aux organismes de MSA des dispositions du décret du 12 mai 1960 relatif à l'organisation et au fonctionnement de la Sécurité sociale, qui reconnaissait la spécificité de la protection sociale agricole et une large autonomie de la MSA dans sa gestion et la politique d'action sanitaire et sociale.

Le contrôle de l'autorité de tutelle, le ministre chargé de l'Agriculture, restait limité au contrôle de la légalité et aux décisions susceptibles de compromettre l'équilibre financier de la caisse ou du régime. La loi d'orientation agricole du 9 juillet 1999 et ses textes d'application, en écho au contrôle de la Cour des Comptes de 1996 sur la caisse centrale et à ses suites, ont marqué une première rupture, en élargissant le champ des organismes et des décisions soumises à contrôle, en instituant un commissaire du gouvernement auprès de la caisse centrale et en étendant les pouvoirs du contrôleur d'État. Parallèlement, le contrôle des organismes locaux a suivi le mouvement de centralisation engagé pour tous les régimes et relève, depuis 2012, de la Mission nationale de contrôle et d'audit (MNC). Paradoxalement, la MSA est sans doute aujourd'hui l'organisme le plus soumis à enquêtes, audits et évaluations en tout genre de tout le champ de la protection sociale. Non pas en raison d'un quelconque acharnement mais en sa qualité de guichet unique, pour les salariés et les non-salariés agricoles, qui la conduit naturellement à être impliqué dans tous les sujets.

Cette période est également marquée par la montée en puissance des conventions d'objectifs et de gestion (COG) instituées par l'ordonnance du 24 avril 1996. Ce mécanisme – qui permet aux pouvoirs publics, en contrepartie de garanties sur les moyens de financement, d'imposer ses priorités aux caisses de Sécurité sociale – s'est révélé de plus en plus contraignant, tant sur les objectifs que sur l'usage même des moyens, et a imposé de renforcer très sensiblement les pouvoirs de la caisse centrale sur le réseau.

Plusieurs textes sont intervenus, notamment les LFSS 2007, 2008 et 2009, pour renforcer les outils de pilotage et de contrôle de la caisse centrale (approbation des budgets, validation des comptes, pouvoir d'injonction, voire de substitution...).

Cette évolution irrésistible vers le droit commun des organismes de Sécurité sociale atteint son point d'orgue avec la LFSS 2013 qui aligne les règles de financement des dépenses de gestion administrative et d'action sociale de la MSA – précédemment assurées par un fléchage d'une part du produit des cotisations – sur celles des autres régimes de Sécurité sociale avec un financement par dotation de gestion. Cette réforme s'est logiquement accompagnée par une remontée des réserves des caisses vers la caisse centrale et la mise en place d'un financement à « trésorerie zéro », c'est-à-dire au jour le jour. Un observateur extérieur peut donc légitimement

s'interroger sur ce qui distingue véritablement la MSA des autres régimes et s'étonner de l'attractivité qu'elle exerce toujours, en particulier sur les élèves de l'EN3S et les agents de direction des autres régimes.

III- Une gouvernance qui reste profondément originale

Malgré les nombreuses atteintes au principe d'autonomie de gestion qui a marqué sa longue histoire, la MSA a gardé son identité dans le paysage de la protection sociale.

III-1/ Une gouvernance qui a su préserver ses fondamentaux

Les caisses de MSA, comme la caisse centrale, sont gérées par des conseils d'administration dont les membres ont une double caractéristique :

- ▼ ils sont issus de trois collèges, non-salariés (1^{er} collège), salariés (2^e collège) et employeurs de main-d'œuvre (3^e collège), et représentent ainsi tous les secteurs d'activité et toutes les composantes du monde agricole. Cette représentation s'est adaptée aux évolutions démographiques et deux réformes, en 1994 puis en 2002, ont garanti une place plus importante aux salariés, notamment au sein des conseils d'administration (4/9 des postes d'administrateurs élus contre 3/9 aux non-salariés et 2/9 aux employeurs de main-d'œuvre) ;
- ▼ ils trouvent tous leur légitimité dans un processus électif (à l'exception d'un administrateur par département désigné par les UDAF), qui débute par l'élection tous les cinq ans de 24 000 délégués cantonaux par les ressortissants de la MSA, lesquels désignent les 1 071 administrateurs des 35 caisses. Le processus s'achève avec l'élection du conseil central par les délégués de caisse (476 administrateurs) à l'assemblée générale de la caisse centrale. Le taux de participation aux élections qui, depuis 1949, a oscillé entre 50 % et 30 %, est toujours resté très significatif et toujours très sensiblement supérieur aux élections professionnelles équivalentes. Cette légitimité démocratique des élus, renforcée par leur ancrage territorial, est tout à fait atypique dans le paysage de la protection sociale et reste une caractéristique forte du mode de gouvernance de la MSA. L'institution dispose d'un maillage du territoire qui fait sa force, avec des élus à l'écoute des besoins, en capacité de relayer ses messages et de mobiliser autour des actions qu'elle conduit. D'autant que ces élus exercent souvent d'autres responsabilités, que ce soit au sein des collectivités territoriales, du tissu associatif ou dans les organismes professionnels agricoles et le monde syndical. Ces élus ne sont donc pas des anonymes mais des responsables connus dans leur milieu professionnel et facilement accessibles aux ressortissants du régime.

Ce réseau d'élus salariés et non-salariés est particulièrement engagé dans les dispositifs d'accompagnement des crises agricoles, autant par son rôle de veille et d'alerte sur les difficultés des exploitations et des entreprises, que d'information et d'orientation vers les actions de la MSA (vérification de l'accès à toutes les prestations, légales et extra-légales ; prévention des risques psychosociaux ; suivi social) et les dispositifs mis en place avec les partenaires locaux.



Cette proximité éclaire également le choix des élus en matière de santé-sécurité au travail et d'action sanitaire et sociale, domaines dans lesquels leurs responsabilités sont étendues. Cette connaissance du terrain et du milieu professionnel a toujours conduit les élus à être force de proposition sur les évolutions de la protection sociale agricole, comme rappelé précédemment, et ce sont ces mêmes élus qui, par exemple, sont aujourd'hui à l'origine du développement du TESA (titre emploi service agricole) qui permettra dès 2018 de simplifier la vie des petites entreprises qui n'ont pas de logiciel de paie et qui ne recourent pas à un tiers déclarant, et de répondre à leurs formalités d'embauche comme aux obligations de la DSN.

Mais au-delà des textes, cette légitimité démocratique conforte le conseil d'administration dans ses attributions, notamment dans la définition des orientations politiques. Certes, comme leurs homologues des autres régimes, les directeurs ont des pouvoirs propres importants et disposent des moyens de fonctionnement dans le cadre du budget adopté par le conseil. Mais, à titre d'exemple, aucun directeur ne saurait modifier la politique d'accueil des usagers (modes d'entrée en contact, implantation des agences, horaires,...), sans évoquer préalablement en conseil un sujet aussi sensible pour les élus.

D'autant que les conseils d'administration de la MSA ont conservé une attribution importante, le pouvoir de nommer (et donc de licencier) le directeur, l'agent comptable et le directeur adjoint, sous réserve bien entendu de l'agrément, et de nommer, sur proposition du directeur, les autres emplois de direction. De sa propre initiative, la MSA a décidé d'encadrer ce pouvoir, en confiant au directeur général de la caisse centrale le pouvoir de recevoir et d'émettre un avis sur les candidats aux postes de directeurs de caisses. En outre, la caisse centrale n'est jamais laissée dans l'ignorance de situations potentiellement conflictuelles qui peuvent exceptionnellement survenir entre conseil et direction, et sait imposer son arbitrage pour trouver des solutions « à l'amiable ». La MSA reste très attachée à ce pouvoir de nomination des directeurs qui vaut également pour l'échelon central et qui permet de recruter des directeurs généraux ayant une forte expérience des caisses locales et, le cas échéant, d'éviter des désignations pour convenances politiques.

Il convient enfin de souligner que la MSA reste une branche au sens de la négociation sociale et qu'elle garde donc la maîtrise du dialogue social avec les organisations syndicales, dialogue mené par la FNEMSA (Fédération nationale des employeurs de la MSA). Cette maîtrise, assurée dans le respect des contraintes de la COG, est importante dans un contexte de restrictions budgétaires qui impose des évolutions lourdes du réseau, dont la réussite repose aussi sur la qualité de la concertation et la recherche d'accords adaptés avec les partenaires sociaux.

La concertation est en effet la clé de la réussite de la gouvernance de la MSA. En amont du dialogue social, les choix stratégiques reposent sur deux conditions, d'une part, l'assentiment très majoritaire des conseils qui suppose des compromis entre non-salariés et salariés pour asseoir une majorité de gestion, d'autre part, l'adhésion du réseau pour la mise en œuvre.

C'est pourquoi la MSA a amplifié en 2010 la place des instances de dialogue :

- ▼ en créant, dans la continuité des réformes de 1984 et de 2002 qui ont institué le poste de 1^{er} vice-président issu de la composante (salariée ou non-salariée) différente de celle du président, quatre grandes commissions institutionnelles. Elles ont la charge d'étayer la réflexion sur les grandes orientations institutionnelles et de préparer les décisions du conseil central. Elles associent, à côté des administrateurs centraux, tous les présidents et 1^{ers} vice-présidents des caisses, ainsi qu'une délégation des directeurs :
 - ▼ en réunissant au moins une fois par trimestre tous les directeurs du réseau autour du directeur général de la caisse centrale,
 - ▼ en mettant en place des Journées présidents/1^{ers} vice-présidents/directeurs qui associent au moins deux fois par an et plus, dès que l'urgence le justifie, tous les responsables du réseau.

Bien entendu, cette concertation se décline également au sein des caisses locales et de la caisse centrale, et aucune décision importante n'est évoquée en conseil d'administration sans avoir fait l'objet d'un échange préalable entre président, 1^{er} vice-président et directeur dans un premier temps, au sein du bureau du conseil, qui réunit les chefs de file des trois collèges dans un deuxième temps. Ce processus continu d'échange et de dialogue est au cœur de l'efficacité de la gouvernance MSA.

III-2/ Une gouvernance qui assume ses responsabilités

Les différentes COG ont imposé un cadre de plus en plus contraignant à la MSA et, en particulier, en lien avec l'évolution démographique du régime, une diminution drastique de ses moyens d'action tant en effectifs qu'en frais de fonctionnement.

Les objectifs ont jusqu'à présent toujours été respectés mais au prix de décisions difficiles à assumer pour des élus. C'est particulièrement le cas pour la restructuration du réseau qui a réduit le nombre de caisses de 78 à 35 en 2010. Malgré les difficultés – et il faut bien comprendre que pour la MSA ce mouvement de fusions impliquait une spécialisation des sites de production et donc un changement de législation pour une partie importante du personnel de production nécessitant un gros investissement en formation et en ressources d'accompagnement – la restructuration a été menée à bien sans soubresaut majeur et l'intérêt collectif a prévalu sur les intérêts particuliers. Il faut préciser que les élus, soucieux de préserver la proximité, avaient demandé et obtenu la mise en place de comités départementaux pour préserver un relais d'expression départemental entre les échelons locaux d'élus et le conseil d'administration de la caisse, et avaient conditionné leur accord au maintien des sites de production, souvent vitaux pour l'économie locale dans les départements ruraux.

Ce même souci de proximité a prévalu pour imposer le choix des mutualisations de proximité plutôt qu'une deuxième vague de fusion souhaitée par les pouvoirs publics, pour répondre aux objectifs de productivité fixés par la COG 2015-2020 et à une nouvelle diminution d'effectifs proche de 10 %. La volonté de préserver la relation adhérent, et donc le front office, ainsi que la densité du réseau d'élus ont conduit le conseil central à faire le choix audacieux de mutualiser



les fonctions de production et les fonctions supports entre caisses voisines (constitution de 16 binômes ou trinômes) pour obtenir les gains de productivité demandés sans dénaturer les fondamentaux de la gouvernance MSA.

Cette originalité fait écho à une autre caractéristique de la MSA et de sa gouvernance, l'esprit entrepreneurial qui plonge ses racines dans son histoire mutualiste associant autonomie de gestion et prise de responsabilités.

La MSA a ainsi développé une forte activité de gestion pour le compte d'autres opérateurs de protection sociale, obligatoire ou complémentaire. Elle gère, conformément aux décisions ARRCO/AGIRC, le recouvrement des cotisations de retraite complémentaire pour les groupes présents dans la sphère agricole (AGRICA, HUMANIS, AG2R, ...). Dans le domaine de la santé/prévoyance complémentaire, elle gère plus de 200 contrats collectifs de branche et individuels pour le compte de nombreux opérateurs (AGRICA, PACIFICA, MUTUALIA, ...), ce qui permet à ses adhérents de bénéficier du tiers payant intégral. Elle est également régulièrement sollicitée pour la mise en œuvre dans le domaine agricole des accords professionnels (exemple du FMSE, fonds national agricole de mutualisation du risque sanitaire et environnemental) ou conventionnels (exemple de la formation : FAFSEA, VIVEA), en particulier sur le volet recouvrement des cotisations. Elle apporte également son savoir-faire aux régimes spéciaux, en maladie pour la SNCF et la RATP, en retraite pour la CIPAV.

Mais la MSA intervient aussi dans le prolongement du service public, en conformité avec les dispositions de la loi d'orientation agricole du 5 janvier 2006 qui lui donnent mission « de contribuer au développement sanitaire et social des territoires ruraux » (article L. 723-11 du Code rural). Elle a ainsi su organiser et fédérer un réseau associatif qui permet notamment de sauvegarder en milieu rural l'accès à des services essentiels de la vie courante des personnes âgées (aides ménagères, portage de repas, téléassistance, aide à la mobilité) et d'accompagner les personnes en difficulté ou fragilisées (structures d'insertion par l'activité économique, établissements pour handicapés, formation professionnelle, services de tutelle...). Organisé autour de cinq associations nationales et d'une fédération nationale de l'offre de services (FNOS) regroupant plus de 200 structures de services, ce tissu associatif, qui contribue puissamment au maintien du lien social sur les territoires ruraux, emploie près de 5 000 ETP. C'est, bien entendu, un champ privilégié de l'action des élus, directement par les responsabilités qu'ils assument au sein des associations, indirectement par la détection des nouveaux besoins et comme relais auprès des partenaires, les collectivités territoriales notamment. C'est également un domaine qui permet sans doute à l'esprit d'innovation de la MSA de s'exprimer plus facilement que dans le champ strict de la protection sociale, même si elle y a initié plusieurs des concepts qui font aujourd'hui consensus pour le milieu rural (les micro-crèches ; les MARPA, maisons d'accueil et de résidence pour l'autonomie ; les maisons de santé ; les réseaux de soins). L'expérimentation, réussie et qui a vocation à être généralisée, par la caisse des Alpes du Nord d'un service de répit pour les aidants à domicile témoigne de cette dynamique qui va de l'écoute des

besoins à l'identification du territoire pertinent en termes de potentiel et de cibles pour aboutir à la création de la structure adaptée à la prise en charge. Ce qui surprend sans doute le plus un cadre de direction qui rejoint la MSA est, au-delà du guichet unique, cette diversité d'activités et d'interlocuteurs qui rythme le quotidien de la vie d'une caisse de MSA.

Cette gouvernance MSA, qui a su relever les défis auxquels elle a été confrontée et qui, face aux crises récurrentes qui frappent le monde agricole, a toujours assumé son rôle d'amortisseur social, est le fruit d'une alchimie complexe, mariant racines historiques, ancrage professionnel, valeurs mutualistes, qui lui donne une identité unique dans le paysage de la protection sociale. Son équilibre repose sur la qualité du dialogue et la recherche du consensus qui ont toujours animé les trois collèges, exploitants individuels, employeurs de main-d'œuvre et salariés représentés dans les conseils d'administration, et qui ont toujours permis d'asseoir les décisions sur une large majorité de gestion. Cet équilibre n'est donc pas un acquis mais le fruit d'un travail permanent pour trouver les bons compromis. On ne peut pas exclure que dans l'avenir une modification du paysage syndical, tant du côté des salariés que des non-salariés, ne le fragilise. Mais la principale menace de déstabilisation de la MSA reste liée à la baisse structurelle d'activité liée au déclin démographique de la population non-salariée et à la baisse des moyens imposée parallèlement par les pouvoirs publics pour répondre aux exigences de productivité.

Les élus, qu'ils soient salariés ou non-salariés, ne peuvent pas en effet assumer indéfiniment l'effort permanent et sans fin de restructuration qui en est la conséquence directe et qui finira inévitablement par remettre en cause l'essence même de la MSA, c'est-à-dire sa politique de proximité et d'engagement social sur les territoires ruraux. La MSA est le seul opérateur universel de protection sociale susceptible de gérer tous les risques pour les salariés et les non-salariés.

C'est une compétence que la MSA valorise déjà (SNCF, RATP, CIPAV, Départements d'Outre-Mer...) mais qui ne peut être pleinement exploitée sans une impulsion forte des pouvoirs publics. C'est la condition pour lui conférer l'assise nécessaire à sa gouvernance et donner à ses milliers d'élus bénévoles les moyens de rester les animateurs et les créateurs d'un lien social vital sur des territoires ruraux, dont chacun souligne aujourd'hui la fragilité et les risques de décrochage.

Pilotage et gouvernance d'un projet en univers complexe : l'expérience de l'Union Retraite

Par **Jean-Luc Izard**, Secrétaire général auprès du Haut-commissaire à la réforme des retraites, ancien directeur du GIP Union Retraite



Jean-Luc IZARD, administrateur général, est secrétaire général auprès du Haut-commissaire à la réforme des retraites depuis le 1^{er} octobre 2017. Il était auparavant directeur du GIP Union Retraite depuis 2014.

Il a également exercé les fonctions de directeur de la CRPCEN, la caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires de 2012 à 2014, de sous-directeur des retraites et des institutions de la protection sociale complémentaire à la direction de la Sécurité sociale (2008-2012) et de sous-directeur de l'accès aux soins, des prestations familiales et des accidents du travail dans la même direction (2007- 2008).

Créée spécifiquement pour surmonter la complexité de la retraite en France, l'Union Retraite peut, au bout d'un peu plus de trois années d'existence, tirer quelques enseignements de son expérience. Constituée sous forme de GIP entre tous les régimes obligatoires de retraite, la mission centrale de l'Union Retraite est une mission de simplification au bénéfice des assurés.

La complexité, en l'espèce, s'organise en de très nombreux champs, dont on peut citer, pour le plaisir de l'illustration :

- ▀ La complexité des règles afférentes à la retraite, qui supposent un haut niveau d'expertise par les gestionnaires et qui restent donc peu accessibles aux non-initiés et *a fortiori* au grand public, pourtant premier intéressé à leur application.
- ▀ La complexité des objectifs assignés à la retraite, qui doit à la fois être représentative de l'effort contributif de l'assuré mais aussi garantir, grâce à de très puissants mécanismes de solidarité, un niveau de vie décent au retraité et qui doit, au regard de son poids considérable dans la vie économique de notre pays, maîtriser ses prestations pour ne pas alourdir la charge des générations actives. Le système doit tendre à l'équilibre afin d'éviter le recours à la dette dont le remboursement pèserait sur les générations futures.
- ▀ La complexité institutionnelle, puisque l'Union Retraite regroupe 35 régimes différents de retraite (soit la quasi-totalité des régimes français), régimes de base comme le régime général, régimes complémentaires comme l'AGIRC-ARRCO, régimes assurant ces deux étages (et parfois d'autres risques) comme le RSI, la MSA ou les régimes de professions libérales, ou encore régimes couvrant par une seule prestation ces deux étages, tels les régimes des fonctionnaires.



- ▼ La complexité dans la nature des régimes mis en œuvre : régimes en points (complémentaires pour l'essentiel), régimes en annuité dont les prestations sont calculées sur un salaire moyen (régime général et régimes alignés) ou sur un salaire de fin de carrière (fonctionnaires et secteur para-public).
- ▼ La complexité liée à la potentielle hétérogénéité des objectifs poursuivis par les gestionnaires des régimes : objectifs de visibilité et/ou d'image, d'amélioration de la qualité, de réduction des coûts, du service client...
- ▼ La complexité liée au développement de processus plus ou moins automatisés et intégrés selon les régimes et donc à une perception très différente selon les régimes des objectifs de qualité de la relation clients.

Loin de réduire la complexité, l'émergence du numérique la renforce. Car elle accuse encore davantage les écarts des différents régimes entre eux et souligne les différences qui existent entre les régimes : différences de moyens bien sûr mais aussi et surtout, différences dans la définition et la priorisation des objectifs, différences dans la réactivité et l'adaptabilité des régimes, différences de nature culturelle enfin. La possibilité d'envisager une coproduction avec les assurés est un nouveau levier pour améliorer le service rendu mais elle soulève de délicates questions d'organisation des processus. En outre, les évolutions technologiques récentes ont considérablement modifié les attentes de nos concitoyens au regard du service public et donc au regard de la retraite. Les enjeux d'accessibilité, de fiabilité et de rapidité de l'information sont ainsi devenus essentiels, de même que ceux de la simplification des procédures via leur dématérialisation et de la transparence des règles et des procédures. Désormais affranchis de leur posture de sujets des administrations, les assurés sociaux attendent légitimement que leurs services publics intègrent cette aspiration et répondent efficacement à leurs demandes, ce qui constitue, avouons-le, un défi de taille et qui majore considérablement la complexité de la conduite de projet.

Quoique présentant des spécificités, le monde de la retraite n'échappe pas aux fondamentaux de la conduite de projet, même si ces fondamentaux peuvent être, pris individuellement, plus sensibles ou, au contraire, moins déterminants dans l'univers complexe que constitue la retraite en France.

De l'importance des fondamentaux

Les leviers de pilotage d'un projet sont communément répartis sur quatre axes : coûts, délais, qualité et périmètre du projet. La conduite du projet consiste pour son manager à ajuster de manière continue et le plus finement possible ces quatre leviers. Mais il faut insister d'emblée sur un point : il n'est pas réaliste de rechercher un effet maximum sur ces quatre axes de pilotage. Ainsi, par exemple, tenir les délais et les objectifs de qualité risque fort de générer un projet couteux et/ou au périmètre réduit alors que privilégier coûte que coûte la maîtrise des coûts et le respect des délais risque de conduire à un produit de qualité médiocre au regard des objectifs initiaux.

Le point essentiel de la conduite de projet est donc de hiérarchiser soigneusement les objectifs en fonction de leur répartition sur les axes de pilotage. Que cherche-t-on prioritairement ? Un produit rapidement disponible, peu coûteux, de grande qualité, évolutif ou à périmètre étendu ? Et quel est le second objectif recherché ? Quel objectif peut être abandonné, au moins partiellement ? Sur quoi est-on prêt à négocier ? Quelles sont les marges de manœuvre ? Ce point est d'autant plus essentiel que les acteurs sont nombreux ou que le projet est ambitieux.

Or si, dans l'univers institutionnel de la protection sociale, toute élaboration de projet comporte une phase approfondie d'analyse des besoins, de définition du calendrier et d'estimation des coûts (parfois même d'approche du retour sur investissement...), la définition des objectifs stratégiques et leur hiérarchisation sont souvent moins travaillées, voire carrément omises. Et cette situation conduit inévitablement, à la première tension, à des difficultés, des conflits, des incompréhensions entre les acteurs. Le manager du projet se trouvera rapidement à devoir arbitrer des sujets ayant des incidences stratégiques pour ses mandants et verra inévitablement – dans une certaine mesure, à très juste titre – sa légitimité à le faire contestée. Cette contestation sera d'autant plus véhémente que la priorisation des objectifs aura été laissée dans le flou.

Pour autant, il faut se méfier d'un excès de méthodologie en amont, excès qui peut être contre-productif. Ainsi, attendre que chaque acteur ait convenablement étudié les incidences stratégiques pour lui d'un projet donné peut conduire à des délais incompatibles avec l'objectif, d'autant que l'appel à la méthodologie peut être prétexte à retarder, à faire obstacle. Les projets, singulièrement les plus importants et les plus structurants, ont aussi besoin d'un enthousiasme, d'un mouvement qui procède davantage de l'adhésion spontanée que de l'étude approfondie. Mais, à défaut de définition précise et hiérarchisée des objectifs en amont, le projet sera soumis à des à-coups dans son déroulement et aura besoin d'un portage politique affirmé et d'un manager à la légitimité forte, capable de rendre les arbitrages délicats, ou du moins de les faciliter.

On ne saurait donc trop recommander que les fondamentaux de la méthodologie de pilotage de projet soit d'autant plus scrupuleusement respectés que la complexité du projet, ou celle de son environnement, sont avérées. Ainsi :

- Le choix du responsable opérationnel du projet doit faire l'objet d'un soin particulier. Il doit bénéficier d'une personnalité affirmée sans être trop clivante et son niveau d'expertise technique doit être reconnu par ses pairs, qu'il côtoiera au quotidien dans la réalisation du projet.
- Les objectifs du projet doivent être clairs, partagés et assumés. L'existence de buts cachés ou d'intentions « secrètes » ne constitue pas un gage de succès, loin de là, et fait croître dangereusement les risques d'échecs.
- Le responsable opérationnel du projet doit être formé aux méthodes de conduite de projet qu'il doit d'autant plus maîtriser que le niveau de complexité sera élevé. L'appui d'un PMO est indispensable dès lors que l'on est en univers complexe.
- Le responsable opérationnel doit disposer d'un accès facile aux décideurs qui portent la vision stratégique du projet et qui sont en mesure de rendre rapidement les arbitrages dans l'intérêt du projet,



- ▼ La méthodologie doit être calquée sur des méthodes éprouvées. Les décisions doivent être consignées, les différentes options soigneusement documentées et argumentées, les échanges doivent se faire sur des ordres du jour définis en amont, les documents de travail doivent être partagés avec des délais de prévenance suffisants, la durée des réunions doit être fixée à l'avance (idéalement, ne pas excéder 1h30 à 2h) et chaque réunion doit faire l'objet d'un compte rendu partagé entre les participants. Il s'agit de règles maintes fois rappelées et qui semblent relever d'un évident bon sens ; pourtant, toute personne ayant participé à un projet sait combien il est rare qu'elles soient réellement appliquées et les managers de projet savent combien il est difficile de les respecter et de les faire respecter.
- ▼ Les missions du pilote opérationnel (ou du sponsor selon les cas) ainsi que l'étendue et les limites de l'autorité qui lui est confiée par l'autorité stratégique doivent être formalisées dans un document partagé et ne doivent pas être remises en cause à la première (et inévitable) tension.

La gouvernance du projet, gage essentiel de succès

Si la mise en œuvre d'une méthodologie robuste constitue un élément fondamental de réussite, les modalités de gouvernance sont également d'une grande importance. Il n'y a généralement pas de difficulté à composer des instances de gouvernance, mais leurs attributions respectives sont parfois floues et l'existence et le positionnement d'un échelon de pilotage sont souvent délicats : or, c'est un élément essentiel qui doit garantir « l'alignement » entre le management stratégique du projet et son management opérationnel. Il s'agit de faire remonter les difficultés, de donner de la visibilité au projet. Garant du périmètre du projet, du bon avancement des réalisations, il assure la régularité du pilotage, pilotage qui assure le suivi des coûts, la vérification du respect des délais et des jalons préfixés et celle de la qualité des livrables attendus. La régularité et la transparence de ce pilotage sont essentielles. En univers complexe particulièrement, les à-coups de pilotage peuvent s'avérer destructeurs et, *a minima*, freinent et font glisser les projets. Force est pourtant de constater qu'ils sont fréquents dans l'environnement institutionnel public.

Bien entendu, un projet ne pourra aboutir que si l'ensemble des moyens nécessaires à sa réalisation, notamment les budgets correspondants, lui sont alloués. Mais surtout, le sujet du management des ressources humaines est vital pour la réussite d'un projet. On parle ici des ressources techniques pour la réalisation du projet, bien sûr, mais aussi des ressources nécessaires à son pilotage et des compétences nécessaires ponctuellement pour résoudre les problèmes qui vont inévitablement survenir. Or, si l'on revient au monde de la retraite et à l'activité de l'Union Retraite, ce management des ressources affectées aux projets est lui-même un processus d'une diabolique complexité si l'on veut bien se souvenir que ce sont 35 organismes qui sont en cause, qui peuvent avoir des enjeux stratégiques de

GRH fort différents et qui ont des temps de décision et une inégale sensibilité aux projets inter régimes. Dans ces conditions, le maintien de la motivation des équipes – déterminant essentiel de la réussite ou de l'échec du projet – est un objectif permanent du directeur de projet.

Le GIP « union retraite » est un projet complexe en soi

La complexité du projet de constitution d'un opérateur qui « assure le pilotage stratégique de l'ensemble des projets de coordination, de simplification et de mutualisation ayant pour objet d'améliorer les relations des régimes avec leurs usagers dans lesquels tout ou partie de ses membres sont engagés et veille à leur mise en œuvre » est indéniable¹. La gouvernance de l'Union est fixée par sa convention constitutive² qui l'organise autour de cinq autorités :

- L'assemblée générale qui réunit les 35 régimes membres et qui arrête la convention constitutive et les modalités de répartition du financement entre les membres.
- Le Conseil d'administration, formation plus restreinte³, dont relèvent les décisions relatives aux principales orientations de l'action collective.
- Le Comité des Usagers, instance consultative qui porte la voix du « client » au sein des travaux.
- Le Comité de coordination stratégique, instance consultative dans laquelle siègent les directeurs des régimes représentés au Conseil, qui prépare les travaux du Conseil.
- Le directeur, en charge du fonctionnement du Groupement et de la bonne marche des projets communautaires.

La gouvernance de ce projet « Union Retraite » est-elle conforme aux principes que nous énoncions *supra* ?

Incontestablement, les objectifs assignés par la Loi sont clairs, même s'ils peuvent sembler excessivement ambitieux. Le Contrat d'objectifs prioritaires est venu préciser ces objectifs qui sont déclinés, sur une période donnée (2015-2018) en 21 projets concrets. Les répartitions de compétences entre les instances et les principes de fonctionnement⁴ sont précises et publiques. Ils ne posent pas de difficultés particulières. Le seul bémol tient à l'association des plus petits régimes : soumis à des injonctions contradictoires entre le besoin de transparence, le souci d'efficacité, des ressources limitées et les réelles capacités des régimes, le fonctionnement collectif est probablement perfectible sur ce point.

Mais si l'on confronte les objectifs assignés par le législateur et la forme juridique qu'il a choisie, une première difficulté apparaît. Construite sous la forme d'un GIP, l'Union Retraite est en théo-

1 Code de la sécurité sociale – art. L161-17-1

2 <https://www.info-retraite.fr/portail-info/sites/PortailInformationnel/home/qui-sommes-nous.html>

3 Y siègent les neuf principaux régimes de retraite, les autres étant représentés par l'intermédiaire d'un collège des professions libérales et d'un collège des régimes spéciaux

4 Transparence – Recherche du consensus – Respect de tous les régimes et de leurs spécificités quelle que soit leur taille.



rie l'expression de la mise en commun de moyens consentie par ses membres pour l'atteinte d'objectifs qu'ils partagent. Or, la Loi leur impose cette association, qui a pour eux un caractère obligatoire, et les objectifs sont en réalité définis au terme d'une négociation avec l'État. Le GIP apparaît ainsi en théorie comme l'expression d'une politique publique de service aux usagers et de mutualisation très largement définie par l'État. Cette contradiction n'est pas qu'apparente même si elle reste largement théorique. C'est au GIP qu'il revient de la résoudre dans la pratique et notamment dans le pilotage au quotidien des projets, ce qui s'avère consommateur de ressources.

Au surplus, l'État dispose d'autres outils pour conduire les politiques publiques dont il a la charge et de nombreux projets concernant directement ou affectant le monde de la retraite voient le jour dans des cadres différents de ceux qui s'imposent à l'Union Retraite. Le simple énoncé de quelques-uns de ces sujets permet d'en appréhender l'impact sur l'action collective des régimes de retraite : Déclaration sociale nominative (DSN), Liquidation unique des régimes alignés (LURA), disparition du RSI... Tous sujets dont l'articulation avec les autres projets est, force est de le constater, assez peu anticipée. Ce qui ne manque pas de poser de difficiles questions d'arbitrage des priorités (et subséquemment d'allocations de ressources), arbitrages dont il n'est pas certain qu'ils soient entièrement maîtrisés par la puissance publique. Cette situation n'est d'ailleurs pas l'apanage de l'État : elle concerne les partenaires sociaux dont la politique au sein de l'Agirc-Arrco (nouvelles règles de liquidation, fusion des régimes...etc.) n'est qu'assez faiblement incluse dans une démarche globale.

Cette hiérarchisation assez limitée des objectifs et des projets découle en grande partie de l'organisation de la retraite en France et du poids variable de l'État dans les différentes institutions. Au sein même de l'État, si la direction de la sécurité sociale est un acteur majeur, son rôle est des plus limités en ce qui concerne les régimes de fonctionnaires et singulièrement celui des fonctionnaires de l'État. Partant, des hiatus sont inévitablement constatés entre les objectifs poursuivis. Le chantier de recentralisation du pilotage des retraites autour de la direction de la sécurité sociale n'est pas allé à son terme et c'est un inconvénient majeur que ce défaut d'unicité du pilotage. L'articulation des COG entre elles, que certains appellent de leurs vœux, ne serait probablement que d'un effet limité tant que des objectifs clairs et hiérarchisés ne sont pas fixés et suivis par une autorité investie pour le faire de façon transversale à toute la retraite.

Ces hésitations se retrouvent dans le pilotage budgétaire du GIP. Plus de 90 % des dépenses du Groupement sont constitués de remboursements, à ses membres, des moyens mutualisés, ce qui signifie concrètement que le budget du GIP ne contribue qu'à hauteur de 10 % à la dépense publique. Soit moins de 2M€. Et pourtant, le débat budgétaire est souvent difficile et, ici aussi, consommateur de ressources qui seraient employées plus efficacement au suivi de projets dont les coûts sont incomparablement plus élevés. Cette situation tient au mode de financement du Groupement. En effet les contributions des régimes sont comptabilisées dans

les dépenses de fonctionnement des régimes, groupe de dépenses sur lesquelles les contraintes sont les plus élevées. Les régimes se retrouvent ainsi à gérer une situation paradoxale particulièrement contraignante pour eux : alors que la communauté réalise au sein du GIP un financement mutualisé d'investissements destinés à simplifier la relation avec l'usager et à générer des économies, la quote-part de ces dépenses incombant au régime est considérée comme une dépense de fonctionnement dudit régime. Il est souhaitable que cette situation évolue à court terme si l'on souhaite conserver toute son efficacité à la démarche engagée. Les projets de l'Union Retraite doivent non seulement être décrits avec précision et hiérarchisés (ce qui est d'ores et déjà peu ou prou fait au sein du Contrat d'objectifs prioritaires) mais leur financement doit également être assumé et sanctuarisé, ce qui implique que les contributions des régimes soient garanties.

Au plan opérationnel, le positionnement de l'Union Retraite a également posé des difficultés dans la mise en œuvre de certains projets. Les termes utilisés par la Loi conduisent le lecteur à les interpréter comme une fonction de maîtrise d'ouvrage tant stratégique qu'opérationnelle. Or, l'Union Retraite n'a pas aujourd'hui la légitimité de définir des orientations stratégiques de pilotage qui relèvent de l'État et qui ne lui ont pas été déléguées. En même temps, ses moyens humains volontairement limités ne lui permettent pas toujours d'assurer une MOA opérationnelle efficace. Si cette situation n'est que peu gênante dans la conduite de la plupart des projets, elle a pu générer des points critiques délicats sur certains projets stratégiquement structurants (voir *infra* à propos du RGCU).

Les projets de l'union retraite à l'épreuve des faits

L'Union Retraite est porteuse de projets qui s'articulent autour de quatre thèmes : le droit à l'information, le compte unique de retraite, le répertoire de gestion des carrières unique (RGCU) et divers services digitaux ou services structurants pour les assurés.

Depuis sa création, l'Union a connu de vrais succès et a su surmonter, dans son cadre collectif, les difficultés qui sont apparues et dont certaines présentaient un niveau élevé de gravité. Observons d'un peu plus près deux chantiers qui sont riches d'enseignements.

Le compte personnel de retraite et la demande unique en ligne

Partant d'un projet largement attendu mais très peu défini (le « compte unique »), l'Union Retraite a su construire un compte personnel dont la finalité, au-delà de la mission d'information, sera de permettre à tous les assurés de faire en une seule fois leur demande de retraite en ligne, pour tous les régimes, à compter de janvier 2019. En moins d'un an d'existence du service, ce sont plus de 1,5 millions de comptes qui ont été ouverts et tout indique à ce jour (septembre 2017) que le calendrier initial sera tenu. Le pari fait par le Conseil d'administration est celui d'une mise en ligne progressive de services qui concourent tous à l'efficacité de la demande unique en ligne. Le rythme de livraison retenu est grossièrement semestriel et le projet global a été découpé en lots dont chacun constitue un projet en soi et rend un service à l'assuré. Les lots sont opérés par des opérateurs différents (essentiellement la CNAV, l'AGIRC-ARRCO et la CDC). Cette organisation a permis de tenir budgets et calendriers. Des problèmes sont apparus en cours de construction, comme par exemple l'existence de doublons entre les services prévus par les opérateurs ou des sujets d'articulation avec le RGCU. Ces problèmes



ont pu être réglés sans impact sur le calendrier initial et l'objectif principal d'un service intégré à l'assuré lui permettant de faire une démarche en une seule fois et en un seul lieu (« Dites-le nous une fois »).

Le répertoire de gestion des carrières unique (RGCU)

Issu de la loi de 2010, ce projet était quasiment en panne en 2014 lors de la constitution du nouveau Groupement. Cette situation était héritée d'une définition insuffisante, au plan stratégique, des finalités de ce projet. Chantier colossal, il doit aboutir à la constitution d'un référentiel de carrière unique et commun à tous les régimes, référentiel dont la gestion est confiée par la Loi à la CNAV. Deux craintes principales ont semblé majeures dans le faible enthousiasme des régimes à se lancer dans ce chantier, qui touche de près à leur cœur de métier stratégique, à savoir la liquidation des pensions. En premier lieu la crainte de voir l'opérateur du référentiel être en capacité de « s'emparer » rapidement de l'ensemble des opérations cœur de métier au détriment des autres régimes. En second lieu, la peur de « l'accident industriel » portant sur des données dont le recueil, la conservation, l'intégrité et la sécurité sont très hautement stratégiques pour eux. Dans un premier temps, fondant son action sur ses valeurs, le GIP a réussi à faire redémarrer le projet, en reprécisant ses finalités et en précisant des conditions de migration dans le nouveau système qui pouvaient être progressives. Mais rapidement, de nouvelles difficultés sont apparues, plus particulièrement avec l'opérateur cette fois-ci. Faute d'une définition plus précise de son rôle, le GIP s'est considéré comme chargé de la MOA stratégique et opérationnelle du projet. Or, il ne disposait pas des ressources nécessaires pour assumer ce rôle et il n'a pas su créer les conditions pour partager la MOA avec l'opérateur ou avec l'État sur le versant stratégique. Cette situation a généré de fortes tensions qui ont conduit, à la demande des acteurs, à une mission d'audit qui a permis de relancer le projet en en redéfinissant les finalités, en précisant les rôles et en refondant la gouvernance avec la désignation d'un *sponsor* positionné au cœur du processus. Le projet avance désormais de façon satisfaisante mais il est intéressant de souligner que le sponsor et le directeur du GIP ont récemment décidé en commun de constituer des ateliers de réflexion sur les impacts de ce projet sur les métiers, les processus, les compétences.....

Faut-il être « agile » ?

Le débat existe encore dans nos institutions entre méthode dite « classique » et méthode dite « agile ». Souvent présenté comme un débat de générations – une querelle des anciens et des modernes à la sauce informatique – ou comme une dispute entre tenants de la sécurité et de la solidité et partisans du rapide et jetable, ce débat n'a en réalité plus guère lieu d'être.

Schématiquement, la méthode dite classique repose sur un enchaînement de phases articulées les unes après les autres :

- ▼ Recueil des besoins
- ▼ Analyse détaillée
- ▼ Conception détaillée
- ▼ Développement
- ▼ Tests et recette
- ▼ Livraison, mise en production.

Cette méthode a pour avantage de reposer sur un mécanisme très rationnel, dans lequel chaque phase est décrite, comporte des jalons de début et de fin, un budget associé et fait l'objet d'une validation avant l'ouverture de la phase suivante. Elle offre l'apparence d'une grande sécurité et d'une grande maîtrise. Son principal inconvénient est de rechercher à détecter les risques à un stade tardif du projet, lorsque les développements sont très avancés (phase tests-recette) ; couplé aux validations successives des phases, ce dispositif conduit à un coût élevé des corrections puisqu'il faudra revenir en arrière, sur des phases déjà validées. Surtout, il conduit à ne corriger, eu égard à ces coûts, que les risques qui apparaîtront comme critiques pour le projet.

Née aux États-Unis au tout début de ce siècle, la méthode dite agile⁵ est issue d'une réflexion visant à résoudre les difficultés de la méthode classique, suite à l'échec de projets importants. Elle prend donc assez naturellement le contrepied de certains postulats de cette méthode et fixe dans un « *Manifeste agile* » les fondements du développement agile en quatre valeurs⁶ et douze principes. Le développement agile est un mode de conduite de projet itératif et incrémental, reposant sur une autonomie renforcée des acteurs et des livraisons fréquentes de produits développés sur des cycles courts et testés en continu. L'intérêt essentiel de la méthode est d'assumer que tout ne peut être anticipé et que l'organisation du projet doit s'adapter pour intégrer ce qui a été mal anticipé ou ce qui survient de nouveau dans l'environnement. Le projet peut ainsi évoluer au rythme d'exigences nouvelles de son commanditaire ou pour s'adapter à des modifications, notamment technologiques, de l'environnement. Les coûts sont *a priori* davantage sécurisés puisque le découpage du projet en itérations permet de l'arrêter aisément. Enfin, le découpage du projet permet des livraisons fréquentes qui évitent l'effet tunnel de certains projets de moyen-long terme et le risque d'essoufflement des équipes qui l'accompagnent.

Quelques éléments de comparaison sont présentés, de façon très sommaire, dans le tableau suivant :

	Méthode « classique »	Méthode « agile »
Déroulement	En entonnoir, étapes enchaînées, rétroaction difficile	Itératif et incrémental
Organisation	Plan linéaire, périmètre prédéfini, objectifs prédéterminés et stables	En itérations, périmètre et objectifs ajustables à chaque phase

5 Le singulier est abusif car il existe plusieurs méthodes agiles : ASD, SCRUM, DSDM, Crystal, RAD...

6 Le Manifeste : <http://agilemanifesto.org/iso/fr/manifesto.html>



	Méthode « classique »	Méthode « agile »
Gestion des risques	Faible pendant une grande partie du projet. Fait l'objet d'un processus rigoureux et documenté en phase de recette-qualification.	À chaque itération, de façon privilégiant la réactivité et l'adaptation à la rigueur de l'analyse
Mode de suivi et de pilotage	Analyse des écarts. Privilégie un des leviers de pilotage (qui peut varier dans le temps)	Analyse du reste à faire. Le découpage en itérations permet des décisions plus souples et multifactorielles
Documentation	Très détaillée et précise. Vécue comme essentielle aux échanges et à la définition du projet, ainsi qu'à sa conduite	Réduite. Ajustée au fil de l'eau aux besoins nouveaux

La présentation de ces différences peut, à juste titre, sembler un peu caricaturale. De fait, la pratique est rarement aussi caractérisée que cette tentative de formalisation qui permet toutefois de bien représenter les écarts des deux types de méthodes.

La théorie aujourd'hui soutient que la méthode agile est plus appropriée à la gestion des gros projets car elle intègre mieux les impondérables qui surviendront au cours du projet. Elle permet de s'adapter à des besoins mal définis ou nouveaux, et offre une meilleure visibilité tout au long du chantier. Cette approche donne la possibilité d'expérimenter, de mettre en œuvre un service réduit utilisable qui apporte de la valeur pour l'usager plus rapidement, puis de le faire évoluer au vu de retours d'expérience. On peut aborder la complexité en expérimentant sur un modèle simplifié utilisable mais qui a vocation à être complété.

En univers complexe, la méthode classique comporte des risques importants pour le porteur du projet. Outre qu'elle suppose en amont un fastidieux travail de recueil des besoins, d'élaboration de cahiers des charges et de spécifications, de définition précise des livrables et du calendrier, et la validation de chacun de ces éléments par tous les acteurs. Par construction, les impacts métiers seront difficilement évalués avec exactitude, *a fortiori* dans un projet long. Les besoins nouveaux qui apparaîtront inéluctablement seront donc lus comme un défaut d'anticipation par l'opérateur et/ou comme un défaut d'analyse initiale des besoins par le commanditaire. Ceci constitue une source de tensions, voire de conflits, dont la résolution peut s'avérer hautement consommatrice de ressources.

En guise de conclusion... provisoire...

Une intégration plus importante et plus rapide des techniques du développement agile dans la conduite des projets structurants de la retraite est probablement une nécessité. Elle est aujourd'hui encore insuffisante, par des effets de génération

mais aussi pour des raisons de conformisme. Or, l'expérience vécue de l'Union Retraite montre que ces techniques apportent des réponses intéressantes en termes de fluidité de la gestion des projets complexes.

Ainsi, de la description même de la genèse et du déroulement du projet « compte personnel – demande unique » il ressort assez nettement que ce projet est conduit selon des principes de méthode agile et qu'il se déroule sans graves à-coups, ni sans retards ou coûts supplémentaires significatifs. Du point de vue de la gouvernance « politique » du projet, ils permettent d'éviter « l'effet tunnel » qui marque d'autres projets et qui est facilement démotivant pour les équipes et source de scepticisme pour les assurés-clients.

Toutefois, même si cette évolution est nécessaire et importante, elle ne constitue pas une recette magique qui garantit le bon déroulement et le bon achèvement d'un projet. Les questions de gouvernance sont également essentielles, comme le montrent de nombreux exemples et, pour ce qui concerne la retraite et le GIP, comme le montre l'expérience du RGCU. Il ne peut y avoir ni solution simple ni recette miracle assurant la bonne gouvernance d'un projet complexe mais tout le talent des responsables du projet sera de rechercher systématiquement la plus grande simplicité, qui constitue un gage d'efficacité.

Surtout, le pilotage des projets complexes dans le monde de la retraite suppose une ambition et une volonté politiques fortes. Il s'agit notamment de créer les conditions d'une coopération entre les régimes et de faciliter autant que possible des convergences et des consensus qui requièrent des efforts importants des régimes. L'engagement de l'État dans le cadre d'une stratégie claire et coordonnée est ainsi absolument indispensable au bon aboutissement des projets.

Une expérience originale de gouvernance

Par Jean-Marc GEORGE, *Directeur de la Caisse locale déléguée pour la Sécurité sociale des travailleurs indépendants (CLDSSTI) Auvergne Rhône-Alpes*



Titulaire d'une maîtrise en Droit public (1984), Jean-Marc George débute sa carrière à la CAF de Montpellier en 1988 au poste de Responsable des services généraux. Pendant cette période, il intègre en 1994 le CNESSS (concours interne), dont il sort pour rejoindre l'URSSAF de Montpellier où il est nommé sous-directeur. Il rejoint alors les caisses de Lozère (Directeur de l'URSSAF de Mende, de la CPAM, de la CAF et de l'UIOSS) puis devient Directeur de la CCSS de la Lozère en 2009. Il est nommé Directeur de la caisse RSI Provence-Alpes en juillet 2010 puis Directeur de la Caisse RSI Rhône au 1^{er} décembre 2015. Dans le cadre du projet Trajectoire, depuis septembre 2016, il cumule ces fonctions avec celles de Directeur de la caisse des Alpes, de la caisse d'Auvergne et de Directeur du centre national du RCT.

Le hasard des parcours professionnels m'a conduit à diriger des caisses multi-branches : la Caisse Commune de Sécurité Sociale de la Lozère (CCSSL) et au sein du RSI.

C'est dans ce contexte que j'ai été amené à participer et à animer des conseils d'administration originaux, dans la mesure où ils débattent lors de leurs séances de questions relevant du domaine de la santé, du recouvrement, de la vieillesse ou de la famille.

Force est de constater que, rapidement ils finissent par jongler avec tous les concepts de la protection sociale avec le bon sens et l'intelligence du cœur des gens de terrain.

Et je voudrais témoigner par cet article que tant à la CCSSL qu'au RSI, la gouvernance d'un organisme multibranche est véritablement le lieu d'une démocratie sociale vivante et active (1).

Soulignons également le fait que cette approche plus transversale conduit à avoir une gestion plus centrée sur l'accompagnement de l'utilisateur (2), peut-être moins productive mais sans nul doute plus qualitative.

I- Les conseils multi-branches sont le lieu d'une démocratie sociale et active

I-1/ En interne

Tant en Lozère qu'au RSI, ces conseils « élus » pour le RSI et « nommés » pour la Lozère ont une identité forte. Les administrateurs font « corps » avec le terrain des indépendants ou celui d'une ruralité oubliée des grands centres urbains, ils représentent véritablement la population et sont donc à ce titre moins anonymes et plus impliqués.

Les débats, parce qu'ils couvrent l'ensemble des problématiques d'une population : santé, sociale et économique, s'adressent moins à des experts et sont plus proches de la réalité et de leur compréhension en tant que non initiés.

Les élus sont traités par les usagers comme de véritables relais de leurs difficultés à contacter l'organisme, ils sont identifiés par la population qui s'adresse à eux comme à leurs pairs, à charge pour eux de faire traiter leurs « dossiers » par les administratifs, experts, techniciens de la « sécu ».



Le maillage territorial en est ainsi facilité.

Le traitement de ces dossiers empêche une vision technocratique et bureaucratique. Ainsi, n' imaginez pas présenter des statistiques élogieuses lors d'un conseil si, parallèlement, vous n'avez pas traité les derniers dossiers remis par ces administrateurs.

Il s'agit donc pour un dirigeant de faire preuve de pédagogie et d'inclusion des réalités de ce terrain qu'ils représentent dans la politique sociale, économique et sanitaire définie et transmise par la caisse nationale.

Les orientations de cette politique de gestion sont éclairées par cette politique de proximité, les débats s'en trouvent enrichis et l'attention des gestionnaires de ces caisses est imprégnée de ces problématiques, et de la compréhension des événements par ces administrateurs qui reflètent les cultures non techniciennes de ces populations, rurales en Lozère, entrepreneuriales au sein du RSI.

Pour le dirigeant et ses collaborateurs, c'est bien d'une immersion dans la réalité du quotidien dont il s'agit.

L'écueil et la limite de l'exercice est bien évidemment le passe-droit ou le clientélisme auquel il est primordial de résister. L'art de cet équilibre entre ancrage dans la réalité et égalité de traitement des usagers est une des compétences attendues de ces agents de direction des organismes de Sécurité sociale.

I-2/ En externe

Conseils, CRA, CASS, commissions des usagers, commissions de lutte contre la fraude uniques vont amener ces administrateurs à intégrer la complexité de la politique sociale, économique et sanitaire, jusqu'à ce qu'ils en deviennent les défenseurs.

Très présents dans les différentes commissions institutionnelles auxquelles ils participent bien volontiers, ils vont défendre les valeurs de nos institutions face à des collectivités locales ou des services de l'État de plus en plus interventionnistes sur tous les champs de la protection sociale.

Auprès des médecins, des experts comptables, des conseils, des préfets, des CCI, des chambres de métiers et ordres professionnels, combien de fois ont-ils pu exprimer ce qu'un directeur d'un organisme de Sécurité sociale n'aurait pas pu se permettre ?

Très présents par ailleurs, de par leur mandat électif ou associatif, ils sont également une source d'information et d'association à des initiatives que nos organismes auraient pu ignorer.

Bien entendu, ce savoir-faire, cette connaissance ne s'acquiert qu'après quelques années de présence au sein de nos organismes et ne concerne que certains d'entre eux, les plus investis.

La compétence multibranche de ces administrateurs, comme des équipes de direction a par ailleurs un autre avantage qui s'exprime dans l'omniprésence sur tous

les sujets de ces organismes en face d'acteurs de collectivités locales également compétents sur tous les sujets de la sphère économique, sociale et sanitaire de la circonscription territoriale.

Autre spécificité dans la gouvernance du RSI, c'est le lien qui a été établi entre le national et les conseils régionaux.

Chaque caisse régionale désigne en son sein un ou deux administrateurs élus qui composaient le conseil national. Ce mode de désignation avait pour intérêt de créer un lien de proximité entre le terrain opérationnel et le décisionnel national.

Le retour d'expérience de directeur d'un organisme de Sécurité sociale multi-branche, permet de dire que l'élément constitutif de cette gouvernance originale est le guichet unique, cette approche populationnelle et non plus par risque a permis la constitution d'une gouvernance de qualité.

Le guichet unique conduit aussi à une approche plus qualitative de l'utilisateur.

II- Une approche plus qualitative de l'utilisateur induite par la gestion du guichet unique

II-1/ En terme de gestion des files d'attente

Très rapidement à la CCSSL comme au RSI la gestion d'un guichet unique conduit à mettre en place un niveau 1 polyvalent, un accueil commun où des agents sont formés à renseigner sur le recouvrement, la santé, la famille, les prestations vieillesse.

À la CCSSL, cet accueil de premier niveau conduit à gérer jusqu'à 40 % des demandes effectuées au guichet. L'utilisateur est adressé à un box de réception où il est reçu par un agent de la branche métier dont il relève pour les autres demandes.

Au RSI, là encore, la polyvalence métier s'impose, notamment avec la généralisation des rendez-vous mais également du fait de la spécialisation des métiers du *front office*.

Le mode rendez-vous permet à l'agent polyvalent de l'accueil de préparer le dossier avec son collègue technicien du *back office*.

Sa généralisation crée l'opportunité de développer un niveau supplémentaire de prise en charge où la réponse est encore assurée par un agent polyvalent de l'accueil. Le renseignement par l'expert métier du *back office* se raréfie et se fait, non à l'occasion d'un contact physique ou téléphonique, mais par le canal d'une réponse écrite.

Au-delà de cette prise en charge du renseignement par les agents polyvalents affectés à l'accueil de manière permanente, le guichet unique procure la satisfaction, pour le service public, de pouvoir fournir à l'utilisateur des renseignements de plus en plus nombreux sur les domaines de la santé, de la famille, de la retraite, du recouvrement en présence d'administratifs, d'assistantes sociales ou de personnel du service médical.

II-2/ La réception dans le cadre d'un guichet unique conduit à l'approche globale et populationnelle de la gestion des risques

Très concrètement, comment ne pas proposer à un travailleur indépendant en difficulté de



contacter son collègue de l'ASS qui est en mesure de prendre en charge un défaut de paiement ? Comment ne pas, à l'occasion d'une rencontre sur rendez-vous, proposer un bilan de santé dans le cadre de la mise en œuvre d'un parcours de prévention professionnelle ? Pourquoi ne pas profiter d'une campagne d'accompagnement des travailleurs en difficultés économiques et de réinsertion professionnelle pour un cotisant qui vient demander un échelonnement de cotisation suite à un problème de santé ?

Le guichet unique vous met face aux difficultés protéiformes que rencontre l'entrepreneur et empêche d'avoir une vision parcellaire et spécialisée de son dossier.

La rencontre avec cette réalité quotidienne incite au développement de parcours et à un accompagnement plus social et global de l'utilisateur au-delà de sa demande initiale.

C'est très spontanément, lorsque l'on est confronté aux difficultés globales d'une population, qu'on est amené à impulser des prises en charges plus complexes qui permettent de mieux envisager ces difficultés.

C'est une évidence que les incidents de parcours en entraînent d'autres et qu'un incident de santé peut générer une difficulté économique pour un travailleur indépendant notamment. Ce constat ne peut laisser indifférents les dirigeants de caisse de Sécurité sociale multi-branches comme les agents d'accueil. Des initiatives de terrain vont alors émerger pour prendre en charge globalement ces réalités quotidiennes.

Lorsque l'on s'intéresse à la prise en charge globale et à l'accompagnement des usagers ou des travailleurs indépendants, on se rend compte également de la richesse des données d'une caisse multibranches. Ces informations statistiques sur la population peuvent alimenter la création d'un observatoire sanitaire et social qui permet d'agir en amont sur les besoins d'une population spécifique et fragile.

Malheureusement pour le RSI, empêtré dans les difficultés de l'ISU, cet aspect n'a pas pu être suffisamment exploité.

Quant à la Lozère, l'intérêt de cette expérimentation a cédé rapidement le pas à une vision plus gestionnaire et centrée sur l'expertise métier des branches du régime général.

Il arrivera bien un jour où la richesse de cette approche transversale sera gérée de manière complémentaire à une approche plus opérationnelle de la gestion des risques de la Sécurité sociale et de la solidarité nationale.

On peut espérer que les difficultés de gestion quotidiennes des caisses de Sécurité sociale pour faire face à l'accroissement des charges de travail, dû notamment à la raréfaction du personnel et à l'insuffisance des outils de gestion, cèdent le pas, peu à peu, à une approche plus solidaire et qualitative de la gestion des régimes.

Parcours attentionnés, démarche de recherche des droits non ouverts, accompagnement des personnes fragilisées ou entrepreneurs en difficultés sont les signes de la prise en compte de cette évolution dont le guichet unique est la formule la plus aboutie.

D

LA GOUVERNANCE À L'ÉCHELLE LOCALE

sortir de la zone d'ombre, plus en particulier, il paraît être...
 précisément, il s'agit de la participation de la petite entreprise, de ses compétences et savoirs qui...
 Car il peut revenir à l'État, ici au moins deux choses : les enfants (pour leur soutien) et le travail ? la participation, en gros, par les entreprises (internelle) a-t-elle ses limites ? de la question posée (à l'État) finance-t-on les entreprises ? se-t-on des prestations ? à l'État un tel sujet s'adresse-t-il, d'observations, de données d'abondance que l'État, comme d'investigation ? C'est peu dire que l'État doit être toujours convaincu par multiples rapports à

Les contrats pluriannuels de gestion : vingt ans après

Par Philippe Renard, Directeur de la caisse nationale déléguée pour la Sécurité sociale des travailleurs indépendants

L'ordonnance n° 96-344 du 24 avril 1996 portant diverses mesures relatives à l'organisation de la Sécurité sociale a profondément modifié le fonctionnement de notre institution. Parmi les mesures phares, l'apparition des conventions d'objectifs et de gestion (COG) et la mise en place de contrats pluriannuels de gestion (CPG).

Dès 1997, les premières COG ont été signées et les premiers CPG élaborés. Les dispositifs issus des ordonnances ne sont pas pour autant arrivés sans que des évolutions marquantes les aient précédés.

Nous examinerons, en premier lieu, les démarches et autres expérimentations développées au début des années 1990 qui ont fortement marqué la gestion des différentes branches. Nous verrons en quoi la loi du 25 juillet 1994 est importante et marque elle aussi une phase notable des évolutions dans la gouvernance de la Sécurité sociale.

Dans un deuxième temps, nous esquisserons un bilan à l'aune des sixièmes générations de COG. Nous étudierons ainsi comment les CPG ont profondément fait évoluer le pilotage interne des organismes notamment par l'importance donnée aux indicateurs.

Enfin, nous dresserons quelques pistes d'améliorations de la procédure contractuelle pour en faire de véritables outils de pilotage et de management des organisations.

La Sécurité sociale a toujours été méconnue. Alors qu'elle est le ciment de notre société, sa gouvernance, son fonctionnement ne sont pas connus du grand public. Plus étonnant, la majorité des élus ne savent pas quelle est l'organisation de la Sécurité sociale ou son fonctionnement. Une étude menée pour l'UCANSS par Séance publique en 2012 révèle, en effet, que les COG sont plutôt connues des élus mais qu'en revanche, leur efficacité en tant qu'outil de gestion est moyennement perçue.

Et pourtant, dans les années 1990, nous sommes légitimes à penser que, au regard des autres organisations publiques ou para publiques, les organismes de Sécurité sociale représentent un modèle de gestion que certains nous envient.

Les ordonnances de 1996 vont confirmer et conforter ce constat.

I- Des modalités de gouvernance des organismes de Sécurité sociale qui annonçaient les ordonnances de 1996

I-1/ Première avancée notable : la pluri annualité budgétaire (PAB)

Dès le début des années 1990, la CNAF avec l'accord des tutelles met en place une approche triennale des budgets. Les CAF connaissent leurs orientations budgétaires sur trois années



évitant ainsi le « stop and go » lié à l'annualisation budgétaire. La garantie de disposer d'une assurance sur les budgets conduit à développer des politiques à moyen terme plus pertinentes. Elles confortent les gestionnaires dans la mise en place de projets qui dépassent le plus souvent l'annuité budgétaire.

Accompagnées de souplesse comme le report de crédits, ces évolutions vont considérablement changer la culture de gestion. L'idée première déjà à l'époque consiste à se focaliser davantage sur les politiques publiques à mettre en œuvre que sur la négociation des budgets qui revenait tous les ans. En effet, les réunions avec la caisse nationale portaient principalement sur les questions budgétaires au détriment du métier. Le système se voulait aussi plus transparent : des règles identiques pour tout le monde, la détermination d'enveloppes à partir des coûts et du positionnement de chaque organisme dans le réseau (notion de crédit de référence) et objectif affiché de réduction des écarts de coûts entre les organismes.

Très vite, cette approche avec quelques différences pratiques est généralisée dans les branches du régime général.

En ce début des années 1990, d'autres marges de manœuvres apparaissent comme notamment, le fait d'encadrer les fonds de gestion administratifs (FNGA) autour des grandes composantes : masse salariale, autres dépenses de fonctionnement, investissement. La disparition de l'encadrement des effectifs au profit d'un encadrement plus serré de la masse salariale donnait une souplesse supplémentaire aux gestionnaires des branches. Bien évidemment, un suivi *a posteriori* des effectifs était réalisé mais pas *a priori*.

Avec la question de la compensation en équivalents temps pleins des 35 heures, très vite l'encadrement *a posteriori* des effectifs a fait sa réapparition pour arriver aujourd'hui à un suivi mensuel des équivalent temps plein en moyenne annuelle (ETPMA) pour les CDI et une enveloppe en mois pour les CDD à ne pas dépasser.

La dynamique créée avec la PAB, le transfert de l'approbation budgétaire aux caisses nationales dans le cadre de la loi n° 94-637 du 25 juillet 1994 a permis aux organismes de mener des projets innovants (souvent les crédits économisés servaient pour rénover les accueils, acheter des mobiliers de bureaux, des matériels informatiques), bref, faire des organismes sociaux des organismes qui s'adaptent aux attentes de leurs usagers au même rythme que d'autres grands opérateurs para publics ou privés. Le corollaire de cette souplesse de gestion laissée au plan local est le renforcement des pouvoirs des caisses nationales sur les caisses locales. À cet égard, la loi précisait : « *qu'en cas de carence, l'organisme national peut se substituer à l'organisme de base et ordonner la mise en application des mesures qu'il estime nécessaires pour rétablir la situation de cet organisme* ».

L'article 23 de la loi renforce également le pouvoir des caisses nationales et de l'ACOSS dans le domaine de l'informatique : « Elles établissent et mettent en œuvre des schémas directeurs informatiques en vue d'assurer *une coordination au sein des branches qu'elles gèrent ...* ». Elles contrôlent la compatibilité de l'informatique locale avec les schémas directeurs nationaux.

I-2/ La valeur ajoutée d'organismes privés chargés de la gestion d'une mission de service public

À cette époque, les modalités de gestion des organismes de Sécurité sociale par rapport aux services déconcentrés de l'État pouvaient être qualifiées de beaucoup plus modernes et responsabilisantes pour les opérateurs de terrain. Les différentes interventions que nous avons pu effectuer auprès des directeurs locaux des services déconcentrés de Bercy montraient à l'évidence une gestion où les marges de manœuvres au niveau local étaient des plus restreintes sans que les déclinaisons des politiques publiques sur le terrain soient plus efficaces.

Mais c'est surtout sur le plan des ressources humaines et de la gestion budgétaire que les différences étaient les plus marquées. L'organisation de la Sécurité sociale construite sur la base d'organismes privés chargés de la gestion d'une mission de service public apportait une vraie valeur ajoutée.

Les pouvoirs propres aux directeurs précisés par le « célèbre » décret du 12 mai 1960 ne sont pas étrangers à une culture profonde commune aux Directeurs de considérer qu'ils sont bien les « patrons » de leur organisme (en se vivant quelquefois en marge de l'intérêt collectif des politiques de branches).

Les démarches pluriannuelles de la décennie 1990 comportaient néanmoins une limite importante. Les objectifs métiers n'étaient pas clairement identifiés et n'étaient pas négociés entre l'État et les Branches dans un cadre formalisé et pluriannuel. L'intervention de l'État se limitait principalement à l'élaboration des textes légaux et réglementaires et le suivi de leur mise en place. Le principal inconvénient provenait d'une séparation nette entre, d'une part, les objectifs à atteindre, et d'autre part, les moyens obtenus auprès de la Tutelle sans vision stratégique d'ensemble.

Afin de répondre à ces manques, des initiatives anticipatrices des futurs CPG ont été développées dans toutes les branches par les caisses nationales au sein de leurs réseaux : Contrats Pluriannuels d'Actions Concertées (COPAC) dans la branche Maladie, expérimentations de contractualisations objectifs/moyens avec certaines Urssaf dès 1994....

I-3/ Les ordonnances du 24 avril 1996 relatives à l'organisation de la Sécurité sociale : un tournant majeur qui place la Sécurité sociale comme précurseur dans l'action de l'État en vue de moderniser la fonction publique

Dans la poursuite des évolutions constatées précédemment, la mise en place des contrats pluriannuels de gestion (CPG) s'est effectuée rapidement dès que la première génération de COG a été signée entre les caisses nationales et l'État (1997 ou 1998 selon les branches). Une grande majorité des acteurs directement concernés s'est vite approprié la réforme (à l'exception de certaines composantes des partenaires sociaux).

Comme le soulignait Xavier Prétôt dès 1996 dans le recueil Dalloz : « *Le recours au procédé contractuel peut s'autoriser de solides raisons. Il préserve, apparemment au moins, l'autonomie de chacune des deux parties. Il leur ouvre, par ailleurs, une incontestable souplesse quant à la définition des objectifs poursuivis et des moyens dégagés à cette fin* ». Il ajoute ensuite :



« Quant aux contrats pluriannuels de gestion, le contenu en est laissé à l'appréciation des parties, dès lors que l'accord tend à la mise en œuvre des COG. Seule l'expérience donnera l'exacte mesure des dispositions ainsi édictées ».

II- Quel bilan à l'aune des sixièmes générations de COG ?

Plus de vingt ans après, et au moment où les sixièmes générations de COG vont être négociées et donc déclinées en CPG, quel bilan pouvons-nous proposer ?

II-1/ Le lien entre la caisse nationale et son réseau

Un premier constat s'impose : l'existence d'un lien étroit entre la manière dont la caisse nationale gère son réseau et le mode d'élaboration des CPG. Ce constat était d'autant plus fort que nous étions dans la phase de mise en place des premiers contrats. La nature des relations entre la caisse nationale et les organismes locaux va donner lieu à des mises en œuvre différenciées. La taille des réseaux va jouer, l'approche contractuelle étant par essence différente dans un réseau d'une vingtaine d'organismes ou dans des réseaux à plus de 100 caisses.

L'effet de la taille du réseau n'est pas la seule composante. La capacité de la caisse nationale à organiser une approche objectifs/moyens transversale en son sein est un déterminant majeur afin de faire de la négociation du CPG avec chacune des caisses locales une vraie approche pluridisciplinaire. Or, le fonctionnement en « silo » plus ou moins prononcé des établissements publics n'a pas toujours facilité l'exercice.

Quoi qu'il en soit, comme le soulignait Rolande Ruellan à l'occasion du deuxième forum COG organisé par la Direction de la Sécurité sociale en 2007, la délégation de gestion et donc le fait que l'État ne gère pas en direct cette mission de service public est une des grandes chances de la Sécurité sociale.

En même temps, le renforcement du pouvoir des caisses nationales a permis de donner de la cohérence au système, ce qui reste par exemple encore difficile dans le monde hospitalier même si depuis 2009, la création des Agences Régionales de Santé (ARS) facilite cette mise en cohérence.

Les CPG sont donc les vecteurs de cette délégation via les COG. Ils ont incontestablement renforcé la dynamique de progrès des organismes locaux. Mais la contractualisation apparaît aussi comme un exercice de tutelle par les caisses nationales sans différenciation entre les organismes ; ce qui ne permet pas de prendre en compte les trajectoires propres à chacun d'entre eux ni les réalités des territoires. Pour les directeurs locaux, le CPG a perdu, en partie, le sens du pilotage d'un organisme qui se révèle plus que jamais nécessaire pour mobiliser les collaborateurs.

II-2/ Les risques d'une gestion à l'indicateur

Les limites sont apparues au fil de la construction des différentes générations. Les CPG sont trop souvent des catalogues d'objectifs, mal reliés entre eux par des visions stratégiques. La question des indicateurs est devenue centrale. Pas assez exigeants car pratiquement déjà atteints ou mal construits et entraînant des effets non recherchés ; trop nombreux, ou pas suffisamment tournés vers la mesure des impacts. À chaque génération de COG, le travail pour améliorer leur efficacité est dense dans chaque réseau. Le développement des outils informatiques a également facilité l'élaboration de tableaux de bord tant au plan local que national sans quelquefois s'arrêter sur l'essentiel. « La politique de l'indicateur » domine trop largement au détriment de l'effet recherché. Si nous considérons que les outils mis en place après les années 2000 ne doivent pas être remis en cause (évaluation des directeurs, intéressement...) force est de constater que les directeurs peuvent se trouver en situation de privilégier l'atteinte du résultat attendu pour tel ou tel indicateur plutôt que l'efficacité d'une politique. Dans un certain nombre de cas, les indicateurs peuvent aussi être contradictoires entre eux. À cet égard, le domaine du contrôle en URSSAF peut fournir des exemples illustratifs de ces contradictions.

Bien évidemment, la démarche objectifs/résultats suppose la mise en place d'indicateurs fiables et pertinents que nous ne saurions remettre en cause. Nous alertons simplement sur un risque de dérive qui consiste à privilégier le pilotage des indicateurs les plus sensibles au regard des résultats attendus et au détriment d'une action plus globale fondée sur le sens des objectifs à atteindre et les valeurs à porter.

Ce point est d'autant plus important que les CPG ne sont évalués le plus souvent qu'à partir d'indicateurs remontés aux caisses nationales qui prennent insuffisamment en compte des aspects plus qualitatifs. Certaines méthodes permettent de limiter ces biais, nous proposons de les aborder dans une troisième partie.

Si des effets négatifs sont apparus, il n'en demeure pas moins que les CPG ont permis de donner de la cohérence aux politiques de Branche. Ils ont accentué la prise en compte de l'intérêt général par chaque caisse d'un réseau. Ils ont évité des positions contradictoires entre les organismes et contribué à maîtriser les dépenses de gestion administrative. Les COG et les CPG sont d'excellents outils de gestion d'un réseau pour les caisses nationales.

Nous avons rappelé que les gestionnaires des caisses ont très vite perçu la plus value d'une lisibilité à quatre ans tant sur les objectifs poursuivis que sur les ressources à y consacrer.

L'exemple des organismes qui n'étaient pas rentrés dans le champ des ordonnances de 1996 est à cet égard édifiant. En 2005, l'UCANSS fonctionnait encore avec des plans de travail annuels associés à un budget qui devait être renégocié tous les ans. Les conséquences immédiates se traduisaient par un manque de cohérence dans les actions menées, un manque d'anticipation sur les politiques à conduire, une gestion budgétaire défailante, et d'une manière générale un travail de prospective et de conduite de projet pratiquement inexistant. En interne, la périodicité annuelle est vide de sens pour les équipes qui ont besoin de se projeter sur des projets de moyen/long terme. La mise en place d'une COG à partir de 2009 a considérablement contribué à renforcer la place de cet organisme au sein du Régime général et a accru son professionnalisme. On pourrait aussi citer comme exemple, l'EN3S.



La question est donc de savoir maintenant quelles sont les évolutions et préconisations que nous pourrions recommander pour améliorer le dispositif actuel afin d'éviter les limites décrites précédemment et les adapter au contexte actuel. Afin de préserver l'efficacité du modèle de gestion de la Sécurité sociale, nous devons absolument préserver le modèle de gouvernance mis en place en 1996. Un retour de plus de vingt ans en arrière semble inimaginable, même si depuis quelques années on entend des critiques sur les engagements de l'État à quatre ans, sources de rigidité au regard des moyens accordés.

Pour autant, au plan local, le CPG tel qu'il se présente aujourd'hui n'est pas suffisant pour faire sens et ne permet pas d'être un outil de pilotage global de l'organisme, alors qu'à l'origine cette ambition existait.

Nous pourrions faire le parallèle avec la mission récente de Pierre Mayeur sur les conventions d'objectifs et de gestion qui dresse, notamment, les constats suivants : des COG souvent bavardes et technocratiques et du coup peu stratégiques, une pluri annualité imparfaite et écornée, une dimension budgétaire qui tend à devenir prépondérante. Elles se présentent souvent sous la forme d'un catalogue d'actions pas suffisamment priorisées donnant beaucoup d'importance aux projets mais finalement assez peu au métier.

Dans ces conditions pour (re)devenir un réel outil de pilotage en local, le CPG devrait notablement s'enrichir de plusieurs composantes.

III- Quelques pistes de réflexion pour améliorer le dispositif actuel

En premier lieu, il s'agirait de renforcer les dimensions liées aux territoires locaux. Quelles que soient les Branches, les organismes doivent certes mettre en œuvre des politiques nationales mais ils doivent le faire avec les partenaires locaux. Cette dimension n'est pas toujours appréciée à sa juste valeur par les caisses nationales. Souvent, nouer des relations partenariales riches accentue l'efficacité des politiques publiques sur le terrain. Les exemples sont nombreux, évident pour les CAF et les CPAM, ils sont tout aussi essentiels dans les URSSAF que cela soit avec la DIRECCTE dans le cadre de la lutte contre le travail dissimulé ou avec l'ordre régional des experts comptables. Bien souvent, des avancées sont possibles localement alors que les échelons nationaux, plus politiques, sont réticents.

Enfin, toujours au regard de l'efficacité des politiques publiques, l'organisme sur son territoire a par essence une approche plus transversale alors que trop souvent les caisses nationales raisonnent plus en silo. Nous avons toujours en tête – à titre d'illustration – les inondations de 2016.

Deux régions étaient particulièrement concernées, la région Centre / Val-de-Loire et l'Île-de-France. Très vite, l'ACOSS décide de mettre en place un numéro de téléphone commun aux deux régions pour que les entreprises touchées par ces inondations puissent accéder directement aux services des deux URSSAF concernées.

De son côté, à l'instar de la gestion des attentats, le Préfet de Région sollicite l'URSSAF IDF pour mettre en place un numéro unique adossé à un point d'entrée commun, permettant aux entreprises installées en Ile-de-France de contacter en même temps tous les services publics concernés (URSSAF, DIRECCTE, DRFIP, Pôle Emploi, BPI...). Du point de vue de l'efficacité de l'action publique, le choix est rapidement fait.

Chaque CPG devrait donc comporter systématiquement une partie consacrée à l'analyse des partenariats locaux et de leurs développements dans le cadre d'un plan pluriannuel. Une évaluation annuelle serait à réaliser. Ce point pourrait être intégré dans les objectifs personnels du directeur, voire faire partie d'une évaluation à 360 degrés.

En deuxième lieu, l'aspect des ressources humaines n'est pas vu dans toutes ses composantes. Nous ne reviendrons pas sur les schémas directeurs des ressources humaines qui se déclinent comme des annexes des COG quelquefois avec plusieurs mois de retard.

Dans nos organisations, il convient de rappeler que notre richesse première, ce sont bien les salariés de nos caisses. Le renouvellement des générations change profondément la donne managériale. Beaucoup a été dit et écrit sur ces questions. Mais force est de constater que nous sommes relativement démunis pour adapter nos modes managériaux dans un contexte de contraintes de plus en plus fortes tant au niveau des résultats attendus que de la diminution des effectifs. Là encore, le CPG devrait partir d'un diagnostic des forces et faiblesses au niveau local. Dans ce domaine, les indicateurs traditionnels sont insuffisants. En complément, une analyse qualitative devrait être apportée et discutée avec l'échelon national, d'autant que certaines composantes sont liées à des contextes locaux. Par exemple, le recrutement en Ile-de-France n'obéit pas aux mêmes règles que dans des régions moins urbanisées.

Le *turn over*, notamment pour certains métiers, reste un facteur de perte d'efficacité et donc de performance. L'exemple des téléconseillers illustre parfaitement cette situation. La problématique en région parisienne est identique à toutes les branches mais pour autant il n'y a pas de mise en commun au niveau de la région. Les comparaisons se font uniquement au niveau de chaque branche et donc à l'intérieur de chacun des réseaux. Dans ce cas précis, une approche interbranche serait certainement plus pertinente pour trouver des solutions adaptées.

La question des temps de transport est prééminente, celle du travail à distance s'en trouve accentuée, autant de caractéristiques peu analysées dans les parties RH des CPG. L'optimisation des temps de transport des inspecteurs du recouvrement pour se rendre sur les lieux de contrôle est un exercice intéressant comportant une dimension RH importante qui n'est jamais abordée au regard des situations de terrain.

La réduction des effectifs au-delà d'un nombre ou d'un taux est un exercice complexe à mettre en œuvre afin de tenir compte, d'une part, de la nature des départs observés dans la caisse, d'autre part, des besoins en fonction du développement des métiers à un horizon de 5/10 ans.

Le troisième facteur qui pourrait être davantage intégré concerne l'innovation. Nous pensons que l'innovation vient principalement du terrain. Le contact direct avec



l'usager est source d'adaptation tant pour les organisations que pour faire évoluer certaines pratiques. Au sein des organismes de Sécurité sociale, les exemples sont nombreux et variés. Il convient de préserver, développer et encourager ces pratiques.

Nous considérons que l'innovation doit se faire dans un cadre expérimental afin d'en faire systématiquement un bilan tant quantitatif que qualitatif. L'innovation est source de motivation voire de fierté pour les salariés de l'organisme. Elle concerne par essence de nombreux domaines : le développement d'outils, la mise en place de pratiques RH, tout ce qui concerne le service aux usagers, la gestion du risque, les partenariats évoqués précédemment... Bref, les domaines sont vastes. Le CPG est l'outil adapté pour s'assurer que l'innovation s'inscrit bien dans une politique de branche, que les conditions de l'expérimentation sont remplies (évaluation, déploiement éventuel, compatibilité technique, financement dédié si nécessaire).

L'innovation place l'organisme dans une position de force de proposition au service de la caisse nationale et de la branche plus globalement (ou des partenaires locaux). Faire de l'organisme local une force de proposition lors de l'élaboration du CPG permet d'arriver à un exercice moins top /down et plus qualitatif et certainement plus motivant pour les collaborateurs.

Enfin, nous reviendrons rapidement sur un point essentiel des CPG à savoir les aspects budgétaires qui seront abordés d'un point de vue des finances publiques. Le montant des dépenses de gestion de la Sécurité sociale est faible au regard des masses gérées et des enjeux que représente la Sécurité sociale dans la société française (13 milliards d'euros, 3,4 % des sommes gérées, chiffres en diminution depuis plusieurs années). Il n'en demeure pas moins qu'en tant qu'opérateur public, les gains de productivité sont réels (pour l'essentiel liés à la dématérialisation) et les économies de gestion indispensables.

Deux questions se posent aujourd'hui : selon quel rythme ces gains doivent-ils se faire ? Quelles règles de gestion dans les CPG en déclinaison des COG ?

La réponse à la première question n'est pas uniforme ; elle dépend là encore des branches, des contextes nationaux et locaux. La réduction des écarts de coûts entre les organismes a marqué les CPG de plusieurs générations et a contribué à faire des économies avec un rythme soutenu.

En fonction de la taille, de l'historique, de la profondeur de la réduction des effectifs, certains organismes sont, aujourd'hui, dans des situations délicates. Le transfert de la charge de travail au sein d'un réseau peut à moyen terme répondre à la situation de ces organismes. En revanche, cela ne règle pas la question plus globale qui est celle qui consiste à analyser à partir de quel seuil les économies trop soutenues mettent en cause le travail même des caisses dans certains domaines ou vis-à-vis de certaines catégories d'usagers. Nous considérons qu'aujourd'hui ce seuil peut être atteint.

S'agissant des règles budgétaires, nous souhaitons une simplification qui consisterait à revenir aux problématiques financières dans un cadre budgétaire épuré. Trois taux directeurs sont suffisants pour la maîtrise des finances publiques : l'investissement, les autres dépenses de fonctionnement, la masse salariale (reconductible et non reconductible).

La contrainte en ETP qui comme nous l'avons évoquée précédemment est réapparue avec la mise en place des 35 heures n'apporte rien s'agissant de la maîtrise des dépenses publiques. La liberté ensuite pour chaque branche, voire chaque organisme, de gérer le niveau et le nombre de ses emplois représenterait une souplesse de gestion sans remettre en cause les équilibres financiers. De même, le suivi en mois des contrats à durée déterminée dans certaines branches n'apporte pas la souplesse souhaitée au regard de la fluctuation de la charge de travail. Sur le plan purement budgétaire, le seul élément à suivre est l'enveloppe globale de masse salariale à ne pas dépasser et une gestion plus pointue des effets reports pour éviter tout effet de « cavalerie ». Nous irons même jusqu'à préconiser un possible arbitrage emploi/mesures salariales non automatiques dans un cadre défini (fourchette minimum et maximum de RMPP) en fonction des politiques de l'emploi. Ce type de dispositif permettrait, à tout le moins, aux organismes qui mettent la priorité sur la diminution des effectifs de proposer une politique salariale plus dynamique (hors valeur du point).

Dans l'idéal, la négociation du CPG avec la caisse nationale pourrait fixer le cadre budgétaire de l'organisme à partir d'un diagnostic partagé et d'une politique à développer en matière d'emploi et en matière de politique salariale.

Nous considérons que le CPG est l'élément le plus structurant de la relation entre les organismes et la caisse nationale. Chaque CPG doit contribuer à l'atteinte des objectifs négociés au niveau des COG.

Les modalités d'élaboration des CPG sont aussi directement liées à la gestion des réseaux par les caisses nationales. Il convient de rappeler qu'un benchmark réalisé dix ans après la mise en place des COG montrait qu'au dessus d'une trentaine d'organismes dans un réseau, une gestion adaptée à chaque organisme devenait difficile. Autrement dit, certaines caisses nationales auraient plus de facilité que d'autres à utiliser les CPG comme de véritables outils de gestion englobant des aspects plus qualitatifs et notamment ceux rapidement énoncés précédemment : caractéristiques du territoire, développement des partenariats, développement des expérimentations dans le cadre de projets innovants, meilleure prise en compte de la trajectoire de chaque organisme...

Comme nous l'indiquons, la gestion d'un réseau au travers des CPG, qui ne se limiterait pas aux seuls tableaux de bord des indicateurs, demanderait la mise en place d'une organisation transversale susceptible de conduire annuellement un véritable dialogue de gestion pluridisciplinaire avec chacun des organismes de son réseau. Les freins constatés sont bien la capacité de toutes les directions de l'établissement public à rentrer dans le dispositif.

À cet égard la mise en place d'une approche transversale au sein de la branche du recouvrement a été perçue positivement par les organismes.

Plus de vingt ans après, en rappelant le caractère indispensable des Contrats pluriannuels de gestion, nous formulons l'hypothèse qu'ils sont plus que jamais un outil moderne de gestion tant à l'échelon national en lien étroit avec la gestion des réseaux, qu'au plan local. Ils parti-



cipent grandement à la qualité des relations entre les échelons locaux et l'échelon national.

Autrement dit, le CPG ne doit pas être uniquement la déclinaison directe de la COG mais doit faire le compromis entre les impératifs de l'échelon national et les situations locales de terrain. Imaginer qu'un réseau se compose d'organismes identiques est une erreur qui a trouvé ses limites dans les services déconcentrés de l'État à la fin des années 1990. De plus, cette approche ne garantit pas une meilleure équité du service aux usagers de la Sécurité sociale qu'une approche prenant davantage en compte les caractéristiques de chaque entité. Par ailleurs, il faut accepter que dans le cadre d'expérimentations des services supplémentaires ou différents sur des aspects marginaux soient proposés aux usagers d'une région, si bien entendu *in fine* le service public de la Sécurité sociale en profite à terme.

Au plan local, quand les CPG ont pris la forme d'un exercice descendant imposé qui plus est, bâti principalement sur des indicateurs et sur le rendu des effectifs, les directions ont utilisé en complément d'autres outils de pilotage en vue notamment de donner du sens et de la cohérence aux politiques menées. Nos salariés sont certes très attachés à leurs missions mais des éléments de motivation doivent être apportés très concrètement sur des aspects pratiques, proches de leur environnement de travail.

Les feuilles de routes ou autres projets d'entreprises ont souvent pris le relais en interne des CPG car ils sont par nature plus participatifs et englobent toutes les facettes du pilotage d'un organisme.

Comme évoqué dans cet article, il serait souhaitable d'évoluer vers un CPG riche qualitativement laissant à l'échelon local des marges de manœuvres formalisées et contractualisées avec le niveau national. Un CPG qui serait construit de part et d'autre dans le cadre d'échanges approfondis et entretenus par un dialogue de gestion. L'exercice ne paraît pas irréalisable. Il suppose une vraie vision de gestion des réseaux par les caisses nationales selon un modèle un peu en marge des schémas traditionnels de l'appareil public.

Le dialogue apporte la confiance et permet à chaque caisse locale du réseau de prendre une part plus grande dans l'évolution de sa branche. En parallèle, en interne un CPG véritablement construit avec la caisse nationale à partir d'un dialogue approfondi permet de mieux comprendre les contraintes nationales et donc de les accepter.

Utopie ou volonté d'y parvenir ? Pour nous la réponse est claire. Ces évolutions seront garantes de notre modernité et de notre efficacité de gestion.

Caisses d'allocations familiales et Métropoles : une nouvelle donne pour la gouvernance des politiques sociales

Par Philippe Simonnot, *Directeur de la CAF du Rhône*



Le mouvement de décentralisation engagé à partir des années 1980 a conduit les collectivités locales à s'emparer largement des politiques sociales de proximité. Dotées de compétences propres et d'un pouvoir de décision autonome, elles sont devenues des acteurs publics majeurs de la vie locale. Bénéficiant du principe de libre administration garanti par l'article 72 de la Constitution, elles disposent d'une capacité d'action renforcée, même si l'exercice de cette liberté doit s'accommoder des contraintes définies par l'État au titre de sa contribution au budget des collectivités¹.

Les récentes réformes de l'organisation décentralisée de la République ont voulu donner une impulsion nouvelle à l'action publique : regroupement territorial des régions et renforcement de leurs attributions, recentrage des compétences des départements sur la solidarité, développement de l'intercommunalité et création d'un nouveau statut pour les métropoles. Au titre de la période 2003-2016, de nombreux textes de loi ont été adoptés pour réformer l'organisation décentralisée de la République.

La création de la métropole de Lyon procède d'une démarche spécifique. Dotée d'un statut particulier, elle est la seule des métropoles à intégrer dès sa création l'ensemble des compétences de l'ancienne communauté urbaine et de l'ancien conseil général.

L'assemblage des politiques publiques entre ses mains lui donne une capacité d'action élargie. Au titre de la gouvernance des politiques sociales de proximité, elle associe pleinement la caisse d'allocations familiales dans le cadre de ses missions de service public.

¹ L'État est aujourd'hui le premier contributeur au budget des collectivités territoriales : les concours financiers de l'État en faveur des collectivités territoriales représentaient en 2015 un montant de 55,9 Mds d'euros. Parmi ces contributions, la dotation globale de fonctionnement de 36,6 Mds d'euros est répartie entre les communes (40 %), les départements (29 %), les EPCI (18 %) et les régions (13 %). L'État assure la collecte des impôts locaux et joue un rôle de péréquation budgétaire pour pallier l'inégalité des ressources locales (cf. le rapport de l'Observatoire des finances locales relatif à l'état des lieux des finances des collectivités locales en 2015).



I- Le temps des métropoles

Les métropoles représentent 25 millions d'habitants et concentrent la moitié du produit intérieur brut. L'idée de renforcer les métropoles n'est pas sans éveiller des craintes. Certains y voient un risque d'accroissement du décrochage des territoires : d'un côté, un monde urbain captant les ressources économiques du pays et de l'autre, un espace rural condamné à être un désert économique, un désert culturel, un désert médical voire un désert numérique. D'autres au contraire soulignent que les richesses produites au sein des grands pôles urbains ne manquent pas de profiter aux territoires périphériques et qu'à défaut, ceux-ci seraient plus appauvris². L'essor de l'ère numérique accentue cette analyse dès lors que les échanges et le commerce peuvent s'affranchir des frontières géographiques.

Le législateur a tranché ce débat en affirmant les métropoles au cœur de la réforme territoriale. L'objectif est de renforcer les territoires de la République pour œuvrer au redressement économique. Les années 2008 marquées par la crise des subprimes sont encore dans les esprits, avec leur impact sur le nombre de personnes privées d'un emploi et son corollaire au titre des bénéficiaires de minima sociaux. Les décideurs publics ont intégré que le réveil économique espéré passe par l'investissement dans les infrastructures, et que c'est bien l'une des vocations, à côté de l'État, des métropoles. Celles-ci concentrent des fonctions économiques mais aussi la compétence sur les réseaux de transport, le développement des ressources universitaires et de recherche, et soutiennent l'innovation pour mieux préparer l'avenir. La réforme territoriale est aussi l'occasion d'optimiser l'organisation de l'action publique dans un contexte de baisse des dépenses publiques.

I-1/ Un succès inattendu du désir de métropole

Indépendamment de la métropole du Grand Paris³, de la métropole de Lyon et de la métropole d'Aix-Marseille-Provence dotées d'un statut particulier, la nouvelle carte de France devait comprendre au départ dix nouvelles métropoles : Rennes, Bordeaux, Toulouse, Nantes, Brest, Lille, Rouen, Grenoble, Strasbourg et Montpellier.

Conçue à l'origine pour donner aux très grandes villes une cohérence territoriale et une visibilité sur le plan européen, l'affirmation des métropoles a suscité un réel engouement incitant les élus des grandes villes à s'y intéresser. La métropole du Grand Nancy a ouvert la voie ; les agglomérations de Dijon, Orléans, Saint-Etienne, Toulon, Clermont-Ferrand, Metz et Tours se sont mises sur les rangs, désireuses d'accéder à un statut désormais convoité par la plupart des maires de grandes villes. La loi du 28 février 2017 relative au statut de Paris a été mise à profit pour apporter les ajustements souhaités.

2 Cf. la chronique de Julien Damon, professeur associé à Sciences Po, « La métropole, une phobie française », publiée au journal Les Echos, 29 mars 2017

3 La ville de Paris était déjà à la fois une commune et un département, tous deux administrés par les mêmes organes de gouvernance, la maire de Paris étant aussi présidente du conseil départemental. La loi n° 2017-257 du 28 février 2017 relative au statut de Paris et à l'aménagement métropolitain a créé une collectivité à statut particulier dénommée « Ville de Paris » en lieu et place de la commune et du département de Paris.



Les atouts du modèle lyonnais sont à rechercher dans la capacité à agir sur plusieurs fronts et à mieux articuler les politiques publiques entre elles. C'est l'ambition du rapprochement de « l'humain et de l'urbain » selon la définition de Gérard Collomb, à l'époque, sénateur-maire de Lyon. Le développement économique est regroupé avec la politique de l'emploi et la politique de l'insertion ; le dispositif de soutien aux entreprises se déploie avec l'objectif d'insertion des personnes éloignées de l'emploi. La politique de l'habitat n'est pas dissociée de la politique du logement ; dans le cadre de la politique d'urbanisme qu'elle porte, la métropole dispose des meilleurs leviers pour corriger dans la durée l'implantation du logement social. Cette architecture donne une puissance d'action plus vigoureuse pour renforcer les solidarités et les coopérations intercommunales.

II- La soutenabilité des dépenses sociales

Depuis la décentralisation du RMI en 2004, la courbe des dépenses sociales a pris une allure inquiétante pour les présidents des assemblées départementales au point que plusieurs d'entre eux ont plaidé pour rendre à l'État la gestion du RSA. En 2016, les départements ont versé 36,8 milliards d'euros de dépenses sociales. La part des dépenses d'action sociale dans le budget de fonc-

tionnement des départements est en moyenne de 64%⁵. Si les départements ont bénéficié d'une embellie des droits de mutation, ils ont subi une baisse de la dotation globale de fonctionnement versée par l'État. Les départements sont donc confrontés à un effet ciseau entraînant une dégradation de leur capacité d'autofinancement⁶. L'inquiétude persiste d'autant plus que le défi de la dépendance est encore devant nous.

Pour la nouvelle métropole de Lyon, si la dépense sociale reste forte en valeur absolue, elle ne représente « que » 31,3 % des dépenses de fonctionnement dans le budget de la collectivité territoriale. La soutenabilité financière des dépenses sociales s'apprécie d'autant plus sereinement que la part des dépenses sociales n'affecte en rien la capacité d'investissement propre à engager de grands chantiers d'infrastructure pour l'avenir.

Le modèle lyonnais présente bien d'autres intérêts. S'il existe une pauvreté et une précarité cachée en milieu rural, les grandes agglomérations concentrent davantage les bénéficiaires des minima sociaux⁷ ; les métropoles sont au cœur de la politique de la ville, confrontées à des défis spécifiques. Les politiques d'insertion ne se construisent pas à l'identique dans une grande agglomération urbaine et dans un espace rural. Les services de la métropole étant naturellement confrontés à des problématiques d'un territoire à dominante urbaine peuvent structurer et piloter leurs dispositifs d'insertion plus efficacement en évitant les risques de dispersion.

Par ailleurs, le modèle de la métropole lyonnaise favorise les mutualisations par le regroupement de compétences relevant de plusieurs collectivités : les « *maisons de la métropole* » succèdent aux « *maisons du Rhône* » implantées dans chaque bassin de vie pour être des lieux d'accueil de proximité ouverts au public au titre des missions exercées par la collectivité territoriale. On voit déjà s'esquisser un rapprochement entre les centres communaux d'action sociale, guichet social des communes et les maisons de la métropole souvent confrontés au même public et aux mêmes difficultés sociales.

III- Les caisses d'allocations familiales acteurs des politiques publiques locales

Les caisses d'allocations familiales ont progressivement accru leur champ d'influence dans l'action publique locale. Indépendamment du versement des prestations légales aux allocataires, elles soutiennent le développement d'équipements et de dispositifs pour aider les familles : petite enfance, parentalité, aide au temps libre, centres sociaux, accompagnement des rythmes éducatifs, aide à domicile, médiation auprès des familles, politique de la ville. Plus récemment, de nouvelles missions leur ont été confiées par les pouvoirs publics qui conjuguent soutien individuel des populations et action partenariale : la prévention contre les expulsions, l'accompagnement des situations sociales en cas d'impayés de loyers, l'accompagnement des

5 La part des dépenses sociales dans le budget du département du Nord représente plus de 65% des dépenses totales de fonctionnement du département. Dans les Hautes-Alpes, elles sont inférieures à 51%. Source : DREES - Document de travail Série statistiques n°201 - septembre 2016.

6 Pour l'Observatoire national de l'action sociale (Odas), l'amélioration conjoncturelle des recettes fiscales locales en 2016 liée en grande partie à l'évolution dynamique des droits de mutation, n'annonce pas une résorption de la crise financière des départements (Cf Lettre de l'Odas relative aux finances départementales, mai 2017, « Dépenses départementales d'action sociale en 2016 : Des résultats en trompe-l'œil »)

7 La métropole de Lyon représente 75% de la population de la circonscription administrative du Rhône et 88% des bénéficiaires de minima sociaux

personnes confrontées à des impayés de pensions alimentaires.

Le domaine de compétences de la Métropole de Lyon

La vie quotidienne des habitants

- Habitat, logement
- Transport, mobilité
- Insertion
- Personnes handicapées
- Personnes âgées
- Famille
- Education, collèges
- Enfance
- Culture et sport
- ◇ Gares situées sur le territoire de la Métropole
- ◇ Prévention de la délinquance et accès au droit
- ◇ Infrastructures pour les véhicules électriques
- ◇ Services d'hygiène et de santé

Le développement de l'agglomération

- Développement économique
- Relations internationales
- Tourisme
- ◇ Équipements culturels métropolitains

Le territoire

- Aménagement urbain
- Développement durable énergie
- Planification territoriale
- Agriculture
- Aménagement du territoire
- Logement et développement urbain
- ◇ Milieux aquatiques et prévention des inondations

L'environnement

- Voirie
- Propreté
- Eau et assainissement
- ◇ Réseaux de froid et chaud urbain
- ◇ Distribution électrique et gaz
- ◇ Réseaux du Très Haut Débit

Compétence initialement exercée par :

- Le Grand Lyon
- Le Département du Rhône
- ◇ Autres compétences issues des communes

Les CAF tirent avantage d'être un service public national chargé de mettre en œuvre des politiques publiques sur l'ensemble du pays. Aux côtés de la caisse nationale des allocations familiales chargée de porter la vision d'ensemble, elles déclinent les politiques publiques dans un souci de respect de l'égalité républicaine. Enracinées dans leur territoire qui ne se confond jamais avec un autre, elles ajustent les politiques d'action sociale pour apporter une réponse qui tienne le plus grand compte des réalités de terrain. Les caisses savent réaliser des diagnostics locaux de qualité pour ouvrir le champ de la connaissance aux élus et soutenir les projets relevant

des politiques familiales et sociales. Elles savent mobiliser les leviers financiers dont elles disposent, qu'il s'agisse des fonds nationaux pilotés par la caisse nationale d'allocations familiales - et parfois perçus comme complexes par les partenaires - ou des fonds locaux relevant d'une appréciation au cas par cas impliquant le conseil d'administration.

L'expérience du terrain

Les CAF savent défricher les réalités locales, déminer les sources de tensions, donner du sens en montrant les enjeux de l'action soutenue par les orientations de la branche Famille et tracer les perspectives qui peuvent être espérées dans l'intérêt des familles. Leur rôle de premier plan auprès du préfet dans l'animation et le pilotage du schéma départemental des services aux familles ne doit rien au hasard⁸.

Elles savent démontrer des qualités d'écoute, de pédagogie, de dialogue et de force de propositions qui se sont construites naturellement dans la relation entre le directeur assisté de ses équipes et le conseil d'administration dans le respect de ses diverses sensibilités. Cette relation complémentaire indispensable dans le cadre du paritarisme est une école de valeurs et de diplomatie qui a permis de forger un état d'esprit aiguisé aux exigences des réalités partenariales. Les CAF savent tenir leur rôle aux côtés des collectivités territoriales dans un esprit de neutralité indispensable pour respecter les choix politiques locaux qui trouvent leur légitimité dans le suffrage universel.

La connaissance des métiers

L'expérience puisée dans l'histoire des équipements en gestion directe ou en gestion déléguée (crèches, centres sociaux...) a permis aux organismes locaux de bien connaître les métiers des structures sociales dans les quartiers : animateurs de centres de loisirs, éducateurs de jeunes enfants, auxiliaires de puériculture, directeurs de centres sociaux. D'autres métiers se sont développés avec l'essor des contrats enfance jeunesse : chargés d'études, statisticiens, conseillers territoriaux, chargés de développement.

Les CAF ont une longue tradition d'innovation et d'expérimentation sociale⁹ encouragée par un équilibre stimulant des prérogatives entre le national et le local qui apporte une force de réactivité et d'agilité face aux urgences territoriales¹⁰. Cet équilibre gagnerait à être soutenu et valorisé.

Corrélativement, la qualité de visionnaires des dirigeants de la caisse nationale des allocations familiales a aidé à franchir une étape importante dans l'outillage de l'action sociale. À la fin des années 1990, la création du système d'information décisionnel (SID) conçu comme un véritable entrepôt de données a facilité l'extraction par les CAF des informations enregistrées au titre

8 La circulaire ministérielle n° DGCS/SD2C/2015/8 du 22 janvier 2015 relative à la mise en œuvre des schémas départementaux des services aux familles prévoit que la CAF assure le suivi et l'animation de la démarche et qu'à ce titre, elle est chargée, le cas-échéant avec la MSA, des travaux préparatoires de diagnostic, d'instruction de projet et de rédaction, nécessaires à l'adoption du schéma ainsi que les tâches de secrétariat liées aux réunions des comités de pilotage.

9 Cf. n° Informations sociales, n° 174 de novembre et décembre 2012, Innovations et expérimentations sociales.

10 La CAF du Rhône s'est impliquée auprès du préfet et de la métropole de Lyon pour co-construire un programme d'accueil et d'intégration de 400 Rom dénommé programme « ANDATU » qui signifie en langue romani « pour toi ».



des allocataires en vue d'établir des diagnostics territoriaux. La matière première du travail des CAF pouvait alors être mise à profit pour aider à construire les politiques publiques.

Des relations de confiance

La création de la métropole de Lyon s'inscrit dans une dynamique partenariale positive. Dès le départ, la CAF a été associée au titre des missions qu'elle porte auprès des familles et allocataires, notamment dans le cadre de la gestion du RSA. Les relations de confiance nouées ont amené la métropole à confier à la CAF des délégations supplémentaires dans la gestion de l'allocation, de nature à faciliter le service rendu aux bénéficiaires et d'améliorer les performances de gestion. La CAF a par ailleurs été sollicitée pour partager des éléments de connaissance et de réflexion indispensables pour éclairer les décideurs publics locaux.

La question du rôle de « chef de file » de l'action sociale

La place des CAF dans l'action publique locale a pu être interrogée au moment où la loi du 13 août 2004 a confié au département le rôle de chef de file de l'action sociale¹¹. Une étude de l'Institut national des études territoriales et de la direction générale de la cohésion sociale¹² souligne que si ce rôle se comprend aisément au regard des autres collectivités territoriales, la notion de chef de file n'a pas vraiment connu de contenu précis et sa réalité dépend de chaque territoire et de la capacité de la collectivité territoriale à l'exercer.

Dans son rapport relatif à « *l'avenir des politiques sociales des départements* » présenté en octobre 2016 à l'Assemblée des Départements de France, Frédéric Bierry, président du conseil départemental du Bas-Rhin revient sur la question du chef de file : « *L'indispensable mutation des politiques sociales ne pourra être opérante sans une profonde transformation de leur gouvernance. Il s'agit de clarifier le rôle de chacun (le « qui fait quoi »), de consolider la notion de chef de file et ses capacités à coordonner et mettre en œuvre une action publique à l'échelle du territoire (le « quoi ») et d'explorer d'autres modalités de mise en œuvre des missions sociales (le « comment »). Si l'échelon départemental est conforté dans son rôle d'ensemble de l'action sociale territoriale, cette responsabilité de chef de file nécessite d'être consolidée dans la pratique. La notion de chef de file n'a aujourd'hui pas de réel contenu juridique et souffre d'une quasi-absence de traduction opérationnelle dans la coordination de l'action publique territoriale* ».

Cette analyse est suivie d'une recommandation visant à « *donner un contenu ju-*

11 La notion de chef de file appliquée au département en matière d'action sociale a été consacrée par la loi constitutionnelle du 28 mars 2003. Elle s'est traduite dans la loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales : « *Le département définit et met en œuvre la politique d'action sociale, en tenant compte des compétences confiées par la loi à l'État, aux autres collectivités territoriales ainsi qu'aux organismes de sécurité sociale* ».

12 Étude de l'Institut national des études territoriales et de la direction générale de la cohésion sociale, La décentralisation des politiques sociales à l'aune des récentes réformes territoriales, septembre 2015.

ridique et des moyens prescriptifs à la notion de chef de file ». Toutefois, la question n'est pas si simple au sens de l'analyse juridique. Selon Géraldine Chavrier, professeur de droit public à l'Université Paris I : « Si le chef de file n'a absolument aucun pouvoir de contrainte, c'est en vertu du principe d'interdiction de tutelle d'une collectivité territoriale sur une autre »¹³. On voit mal pourquoi il en irait autrement à l'égard des organismes de Sécurité sociale sauf à remettre en cause les prérogatives des caisses nationales.

La loi MAPTAM du 27 janvier 2014 a apporté une nouvelle rédaction à cette disposition. Elle désigne le département comme chef de file en matière « *d'aide sociale, d'autonomie des personnes et de solidarité des territoires* ». Cette modification de texte n'est pas sans importance. Elle éloigne les craintes que pouvait faire naître la terminologie « action sociale ». Elle positionne le chef de file au sens de la coordination de politiques sociales plus larges ce qui postule de situer l'intervention des partenaires dans le respect de leur autonomie propre.

Il faut admettre, ainsi que l'a souligné Michel Thierry, inspecteur général des affaires sociales qu'il « *est exceptionnel que des problématiques sociales complexes puissent être traitées dans le cadre d'un seul bloc de compétences. L'important est de travailler sur les articulations entre institutions et collectivités, de faciliter la synergie entre les acteurs* ¹⁴ ».

C'est bien ce choix qu'a fait la métropole de Lyon en ouvrant largement à l'ensemble de ses partenaires la table de travail pour construire le projet métropolitain des solidarités. Ce choix s'est imposé plus naturellement encore dans le contexte devenu incontournable de la maîtrise des dépenses publiques. Chaque partenaire est invité à prendre pleinement sa place pour éviter les risques de gaspillage par des doublons.

IV- Agir plus loin ensemble

Avec l'esprit lyonnais, chacun trouve naturellement sa place pour agir ensemble dans la direction recherchée. Respectueuse du savoir-faire de ses partenaires, la métropole mobilise naturellement les énergies autour d'une belle ambition partagée au service des populations.

La dynamique engagée a permis aux partenaires de mieux se connaître et de bien comprendre le champ d'action de chacun. En laissant la place quand il le faut au partenaire lorsqu'il est mieux à même de prendre la main, elle tisse efficacement des liens de coopération pour aller plus loin ensemble.

Associée à la gouvernance des politiques sociales de proximité, la CAF est moins dans le rôle d'un opérateur intervenant au titre d'une programmation nationale que l'on se contenterait d'appliquer, mais davantage dans une mission de co-construction face à des enjeux qui sont ceux du territoire.

La création de la métropole : l'opportunité d'un nouvel élan

Le regroupement des compétences départementales avec les prérogatives métropolitaines a nécessité l'engagement de chantiers d'envergure pour définir la nouvelle organisation, arbitrer

¹³ La Gazette des communes, Acte III de la décentralisation : la réforme pas à pas.

¹⁴ Michel Thierry, les enjeux de l'Acte III de la décentralisation, Politiques sociales et gouvernance, Informations sociales n° 179, septembre-octobre 2013.



les lignes de partage financières avec le conseil départemental, et situer la place de chaque agent territorial à l'échelle d'une nouvelle collectivité territoriale de 8 000 agents.

Tout en s'engageant dans ce travail titanesque, les responsables de la métropole ont voulu rapidement associer les partenaires à l'édification du projet. Avec délicatesse, la démarche s'est ouverte aux temps forts des orientations de la branche Famille et cette alliance a donné envie de poursuivre l'aventure au titre de l'innovation sociale.

Le schéma métropolitain des solidarités

Ce projet a été mis en chantier à partir d'une vaste concertation avec les partenaires pour aboutir à une feuille de route sur l'ensemble des politiques sociales : la prise en charge des enfants dans le champ de la protection de l'enfance, le soutien de la place des parents, la promotion de l'autonomie des jeunes, la prévention précoce dans le domaine de la PMI, la promotion de la santé publique et du développement social, l'amélioration de la prise en compte des personnes âgées et des personnes en situation de handicap (logement adapté, accessibilité aux transports, à la culture ou au sport).

Ce schéma métropolitain a pleinement intégré les orientations proposées par la CAF sur la base des axes institutionnels.

Le schéma départemental et métropolitain des services aux familles

L'impulsion donnée par la caisse nationale des allocations familiales pour la mise en œuvre des schémas départementaux des services aux familles, couvrant la petite enfance et la parentalité, a dû être adaptée pour tenir compte du dédoublement des compétences entre la métropole et le département. Si le préfet de région, préfet du Rhône, a voulu que cette démarche se traduise par un seul schéma pour la métropole de Lyon et le nouveau département du Rhône, il a néanmoins été admis que les diagnostics et plans d'action soient traduits distinctement pour chacun des deux territoires.

En effet, la création de la métropole a eu pour effet de détacher 59 communes de la compétence du conseil départemental sans impact sur le périmètre global de la circonscription déconcentrée de l'État. Seules les limites territoriales des arrondissements ont été ajustées pour que celles de l'arrondissement de Lyon coïncident avec la géographie de la métropole¹⁵.

Cette démarche de construction a abouti à la signature d'un document très détaillé de 180 pages permettant d'identifier la répartition de la population enfantine, ainsi que les caractéristiques des modes de garde (crèches et assistants maternels)

15 L'arrondissement de Lyon correspond désormais aux 59 communes de la métropole de Lyon et l'arrondissement de Villefranche-sur-Saône comprend 225 communes, dont 101 communes détachées de l'ancien arrondissement de Lyon.

avec une grille d'analyse partagée avec les partenaires. Au titre de la parentalité, s'agissant d'une compétence encore « neuve ¹⁶», l'option a été prise de dresser un état des lieux des dispositifs existants : accompagnement des compétences parentales, renforcement des liens entre l'école et les familles, prévention de la rupture familiale, information et orientation des familles.

En complément du plan d'action élaboré, un guide pratique de 16 fiches action a été rédigé à l'usage des nombreux bénévoles qui œuvrent au titre de la parentalité.

Outre la métropole de Lyon et le nouveau département du Rhône, cette démarche a associé la Mutualité sociale agricole, l'association des maires du Rhône, l'association des maires ruraux du Rhône, l'Éducation nationale, le président de la Cour d'appel, la présidente de l'UDAF ainsi que des représentants d'associations d'éducation populaire, tous impliqués dans le pilotage et le suivi de cette démarche partenariale.

Le schéma départemental et métropolitain de l'animation de la vie sociale

De longue date, la caisse d'allocations familiales a apporté son soutien pour l'intégration sociale des familles dans leur environnement et la cohésion sur les territoires. En 1970, la CAF de Lyon assurait la gestion directe de 16 centres sociaux sur un total de 36.

En 2017, la circonscription de la métropole de Lyon et du département du Rhône compte pas moins de 78 centres sociaux, tous en gestion associative et principalement implantés dans des communes en politique de la ville plutôt situées au sein de la métropole.

La CAF est reconnue pour son expertise relative à la dynamique des centres sociaux. Sa compétence en matière d'agrément qui relève du conseil d'administration y est pour beaucoup. Mais au-delà de cette mission première, la CAF mobilise un service d'ingénierie dont elle s'est dotée constitué d'anciens directeurs de centres sociaux expérimentés et capables de prendre la main lorsque la trajectoire dévie au sein des structures associatives qui gèrent les centres sociaux par nature fragiles. En complément à l'intervention de la fédération départementale des centres sociaux, la CAF est présente aux côtés des maires pour structurer l'analyse des situations et guider le sens de la réflexion et de l'action, en veillant à diffuser les bonnes pratiques. Ce savoir-faire fait autorité, y compris et surtout lorsqu'un centre social est en difficulté quelle qu'en soit la cause.

La métropole de Lyon s'est saisie de cette implication de la CAF pour signer avec elle une « *charte de partenariat sur l'apport des centres sociaux à l'expression et à la capacité d'agir des habitants dans la ville* ». Cet engagement dans l'animation de la vie sociale a été renforcé par différents outils de pilotage, et notamment le système d'échanges des centres sociaux en Rhône-Alpes (SERACS) co-piloté par la CAF et l'Union régionale des centres sociaux, et qui a inspiré plus récemment le système national (SENACS).

Dans le prolongement de ce partenariat avec la métropole, un protocole d'accord a été signé avec la Ville de Lyon pour mettre en place des conventions d'objectifs et de moyens avec les centres sociaux afin de leur donner une visibilité pluriannuelle sur les engagements attendus et les financements accordés.

¹⁶ Circulaire interministérielle n° 2012-63 du 7 février 2012 relative à la coordination des dispositifs de soutien à la parentalité.



La politique de la ville

La CAF est signataire du contrat de ville métropolitain dont la finalité est de concentrer et d'articuler les moyens humains et financiers au profit de 66 quartiers répartis dans 24 communes de la métropole. Ce contrat de ville prévoit trois domaines d'intervention : le développement économique et l'emploi, la cohésion sociale, l'amélioration du cadre de vie et le renouvellement urbain. Cette dynamique croise plusieurs politiques publiques soutenues par la branche Famille, notamment au titre de la petite enfance ainsi qu'au titre de la jeunesse et de l'implication des familles et des habitants dans la vie de leur quartier. La CAF met à profit cette signature pour valoriser les orientations de la politique institutionnelle d'action sociale et donner une plus grande visibilité aux dispositifs qu'elle met en œuvre.

La métropole affirme son attachement à prendre appui sur les 63 centres sociaux de son territoire en matière d'expression des habitants dans les quartiers en politique de la ville et renouvellement urbain. La charte de partenariat avec la CAF prévoit ainsi des travaux de veille sociale ainsi que des diagnostics actualisés qui sont précieux dans le dialogue avec les habitants des quartiers.

Au titre de ses compétences en matière de rénovation urbaine, la métropole associe l'ensemble des maires des communes concernées dans la présentation à l'ANRU d'un programme d'envergure pour réaliser des restructurations importantes des paysages urbains avec le souci du rééquilibrage territorial. Cette démarche prend appui sur les diagnostics sociaux associant les habitants des quartiers et les centres sociaux. L'assemblage des leviers économiques et sociaux trouve ainsi une traduction opérationnelle pour l'efficacité des politiques publiques.

Des expérimentations sociales

Les relations partenariales tissées entre la métropole et la CAF trouvent de nouveaux prolongements pour apporter des réponses de proximité aux besoins identifiés. Plusieurs exemples illustrent cette volonté en commun :

Une plate-forme d'insertion est créée pour les mères isolées avec un jeune enfant. Cette plate-forme comprend un volet insertion par des ateliers collectifs et des simulations d'entretien. Durant cette phase d'accompagnement formation, les mères ont accès à une solution d'accueil ponctuel pour leur enfant dans une crèche de quartier associée au projet. Au titre de la petite enfance et de la parentalité, un travail d'apprentissage a vocation à préparer la mère pour qu'elle accepte les temps de séparation mère/enfant. C'est aussi l'occasion d'aider l'enfant à s'approprier avec les repères de la vie en collectivité.

Une expérimentation associant la FEPEM¹⁷ en direction de plusieurs relais d'assistants maternels implantés dans les quartiers en politique de la ville apporte un réseau d'informations juridiques aux animateurs et propose des consultations pour le public confronté à des situations complexes.

17 Fédération des particuliers employeurs de France.

Une initiative baptisée « Éveil Mâtins » propose un service de babysitting pour des enfants de 0 à 12 ans en situation de handicap ou atteints de maladie, avec le concours d'intervenants recrutés principalement dans la population étudiante dans le domaine médico-social et soutenus par des professionnels et un psychologue.

Pour mieux aider les professionnels de la petite enfance à traduire en action et en comportement le développement durable, une journée de travail a été organisée autour de deux axes. D'une part, le développement des activités pédagogiques pour les enfants et la sensibilisation des parents : alimentation, activités physiques, espaces extérieurs, jeux et activités manuelles, estime de soi et bienveillance. D'autre part, l'appropriation de l'éco-responsabilité au quotidien : fonctionnement de la structure, approvisionnement et alimentation, gestes, environnement intérieur (circulation de l'air, régulation thermique, sons, ergonomie, mobilier).

Pour modestes qu'elles soient, ces illustrations témoignent d'une construction partenariale solide entre des acteurs qui se font confiance et qui se respectent dans leurs prérogatives respectives. À chaque fois, le soutien des familles est au cœur de la démarche conjointe, en particulier pour celles qui sont confrontées à des difficultés réelles, dont on sait qu'elles peuvent rapidement faire basculer dans un sentiment d'abandon.

Un partenariat à conforter au titre de l'évaluation des politiques sociales locales

Les caisses d'allocations familiales ont su se doter de compétences internes pour analyser les données statistiques dont elles disposent et en faire profiter les décideurs publics.

« L'évaluation est une dimension de la gestion publique qui s'est particulièrement développée depuis vingt ans. Les politiques familiales sont un terrain fécond pour ce type de démarche qui cherche à mieux comprendre les effets de l'action publique. Elles permettent également d'illustrer la difficulté de la construction d'un jugement rigoureux et accepté par les différents protagonistes. La figure de l'évaluateur émerge dès lors comme un nouveau métier aux spécificités fortes et aux exigences méthodologiques élevées ». Cette analyse de Jérôme Minonzio, maître de conférences associé à l'Université Jean Moulin de Lyon 3 et rédacteur en chef de la revue Informations sociales, en introduction d'un article publié dans la revue Informations sociales – n°150 de juin 2008 – est particulièrement d'actualité dans le contexte de la création de la métropole de Lyon.

La dynamique engagée incite la caisse d'allocations familiales à compléter l'expertise qu'elle détient dans le domaine statistique pour la renforcer au titre de l'évaluation des politiques publiques. Il s'agit d'objectiver l'impact des actions mises en œuvre et de rechercher si les dispositifs définis produisent les effets attendus par les décideurs publics.

La création des métropoles constitue une opportunité pour renforcer cet axe déterminant pour l'efficacité collective.

La gouvernance mutualiste

Par **Albert Lautman**, directeur général de la Fédération nationale de la Mutualité française et **Camille Brouard**, responsable de l'innovation et de la prospective à la FNMF



Albert Lautman est diplômé de l'IEP de Grenoble, titulaire d'un DEA d'administration publique et ancien élève de l'EN3S. Après plusieurs postes en organismes locaux, il a rejoint l'ACOSS, en qualité de sous-directeur en charge des entreprises et du service. En 2010, il rejoint la CNAV où il a été directeur national de l'action sociale avant d'intégrer le cabinet de Mme Michèle Delaunay, ministre déléguée en charge des personnes âgées et de l'autonomie. De 2014 à 2016, il a été directeur général de la CARSAT Nord-Est. Depuis le 1^{er} juillet 2016, il est directeur général de la fédération nationale de la Mutualité française.



Camille Brouard est diplômé de l'IEP de Bordeaux et d'un Master de Droit et Études européennes de l'IEP de Strasbourg. Après un passage à l'ACOSS où il a notamment occupé la fonction de sous-directeur de la réglementation et de la sécurisation juridique, il rejoint le mouvement mutualiste. Conseiller auprès du Président de la mutualité française (FNMF), puis conseiller auprès du Président et de la Directrice générale d'Harmonie mutuelle, il occupe aujourd'hui la fonction de responsable de l'innovation et de la prospective au sein de la FNMF.

Résumé

Le mouvement mutualiste a inventé un modèle de protection sociale s'appuyant sur une gouvernance démocratique. L'étonnante longévité et la résilience des mutuelles valident un modèle ayant dès l'origine intégré des garde-fous.

Ce modèle doit aujourd'hui faire face à différents défis : réglementaires et sociaux. Aux normes tentant de faire entrer de force les mutuelles dans un droit pensé pour des sociétés capitalistiques, s'ajoute une évolution des modes de militantisme. Le mouvement mutualiste doit donc engager sa mue.



« Ce monde, sous tous les méridiens,
est une société anonyme de secours mutuel. »
Herman Melville
Moby Dick

Le mutualisme est une réponse pour faire face à des ruptures de vie, des aléas, qu'un individu seul a du mal à surmonter. Sans nous attarder sur les exemples antiques, les premières « traces » de mutualisme sont anciennes, au moins depuis le fermage collectif de Babylone.

C'est essentiellement au sein des communautés ouvrières qu'apparaît le mutualisme français sous la forme de sociétés de secours mutuel. Leur développement est contraint par le législateur craignant « les assemblées d'ouvriers et d'artisans » à travers la célèbre loi Le Chapelier (1791) qui, imprégné du libéralisme révolutionnaire, entendait mettre un terme à toutes les survivances de l'Ancien régime, en particulier ses corporations. D'autres considérations limiteront ensuite le développement des mutuelles : sous Napoléon III, elles ne peuvent dépasser 500 membres la logique étant, cette fois, d'éviter que les mutuelles ne deviennent les « faux nez » de syndicats qui ne seront, eux, autorisés qu'en 1884.

C'est donc sous la III^e République que le mouvement mutualiste prend véritablement son envol.

Lors de l'Exposition universelle de Paris, se tient le premier Congrès international de la Mutualité, du 6 au 10 juin 1900. Quatre ans plus tard, la « Fête nationale de la Mutualité » rassemble 30 000 convives sur le Champ de Mars. 50 000 seront présents au même endroit en 1905.

Le mouvement mutualiste est alors à son apogée et constitue, pour reprendre l'expression de François Hollande lors sa venue au congrès de la Mutualité de Nice en 2012, une véritable « Institution de la République » en charge d'Assurances sociales (les fondements de notre Sécurité sociale) et de réalisations (des « œuvres ») diverses répondant aux préoccupations hygiénistes de l'époque (à l'instar, par exemple, des bains-douches mutualistes créés dans l'Hérault au début du XX^{ème} siècle). La Fédération nationale de la Mutualité Française est alors à la tête d'un mouvement social puissant dont les congrès durent une semaine et fixent le cap de la politique sociale de la République.

Avec la création de la Sécurité sociale, les mutuelles ne sont pas « reléguées » au rang de simples complémentaires. Leur champ d'action tel que défini dans le Code de la Mutualité est en réalité extrêmement large. Le Code de la Mutualité dispose en effet que les mutuelle « *mènent, notamment au moyen des cotisations versées par leurs membres, et dans l'intérêt de ces derniers et de leurs ayants droit, une action de prévoyance, de solidarité et d'entraide, dans les conditions prévues par leurs statuts, afin de contribuer au développement culturel, moral, intellectuel et physique de leurs membres et à l'amélioration de leurs conditions de vie. Les mutuelles peuvent avoir pour objet :*

1° De réaliser les opérations d'assurance suivantes :

- a) Couvrir les risques de dommages corporels liés à des accidents ou à la maladie ;
 - b) Contracter des engagements dont l'exécution dépend de la durée de la vie humaine, verser un capital en cas de mariage ou de naissance d'enfants, faire appel à l'épargne en vue de la capitalisation en contractant des engagements déterminés ;
 - c) Réaliser des opérations de protection juridique et d'assistance aux personnes ;
 - d) Couvrir le risque de perte de revenus lié au chômage ;
 - e) Apporter leur caution mutualiste aux engagements contractés par leurs membres participants en vue de l'acquisition, de la construction, de la location ou de l'amélioration de leur habitat ou de celui de leurs ayants droit ;
- 2° D'assurer la prévention des risques de dommages corporels liés à des accidents ou à la maladie, ainsi que la protection de l'enfance, de la famille, des personnes âgées, dépendantes ou handicapées ;
- 3° De mettre en œuvre une action sociale, de créer et exploiter des établissements ou services et de gérer des activités à caractère social, sanitaire, médico-social, sportif, culturel ou funéraire, et de réaliser des opérations de prévention ;
- 4° De participer à la gestion d'un régime légal d'assurance maladie et maternité et d'assurer la gestion d'activités et de prestations sociales pour le compte de l'État ou d'autres collectivités publiques. ».

Ce champ d'activité très vaste explique que les mutuelles aient longtemps conservé une place importante parmi les activités militantes organisées essentiellement autour de communautés professionnelles. Au sein du mouvement mutualiste, jusqu'à une époque encore récente, cohabitaient en effet ainsi les mutuelles de fonctionnaires réparties par Ministères voire par administrations (mutuelle des finances...) ou corps (mutuelle de la Gendarmerie...), les mutuelles d'entreprise (répartie par entreprise voire par établissement), les mutuelles interprofessionnelles limitées au département. Dans le courant des années 1970 le mouvement compte plus de 10 000 mutuelles. Le mouvement de « banalisation » en cours avec une normalisation des activités assurantielles, les contraintes réglementaires et économiques ont abouti à des mouvements de concentration importants. Cinq cents mutuelles sont aujourd'hui membres de la FNMF.

Est-ce pour autant la fin du mutualisme ? Si le nombre de mutuelles a aujourd'hui fortement diminué, l'ancrage mutualiste demeure avec un réseau de militants importants. Comment expliquer cette capacité à résister à l'épreuve du temps ?

Les raisons de la capacité des mutuelles à faire face à l'évolution de leur environnement découlent en grande partie des vertus de leur modèle de gouvernance (1)¹. Les mutuelles doivent

1 Le propos qui sera développé ici abordera essentiellement le modèle des mutuelles dites « 45 » (i.e. issues du Code de la Mutualité de 1945) tout en s'intéressant au modèle cousin des mutuelles d'assurance ou des banques coopératives.



aujourd'hui faire face à une série de chocs, notamment réglementaires, et à des évolutions des attentes et modes de militantisme (II).

I- Le mutualisme, un modèle socialement et économiquement responsable qui a fait preuve d'une surprenante résilience

I.1 Non-lucrativité et démocratie au cœur d'un modèle solidaire

Le principe du mutualisme est simple et part d'un constat à la fois humaniste et... cynique sur le monde. Humaniste, parce que les mutuelles ont déployé depuis leur création des mécanismes de solidarité pour répondre à des situations graves (problème de santé, rupture d'emploi...) ou apporter des services souvent onéreux (soins hospitaliers, prise en charge dans le cadre d'obsèques...). Cynique, puisque les fondateurs du mutualisme ont fait le postulat que ces solidarités ne peuvent s'exercer sans lien de l'individu avec l'ensemble de la communauté. Dès l'origine, il s'est donc agi d'éviter ce que la théorie économique appelle aujourd'hui les comportements de « passager clandestin ». Ce lien entre tous les acteurs de la communauté mutualiste est donc très fort et se traduit par des principes de gouvernance qui en font des points cardinaux de son modèle.

- ▼ Le principe fondamental est celui de la « non lucrativité » des activités de la mutuelle. Celle-ci **ne rémunère pas d'actionnaires** et ses éventuels excédents sont affectés aux obligations légales de réserves ainsi qu'aux actions en faveur de ses membres.
- ▼ Pour ses activités d'assurance, la mutuelle se différencie de ses concurrents privés lucratifs puisqu'**en cas de dissolution**, l'excédent est dévolu à d'autres mutuelles ou à des entités non-lucratives.
- ▼ **L'administrateur mutualiste** est élu parmi les adhérents et s'implique dans la structure au service de l'intérêt de tous les membres.
- ▼ Alors que, dans une société de capitaux, le pouvoir vient directement des détenteurs majoritaires du capital, dans une mutuelle le pouvoir vient de la somme de tous les adhérents pris individuellement, selon le principe « une personne = une voix », véritable clef de voûte de la gouvernance mutualiste.
- ▼ **L'assemblée générale** demeure le principal lieu d'expression de la démocratie en mutualité au cours de laquelle les adhérents fixent les orientations générales de l'activité de la mutuelle, élisent les dirigeants qui seront chargés de les mettre en œuvre et sont informés de la manière dont ces derniers se sont acquittés de leurs mandats.
- ▼ L'administration de la mutuelle est confiée à une instance élue par les adhérents, le Conseil d'administration. Chaque mutualiste a ainsi la possibilité, s'il le souhaite, de participer directement à la gestion de sa mutuelle.

Cette organisation originale fait aujourd'hui subsister un sentiment qui peut sembler

étrange pour un grand nombre de nos interlocuteurs : celui qui fait dire à un président d'une mutuelle, regroupant plusieurs millions d'adhérents et gérant quelques milliards d'euros de cotisations, qu'il est avant tout un « militant ».

I.2 Un modèle historique résilient et responsable capable de s'adapter aux évolutions économiques

Pour ses détracteurs, le modèle mutualiste est artisanal (comment un élu peut-il diriger une entreprise ?) et nécessairement déviant (« le statut ne fait pas la vertu »). Le mutualisme résiste pourtant bien à l'épreuve des faits et devient même un objet d'étude pour des économistes ou des *think tanks* intrigués par un modèle qui se montre étonnamment robuste et résilient.

C'est un constat que faisait récemment l'Institut Montaigne². L'Institut notait, d'abord pour les banques, que « Le modèle mutualiste français s'est révélé plus résilient que les banques de détail européennes (y compris les banques coopératives étrangères). Ainsi, aucun réseau coopératif français n'a connu les déboires de leurs homologues italiens (*Banca Popolare*), espagnol (*Cajas*), néerlandais (*Rabobank*) ou anglais (*Coop bank*). En effet, si l'État a été contraint en France d'assurer un soutien transitoire en termes de liquidité et de renforcement des fonds propres, aucun réseau mutualiste n'a fait défaut contraignant les États à élaborer un plan de bail-out ou de protection des déposants. » Si, en assurance, « la performance des acteurs mutualistes se compare de manière légèrement moins favorable avec leurs pairs banques assurances ou assureurs classiques » note l'Institut Montaigne, c'est précisément parce que le modèle privilégie en grande partie « **une modération tarifaire et une faible discrimination des risques conformes aux valeurs du mutualisme alors que les assureurs classiques disposent d'une plus forte latitude pour opérer des repositionnements techniques par des hausses tarifaires et une sélection au sein des portefeuilles** ».

Des conclusions similaires ont été dressées dans le cadre d'une étude publiée au cours des dernières Assises du mutualisme organisées à Paris Dauphine³. En l'espèce, l'étude montre que « la crise récente a révélé les dysfonctionnements d'un système bancaire s'éloignant de ses fondamentaux : **l'allocation du capital, la diversification des risques et la provision de liquidités à partir d'une gestion minutieuse de l'information**. Alors qu'elles étaient censées diversifier les risques, les activités de titrisation ont contribué à accroître la chaîne des intermédiations financières, à réduire les incitations relatives à la gestion de l'information et ainsi à augmenter le risque systémique dû à l'octroi massif de prêts immobiliers. Pourtant, certaines banques ont su rester à l'écart des principes d'intermédiation par « origination et distribution » de créances pour centrer leurs activités autour d'une intermédiation majoritairement relationnelle. C'est le cas de certaines banques coopératives qui, par respect de leurs valeurs, ont privilégié les activités traditionnelles d'intermédiation ».

En résumé, c'est ce que tendent à montrer ces études, la gouvernance mutualiste est bien

2 Institut Montaigne, T. Martel, M. Mathieu (prés), « Concilier démocratie et efficacité économique : l'exemple mutualiste », Rapport décembre 2014

3 4^{ème} assises internationales de la coopération et du mutualisme, G. Bazot, E. Jeffers, O. Ouyahia « Les banques coopératives sont-elles plus résistantes ? L'exemple de la crise financière de 2007-2009 »



l'architecture qui permet à la mutuelle de faire face aux crises. Moins flamboyant peut-être en période de boom économique que son concurrent lucratif, l'entreprise mutualiste se projette dans le temps long et sait se montrer résiliente. Comme le notaient Arnaud CHNEIWEISS et Stéphane TISSERAND⁴ « *le temps long dans lequel s'inscrivent les mutuelles est une grande chance. Elles ne dépendent pas des caprices des marchés financiers, n'ont pas à rendre des comptes aux agences de notation et aux analystes financiers (acteurs qui ont révélé les faiblesses de leurs études lors de la crise de 2008), ne surveillent pas le cours de l'action (qui n'existe pas) et ne sont pas obsédées par la publication du résultat trimestriel (ce qui n'a aucun sens dans une industrie de long terme comme l'assurance). Le temps long, c'est la possibilité de travailler dans la sérénité pour construire de meilleures offres pour le sociétaire. L'absence d'actionnaires à rémunérer permet aussi de se fixer des objectifs de profit raisonnables, mesurés, réalistes. L'objectif n'est pas un taux de rendement du capital de 15 % annuel, dont nous savons qu'il n'est pas soutenable dans la durée* ».

I-3/ Les valeurs du mutualisme de nouveau « à la mode » ?

Dans un monde parfois obsédé par la performance et le profit, les mutuelles, avec un modèle ancré dans l'histoire, ont pu sembler à certains un peu dépassées... Il nous semble pourtant aujourd'hui que le mode de gouvernance et les valeurs incarnés par le mutualisme, sont dans l'ère du temps. Prenons quelques exemples pour illustrer cette conviction.

L'actualité est souvent ponctuée de scandales autour de l'annonce de la rémunération de certains dirigeants. L'opinion publique, à juste titre, s'en émeut. Les mutuelles elles-mêmes sont souvent sous le feu des critiques s'agissant de frais de gestion qui seraient trop élevés⁵. Le modèle mutualiste a pourtant instauré des garde-fous. Arnaud CHNEIWEISS et Stéphane TISSERAND⁶ rappellent ainsi que « *les fonctions d'administrateur d'une mutuelle sont exercées gratuitement et donnent simplement lieu au versement d'indemnités et au remboursement des frais. Nous sommes loin des jetons de présence des administrateurs du CAC 40, dont le montant moyen en 2013 s'élevait à 67 115 euros 24. Il en va de même pour la rémunération des dirigeants. Ainsi, en 2014, le total des dix plus importantes rémunérations du groupe MATMUT était inférieur à la rémunération globale du seul PDG d'entreprises cotées du secteur de l'assurance* ».

Autre exemple, nous voyons émerger une tendance très forte de la part du consommateur d'une volonté d'être mieux pris en compte, d'être écouté, y compris sur le plan sociétal⁷. Le consommateur se veut de plus en plus « consomm-acteur » d'une

4 Note de la Fondapole de novembre 2015, « Le mutualisme : répondre aux défis assurantiels »

5 Sur ce point, la mauvaise foi et les raccourcis sont malheureusement souvent de mise... Aussi renvoyons-nous à la mise au point effectuée par la FNMF https://www.mutualite.fr/content/uploads/2015/03/Argu_frais_gestion_12_2015.pdf

6 Ibid.

7 À titre d'exemple, dans un univers lucratif, la « marque du consommateur » joue à plein de cette volonté

transformation de notre modèle économique afin de tendre vers une société plus durable. C'est précisément ainsi que s'est construit le mutualisme, en offrant à chaque adhérent à la fois, une voix pour se prononcer mais aussi une possibilité de prendre des responsabilités dans l'entreprise. Aujourd'hui, ce sont plusieurs dizaines de milliers de militants mutualistes qui œuvrent quotidiennement pour des actions de prévention en santé, dans le cadre de partenariats locaux (sportifs, culturels...), au sein de commissions d'action sociale, au sein d'établissements de soins et de services.

Le modèle mutualiste a donc des vertus indéniables. Socialement responsable, économiquement performant, il a su s'adapter à différents contextes historiques, démographiques et sociaux.

Toutefois, la « crise des vocations militantes » et le mouvement de normalisation réglementaire et économique ne risquent-ils pas de fragiliser le modèle ?

II- Le mutualisme à l'épreuve de nouveaux chocs : la nécessaire réinvention

II-1/ Un modèle de gouvernance à l'épreuve de la crise du militantisme

On l'a dit, l' élu mutualiste, qu'il soit dirigeant de l'entreprise mutualiste, administrateur ou délégué portant les intérêts des adhérents lors de l'Assemblée générale de la mutuelle, se considère comme un militant.

Les mutuelles, comme tous les corps intermédiaires, sont aujourd'hui face à une évolution qui n'a pas encore été pleinement intégrée. En effet, une enquête réalisée en 2013 dans le cadre du projet stratégique de la Mutualité Française mettait en lumière plusieurs éléments traduisant la difficulté du monde mutualiste à prendre à son compte l'évolution du militantisme :

- ▼ Les postes d'administrateurs des mutuelles étaient pour 76 % d'entre eux occupés par des hommes. La loi égalité femme-homme s'est emparée de ce sujet et impose (à juste titre) une représentation d'au moins 40 % de femmes au sein des Conseils d'administration de mutuelles.
- ▼ Plus de la moitié des administrateurs étaient âgés de plus de 60 ans.
- ▼ Plus de 60 % des administrateurs exerçaient plusieurs mandats.

Ces chiffres sont la traduction de plusieurs phénomènes. D'abord la difficulté à attirer au sein des structures mutualistes de jeunes militants et ce, pour deux raisons au moins. La première est que l'exercice des responsabilités mutualistes s'est considérablement complexifié et fait aujourd'hui l'objet d'une attention particulière de la part d'organismes pruden tiels (cf. infra). La deuxième raison procède de la manière même de concevoir son engagement. Si d'aucuns dénoncent la « perte de valeurs » des jeunes générations, d'autres voient tout simplement une autre manière d'agir pour le bien commun. Le militantisme actuel s'organise très souvent autour de « coups » et moins d'actions dans le temps long. Alors que l'activité militante au sein d'une mutuelle est souvent rythmée par des commissions souvent très techniques, d'autres organisations militantes n'ont, elles, pas de difficulté à recruter plusieurs dizaines de milliers de militants sur des actions ponctuelles en utilisant à plein les réseaux sociaux.



II-2/ Des valeurs mutualistes illisibles ?

C'est un test fréquemment réalisé par les mutualistes dans leur entourage. À la question : quelle est votre mutuelle ? La réponse couvre un champ d'acteurs assurant, certes, des prestations de complémentaire santé mais étrangers bien souvent au mouvement mutualiste. Le mot « mutuelle » est passé dans le langage courant sans que le grand public sache discerner qu'il concerne une catégorie bien spécifique d'acteurs.

Au-delà, quelques-uns de ses principaux repères cardinaux sont aujourd'hui peu compris. Une étude du sociologue Alain MERGIER réalisée pour le compte de la Mutualité Française sur un *focus group* mettait ainsi en lumière que la « non-lucrativité » n'était pas perçue positivement. « Si les mutuelles sont non lucratives, où va l'argent ? » questionnaient les personnes interrogées.

Plongées dans un monde concurrentiel, les mutuelles sont donc face à un phénomène de banalisation et ne parviennent pas toujours à mettre en avant leurs principes fondateurs de fonctionnement.

II-3/ Le modèle mutualiste face à la pression prudentielle

Ce phénomène de banalisation découle également de l'uniformisation liée à l'évolution de l'environnement réglementaire des mutuelles.

Assurant une mission spécifique, la protection de la santé essentiellement, les mutuelles ont longtemps bénéficié d'un statut *sui generis* comparable à une sorte de reconnaissance, par les pouvoirs publics, d'une mission de service public. Cette situation a changé en raison de la réglementation européenne. Comme le notait Hélène VINCENT « dès l'origine, l'intégration européenne s'est faite sur des bases essentiellement économiques, en raison de conceptions dominées par la pensée libérale. Ainsi, *les questions sociales ont-elles* régulièrement été relayées au second plan en restant l'apanage des États-membres. Et, malgré l'homogénéisation des politiques économiques et l'introduction de la monnaie unique, la construction du marché européen ne s'est pas accompagnée d'une plus forte harmonisation des systèmes de protection sociale (Maurice, 1999). Cependant, contrairement aux organismes de sécurité sociale obligatoire, toutes les formes de protection complémentaire ne sont pas soumises au principe de subsidiarité et participent donc à la mise en place d'un vaste marché européen de l'assurance santé. Dans ce cadre, les organismes de gestion de couverture complémentaire doivent répondre aux exigences de l'Union en matière de concurrence et s'inscrire dans les réglementations qui lui sont consacrées. Plusieurs directives européennes sont ainsi adoptées afin de construire ce marché de l'assurance »⁸. Ainsi, à partir du 1^{er} janvier 2003, toutes les mutuelles doivent appliquer le nouveau Code de la mutualité voté au Parlement en avril 2001. Ce nouveau Code découle exactement de l'application des directives 1992/49/CEE assurances non-vie (18 juin 1992) et 92/96/

8 HÉLÈNE VINCENT, « La Mutualité Française dans l'Union Européenne : nouveau contexte, nouveaux défis », RECMA – Revue Internationale de l'Économie sociale n°300.

CEE assurance-vie (10 novembre 1992). Ces directives ont un impact important. En établissant un principe de spécialité empêchant un organisme d'assurance d'exercer d'autres activités, une concentration des organismes s'opère et, avec elle, la fonction de militant se « professionnalise ».

Ce mouvement de « professionnalisation » du militant mutualiste a connu récemment un nouveau développement avec la transposition de « Solvabilité II », règle directement inspirée pour le secteur assurantiel des règles bancaires. En l'espèce, chaque mutuelle doit désormais garantir la « compétence » et « l'honorabilité » de ses dirigeants. C'est en soi une mesure de bon sens résultant d'écarts inacceptables dans la gestion de fonds au cours des dernières crises financières. Sauf que, on l'a dit, les mutuelles, elles, ont montré qu'elles avaient su gérer avec responsabilité l'argent mutualisé et qu'elles n'avaient pas (ou peu) souffert des dernières crises financières. Par ailleurs, ces critères de « compétence » et « d'honorabilité » n'étaient-ils pas une manière déguisée de confier aux seuls spécialistes de l'assurance, passés par certaines écoles, la gestion des mutuelles ? Ces critères ne risquaient-ils pas de nuire au principe même de l'élection au cœur de la gouvernance mutualiste qui permet à des acteurs de tous horizons d'exercer des responsabilités ? Après quelques craintes et un important travail de sensibilisation auprès des pouvoirs publics, nous devons admettre que la solution retenue dans l'application des directives est équilibrée et que les mutuelles ont su s'y adapter.

II-4/ L'ANI de 2013 un nouveau bouleversement dans la gouvernance mutualiste ?

L'Accord national interprofessionnel de 2013 puis la loi de Sécurisation de l'emploi qui s'ensuit changèrent fondamentalement le modèle de la complémentaire santé. En instaurant pour chaque employeur l'obligation de faire bénéficier ses salariés d'une complémentaire santé, celle-ci devenait un avantage salarial quand, naguère, elle découlait d'une libre adhésion individuelle. Certes, ce mouvement était en cours depuis longtemps, mais l'ANI a accéléré le processus.

Pour les mutuelles, ce changement était important, le principe « un homme = une voix » étant lié à celui d'une adhésion individuelle. Avec la multiplication des contrats collectifs, la gouvernance, pour rester démocratique, devait évoluer.

C'est dans cet état d'esprit que la Mutualité Française a fait appel aux pouvoirs publics pour obtenir une modernisation du Code de la Mutualité qui, hormis sur des sujets techniques, n'avait pas fondamentalement évolué depuis la transposition des directives assurances.

Cette refonte du Code de la Mutualité s'est accompagnée d'une affirmation des principes mutualistes.

L'ordonnance de « refonte » du code de la Mutualité complète ainsi l'article L. 114-1⁹.

Il dispose désormais que les mutuelles peuvent admettre en tant que membres honoraires¹⁰, non seulement les personnes morales souscrivant des contrats collectifs, ce qui était le cas

9 L'article L. 114-1 du Code de la mutualité définit la notion de membre participant d'une mutuelle et introduit la question des contrats collectifs.

10 Selon l'article cité ci-dessus, les membres honoraires seraient des membres d'une mutuelle ne bénéficiant pas de prestations malgré une participation.



avant l'ordonnance, mais également les représentants des salariés de ces personnes morales selon des modalités définies par les statuts, ce qui est nouveau depuis l'ordonnance. Cette évolution n'allait pas de soi dans une gouvernance mutualiste née de la « liberté d'adhésion » (alors que le salarié d'une entreprise proposant un contrat collectif est par définition contraint – sauf cas de dispense- de souscrire à ce contrat).

II-5/ Le mutualisme saura-t-il prendre le tournant des nouvelles technologies ?

Thierry PECH, Directeur général du *think tank* Terra Nova, l'affirmait lors du congrès de la Mutualité Française à Nantes en 2015 : « *la Mutualité peut entrer dans un nouvel âge, à condition de saisir les opportunités du siècle qui s'ouvre. D'abord, les demandes de biens et de services en santé évoluent fortement et rapidement. Les acteurs capitalistiques classiques ne peuvent y répondre seuls. On assiste à une crise de légitimité et d'efficacité des acteurs publics. L'espace naturel d'acteurs comme les organismes mutualistes va être de plus en plus important. En outre, les valeurs de l'économie collaborative, véhiculées par la révolution digitale, sont proches de celles du mouvement mutualiste.* »

L'économie collaborative ou, plus précisément, certains de ses acteurs, ont effectivement, comme Monsieur Jourdain, fait du mutualisme sans le savoir. En s'engageant dans un modèle souvent non (ou peu) lucratif, en misant sur l'interaction entre les différents acteurs d'une communauté via des plates-formes numériques, certains acteurs de l'économie collaborative ont donc, d'une certaine manière réinventé le mutualisme. Pourtant, le secteur de l'économie collaborative et le mutualisme restent pour l'instant deux niches autonomes et communiquant peu...

La Mutualité Française doit aujourd'hui s'inspirer de ce mouvement et de son dynamisme, puiser dans les technologies des *civic tech*, pour réinventer un modèle à la fois vertueux et participatif. Il reste encore quelques marches à franchir mais les initiatives de certaines mutuelles laissent penser que ce mouvement est bien en marche...

La gouvernance des systèmes de santé et d'assurance maladie, une perspective internationale

Par Dominique Polton, Présidente de l'Institut des données de santé et conseillère scientifique de l'EN3S

De nombreux rapports ont dénoncé, dans les dernières années, la complexité de la gouvernance du système de santé et d'assurance maladie français et ses difficultés de pilotage, liées notamment à la répartition des responsabilités entre l'État et l'assurance maladie. « Le pilotage de notre système d'assurance maladie s'est progressivement complexifié au point d'être aujourd'hui dual, entre l'État d'une part et l'institution assurance maladie d'autre part », souligne en 2013 un rapport du Cercle Santé Innovation au titre provocateur : « L'Assurance Maladie est-elle encore utile ? »¹. En 2017, l'Institut Montaigne propose également, pour « réanimer le système de santé », une réforme de sa gouvernance, estimant que « *une grande partie des acteurs du système de santé s'accordent pour considérer qu'un des freins majeurs à la mise en œuvre d'évolutions structurellement significatives est le cloisonnement des différents acteurs et la dispersion des leviers d'action, notamment entre médecine de ville et hôpital.* »²

Ces débats sur la gouvernance ne sont pas récents, même si l'abord de ces questions a évolué au fil du temps et des réformes. En 2002, le ministre de la santé Jean-François Mattei avait réuni un groupe de travail ayant pour mission « d'établir un état des lieux partagé des relations entre l'État et l'assurance maladie et d'étudier la nature des missions des différents acteurs de notre système de santé et d'assurance maladie, avec l'objectif de faire apparaître les axes d'une nouvelle gouvernance de l'assurance maladie »³. Le rapport de Rolande Ruellan, chargée d'animer ce groupe de travail, faisait le constat que les tentatives qui s'étaient succédées jusqu'alors pour mieux articuler les responsabilités (plan Juppé, tripartisme dans les négociations conventionnelles, objectif de dépenses déléguées) n'avaient pas été couronnées de succès. Deux ans plus tard, le ministre alors en poste, Xavier Bertrand, présentait la loi de 2004 sur la réforme de l'assurance maladie en ces termes : « *L'enchevêtrement des acteurs concernés et des compétences entraîne une déresponsabilisation aux conséquences néfastes. Plus personne ne sait plus qui fait quoi, qui est responsable de quoi et devant qui. (...) Il nous faut donc réorganiser en profondeur notre système en clarifiant les responsabilités de chacun des acteurs.* » La loi de 2004 a effectivement instauré une nouvelle gouvernance, renforçant les

1 Le Cercle santé innovation, sous la direction scientifique de Jean de Kervasdoué. L'Assurance Maladie est-elle encore utile ? Décembre 2013.

2 Institut Montaigne. Réanimer le système de santé – propositions pour 2017. Juin 2016.

3 Ruellan R. Rapport sur les relations entre l'État et l'assurance maladie - Groupe de travail de la Commission des comptes de la Sécurité sociale. Décembre 2002.



responsabilités de l'assurance maladie tout en limitant les pouvoirs des partenaires sociaux. Elle a été très vite suivie d'une autre loi (Hôpital santé patients territoires) qui a, à nouveau, réorganisé le paysage institutionnel, cette fois en renforçant le pouvoir de l'État et en confiant aux agences régionales de santé (ARS) nouvellement créées un pouvoir unifié de pilotage du système de santé dans les territoires.

Cette complexité du pilotage est-elle une spécificité française ? Nos voisins ont-ils des gouvernances plus simples, plus lisibles et globalement plus efficaces pour piloter le système ? Sans avoir l'ambition de répondre à cette question de manière exhaustive et approfondie, cet article vise à donner un aperçu d'autres schémas de gouvernance et à montrer les débats et les difficultés qu'ils soulèvent dans leurs pays respectifs.

I- Un pilotage unifié et simple existe-t-il ?

I-1/ Rappel schématique des modèles de gouvernance

Les systèmes de santé des pays développés se sont construits avec des modèles d'organisation différents, qu'il est usuel de classer selon trois grandes familles historiques :

- ▼ le modèle du service national de santé⁴, universel, financé essentiellement par l'impôt, avec un accès gratuit des résidents à une offre de soins publique ;
- ▼ le modèle des assurances sociales, ou modèle bismarkien⁵, dans lequel l'assurance maladie est liée au statut professionnel, financée par des cotisations assises sur les salaires et gérée par des caisses administrées par les partenaires sociaux, qui passent contrat avec des offreurs de soins indépendants⁶ ;
- ▼ le modèle libéral où la protection contre la maladie de la population est facultative et assurée par des contrats d'assurance privée.

Ces schémas organisationnels se reflètent dans des formes de gouvernance différentes, les systèmes nationaux de santé étant gérés par l'État, les systèmes d'assurances sociales par les partenaires sociaux et les systèmes libéraux par le marché.

Cependant, cette ligne de partage historique entre les trois familles ne suffit pas, à elle seule, à caractériser l'organisation des responsabilités, et d'autres dimensions importantes entrent en jeu qui ne recourent pas cette typologie. On peut en citer deux :

-
- 4 Appelé aussi système beveridgien, du nom de lord William Beveridge, père fondateur du système britannique.
 - 5 En référence à Otto von Bismarck, chancelier allemand au moment de la mise en place du système à la fin du XIX^e siècle.
 - 6 Dans plusieurs pays européens ces assurances sociales ont co-existé, jusqu'à une date récente, avec des assurances privées facultatives pour la fraction la plus riche de la population

- ▼ le degré de décentralisation : de ce point de vue l'Allemagne se rapproche des modèles nationaux des pays scandinaves ou des pays du Sud, avec une gestion très décentralisée du système de santé ; à l'inverse la France et l'Angleterre, qui ont des systèmes de santé organisés différemment, partagent une culture de régulation beaucoup plus centralisée⁷ ;
- ▼ le rôle des organisations professionnelles et leur implication dans la régulation du système : ainsi tout en ayant un système d'inspiration bismarkienne, la France a une tradition de régulation administrée et une fragmentation des syndicats médicaux qui contrastent avec la culture allemande d'« auto-administration » par la négociation collective, allant de pair avec une organisation très unifiée de la profession médicale⁸.

Même si ces éléments ne sont pas propres au secteur de la santé et renvoient plus globalement au fonctionnement des institutions dans chaque pays, ils ont évidemment un impact sur la gestion des systèmes de soins et d'assurance maladie.

La pertinence de la typologie traditionnelle est par ailleurs mise à mal par les profondes transformations dont ces systèmes ont fait l'objet dans les trois ou quatre décennies. Leur organisation actuelle est en effet souvent le résultat d'une longue trajectoire de réformes, qui les a éloignés du modèle initial et a brouillé les lignes de partage traditionnelles.

Ainsi certains systèmes bismarkiens ont évolué vers un modèle de « concurrence organisée » où une partie des responsabilités de gestion est déléguée à des assureurs en compétition. La version la plus aboutie de ce modèle est celle des Pays-Bas, où une réforme majeure a été mise en œuvre en 2006, après plusieurs étapes qui se sont déployées sur une période de vingt ans. L'Allemagne a suivi une voie similaire, mais sans aller aussi loin dans la délégation de gestion aux assureurs. À l'inverse, l'Autriche a gardé les institutions et répartitions des pouvoirs de son modèle originel : les gouvernances de ces trois systèmes de type « bismarkien décentralisé » ont ainsi divergé.

De la même façon, certains systèmes nationaux ont considérablement évolué, à commencer par l'archétype du système national de santé britannique, qui a fait l'objet de réformes successives, à un rythme soutenu, depuis les années quatre-vingt. Ces réformes ont eu en commun de donner plus d'autonomie et de responsabilités à des offreurs de soins. La dernière en date, en 2012, a supprimé les structures locales créées par le gouvernement travailliste précédemment élu pour confier des pouvoirs étendus à des consortiums de généralistes. Comme pour les Pays-Bas, la gouvernance est très éloignée aujourd'hui de celle du système originel.

I-2/ Des partages de responsabilités plus ou moins complexes dans tous les pays

« *L'assurance-maladie, un système d'une rare complexité et difficile à piloter* », titrait le journal Le Monde en avril 2004. L'idée selon laquelle « il faut un pilote unique » est très répandue : les agences régionales de santé ont été d'ailleurs créées avec cette idée de rassembler les

7 Même si en Angleterre, des responsabilités ont été décentralisées à plusieurs reprises vers des groupes locaux de médecins, et notamment lors de la dernière réforme de 2012

8 Hassenteufel P. La profession médicale face à l'État : une comparaison France/Allemagne : institutionnalisation de la représentation et politique de santé. 1994.



responsabilités sous une même autorité, comme le souligne Didier Tabuteau : « *La loi HPST a parachevé le dispositif au niveau régional en confiant aux agences régionales de santé (ARS) qu'elle a créées un pouvoir unifié de pilotage du système de santé dans les territoires, y compris pour la gestion du risque qui relevait jusqu'alors, par principe, des caisses d'assurance maladie.* »⁹

Sans contester le bien-fondé de cette volonté d'unification, il est intéressant de se demander si cette notion d'un pilote unique concentrant l'ensemble des responsabilités trouve à s'appliquer dans d'autres pays.

Il apparaît que partout, les responsabilités sont d'une manière ou d'une autre partagées entre différents acteurs. Dans tous les pays, cette répartition des pouvoirs ne va d'ailleurs pas sans susciter des difficultés et des tensions, et les équilibres évoluent au fil des réformes.

Ainsi dans des États fédéraux ayant mis en place des modèles assurantiels tels que l'Allemagne, la Suisse ou l'Autriche, une caractéristique fondamentale du système politique est le partage du pouvoir de décision entre le gouvernement fédéral, les gouvernements territoriaux (*Länder*, cantons) et les organisations de la société civile « auto-administrées » (notamment, pour le système de santé, les assureurs maladie et les professionnels de santé).

En Allemagne, la planification et la régulation des structures hospitalières ainsi que le financement des investissements hospitaliers sont de la compétence des régions (*Länder*)¹⁰, tandis que les coûts de fonctionnement sont supportés par les caisses d'assurance maladie¹¹. Un pouvoir important est délégué à ces caisses et aux organisations professionnelles et établissements, qui négocient et contractualisent, en application du principe « d'auto-administration ».

Cette organisation avec un financement dual des hôpitaux a conduit à une forte expansion des capacités et des dépenses hospitalières, les caisses étant obligées, jusqu'aux réformes des années quatre-vingt-dix, de financer les coûts de fonctionnement résultant des décisions d'investissement des *Länder*. Elle a aussi instauré une coupure entre l'hôpital et la ville, freiné le virage ambulatoire¹² et contribué à maintenir un système très hospitalo-centré.

La fragmentation du système est plus accentuée encore en Autriche, où les *Länder* financent non seulement les investissements des hôpitaux, mais aussi leurs dépenses de fonctionnement ; ils sont alimentés par des circuits de financement complexes, combinant des ressources fiscales des collectivités régionales et locales, des financements alloués par le niveau fédéral et des financements provenant des assureurs sociaux. Ces derniers, dont le principe « d'auto-administration » est garanti par la constitution, n'ont pas de compétences sur les soins hospitaliers, même

9 Tabuteau D. « Du plan Seguin à la loi HPST : les évolutions de la politique de santé », *Les Tribunes de la santé*, 2010/5 (n° HS 1), p. 37-51.

10 Ainsi que la santé publique.

11 Et à un moindre degré par les assurances privées, souscrites par environ 11 % des allemands.

12 Les hôpitaux ayant notamment été limités pendant longtemps à une stricte activité d'hospitalisation complète, sans possibilité de prodiguer des traitements externes.

s'ils en abondent le financement ; en revanche, ils sont responsables des soins de ville, chacun contractant avec les organisations professionnelles de façon indépendante. Des responsabilités se chevauchent par ailleurs entre le niveau fédéral et le niveau des régions, notamment dans le domaine des soins de long terme ou du handicap. Le système autrichien apparaît ainsi comme ayant une gouvernance particulièrement complexe, et où la coordination ville – hôpital est très difficile à améliorer. Plusieurs tentatives de réforme pour organiser différemment les blocs de compétence ont échoué, et la solution finalement adoptée a été de créer des plateformes communes entre les trois niveaux, gouvernement fédéral, gouvernements régionaux et assureurs sociaux.

Même si la gouvernance est moins complexe dans les systèmes nationaux de santé, il n'y a pas non plus de pilote unique dès lors qu'on est dans un contexte de décentralisation politique et administrative, ce qui est le cas aussi bien des pays nordiques que de l'Italie ou de l'Espagne. La répartition des compétences entre le niveau national et les collectivités territoriales (comtés, communautés autonomes, régions, voire municipalités) a évolué dans tous ces pays, avec des mouvements de décentralisation mais aussi de recentralisation.

Car cette répartition des pouvoirs n'est pas toujours simple et pose aussi des problèmes de coordination entre les niveaux territoriaux. La coordination des politiques régionales apparaît, par exemple, difficile en Espagne, où la dévolution progressive (sept communautés autonomes se sont vues confier la responsabilité de leur système de santé de manière échelonnée entre 1981 et 1994, puis les dix autres en 2002) a créé pendant longtemps un système hybride. Les batailles politiques entre les partis au pouvoir au niveau national et régional ont fait obstacle aux tentatives de coordination des politiques par le Ministre de la santé et le conseil interterritorial du système national de santé¹³, l'organe devant assurer cette coordination. L'absence d'interopérabilité entre les systèmes d'information régionaux, de registres nationaux, d'harmonisation des politiques vaccinales ou les difficultés de circulation des patients entre régions sont quelques illustrations des conséquences de cette difficulté de coordination¹⁴.

I-3/ Même des systèmes qui apparaissaient comme simples se sont complexifiés

On évoque souvent le cas du système national de santé britannique comme un exemple de système où les principes de gouvernance sont simples, la responsabilité de l'État central étant clairement affirmée.

Si l'on se limite au National Health Service anglais¹⁵, cette assertion était sans doute valable il y a quelques décennies : un système administrativement centralisé, des hôpitaux nationalisés, sans autonomie juridique, placés sous le contrôle de régions sanitaires, une ligne hiérarchique avec le Ministère renforcée, telles étaient les caractéristiques de la gouvernance du NHS à la fin des années quatre-vingt.

Depuis, le système est en perpétuelle évolution, les réformes s'y succédant à un rythme rapide.

13 Qui rassemble le Ministre de la santé national et les Ministres de la santé régionaux.

14 Durán Antonio. Health system decentralization in Spain: a complex balance. Euro Observer, Volume 13, Numéro 1, 2011.

15 Il est en effet devenu difficile de parler du système du Royaume-Uni, car le processus de décentralisation au niveau des quatre nations qui le composent (l'Angleterre, le Pays de Galles, l'Ecosse et l'Irlande du Nord) conduit leurs systèmes à diverger, chacun de ces États ayant sa politique propre.



Une première transformation, portée par le gouvernement conservateur, a visé à introduire davantage de concurrence et de responsabilité économique pour dynamiser un système jugé trop bureaucratique, inefficace et insuffisamment à l'écoute des besoins des usagers. Le « *purchaser-provider split* », la séparation acheteur – offreur de soins, est devenue une pierre angulaire des réformes. Sous le gouvernement Thatcher, des « généralistes gestionnaires de budget » se sont vu confier la responsabilité de financer les soins de spécialistes et les soins hospitaliers pour le compte de leurs patients, devenant ainsi des « acheteurs de soins ». Les hôpitaux (qui fournissent les soins de spécialistes en Angleterre) sont devenus des structures autonomes et en concurrence entre eux.

Cette responsabilité « d'achat de soins » (*commissioning*) est restée présente sous des formes variées dans les différentes réformes. En 1997, le gouvernement travailliste revenu au pouvoir la confia à des réseaux de médecins généralistes mailant le territoire ; ces « *primary care trusts* » (PCTs) sont devenus, au fil des années et des fusions, plus proches d'administrations locales que de groupes de médecins, même si leurs instances de gouvernance comprenaient des praticiens de terrain.

La réforme de 2012 a opéré un revirement radical, en supprimant ces 150 structures locales (PCTs) ainsi que les administrations régionales, et en accordant le pouvoir d'« acheteur » directement à des consortiums de cabinets de médecine générale, les « *clinical commissioning groups* », à qui sont délégués des budgets conséquents pour financer les soins secondaires.

L'idée à l'origine de la réforme était simple : alléger la bureaucratie, les administrations intermédiaires, confier le pouvoir et le budget directement aux acteurs connaissant le mieux les besoins de la population, c'est-à-dire les généralistes.

La gouvernance mise en place au final n'a pas, pour autant, la simplicité de cette idée de base. En particulier, la réforme s'est traduite par la création de nombre d'institutions :

- ▼ à côté du Ministère de la santé, qui n'a plus qu'un rôle d'orientation stratégique et ne gère plus directement les structures du NHS, un organisme indépendant a été mis en place, le NHS England. Pensé à l'origine avec un rôle réduit, cet institut a eu finalement des responsabilités très étendues. Notamment il finance et organise l'offre de soins primaires, supervise les *Clinical Commissioning Groups (CCGs)*, qui organisent et financent les soins secondaires, et leur alloue leur budget. Le NHS England comporte une structure nationale, quatre directions régionales et environ 25 équipes locales ;
- ▼ confier la gestion de 65 milliards de £ à des groupes de médecins n'ayant rien d'évident, une vingtaine de « *commissioning support units* » ont été créées pour les aider techniquement dans cette tâche, en traitant les données, en accompagnant les négociations, la contractualisation... Des « *clinical senates* », groupes d'experts de différentes disciplines médicales, les conseillent également ;

- ▼ la santé publique a été détachée du NHS et confiée aux 150 collectivités locales et à une nouvelle organisation nationale, *Public Health England* ; au niveau de chaque collectivité locale, a été créé un « *Health and wellbeing board* », comité chargé de promouvoir une meilleure intégration entre les services du NHS, la santé publique et les services sociaux ; ces comités doivent travailler conjointement avec les *clinical commissioning groups* pour produire une stratégie commune. Par ailleurs, 152 entités de veille sanitaire représentant les usagers au niveau local ont été également mises en place, les *Local Healthwatch* ;
- ▼ la réforme a par ailleurs maintenu des institutions antérieurement créées, chargées de surveiller la qualité (*Care Quality Commission*) et de réguler le marché interne (*Monitor*). Au final, la gouvernance issue de la réforme de 2012, qui porte la marque d'un compromis entre décentralisation professionnelle et décentralisation politique, mais aussi d'une tension entre décentralisation et centralisation (avec la création de structures nationales puissantes), apparaît d'une grande complexité et plus fragmentée qu'auparavant.

II- Difficultés de pilotage et tensions ne sont pas l'apanage de la France

II-1/ Questionnements et réformes dans les systèmes nationaux décentralisés

Dans les pays caractérisés par une organisation politique décentralisée, la répartition des pouvoirs de décision entre les différents niveaux de gouvernement n'est pas immuable, et des réformes viennent à intervalles réguliers la modifier.

La tendance a été à une décentralisation croissante dans les années 1990. Ainsi, dans cette période, les dix-sept communautés autonomes espagnoles et les vingt régions italiennes se sont vu confier la responsabilité du système de santé dans leur territoire. Ce processus, inscrit dans un mouvement politique global d'autonomisation des régions, s'est déroulé en plusieurs étapes, avec une décentralisation de la gestion d'abord, puis de la responsabilité financière corrélativement à l'accroissement de l'autonomie fiscale. L'État central a conservé un rôle de cadrage général et de coordination, qui n'est pas toujours aisé comme on l'a vu dans le cas de l'Espagne.

Avant cette époque, les pays scandinaves avaient déjà derrière eux une longue tradition de décentralisation, à une échelle territoriale beaucoup plus proche des populations que ne le sont les régions italiennes, espagnoles ou françaises : les comtés en Suède ou au Danemark (population moyenne de 350 000 à 450 000 habitants), voire les municipalités pour les soins primaires (en Norvège) ou l'ensemble des soins (en Finlande). Au cours des années 1990, la tendance décentralisatrice s'est renforcée, notamment au Danemark et en Suède, où des blocs de compétences importants ont été transférés des comtés aux municipalités, comme les soins de long terme aux personnes âgées, aux personnes handicapées et aux malades mentaux stabilisés.

Mais les évolutions récentes de la gouvernance ont eu plutôt tendance, à l'inverse, à renforcer le pouvoir de décision du niveau central. Cette tendance est perceptible dans les pays nordiques, mais aussi en Allemagne, en Italie, en Australie ou en Suisse.



En Norvège, la réforme de 2002 a transféré la propriété des hôpitaux des comtés au gouvernement central, qui est devenu responsable de la fourniture des soins spécialisés, et les comtés se sont vus retirer leurs compétences au profit de cinq organismes de santé régionaux nouvellement créés (réduits à quatre en 2007), qui n'ont pas d'autonomie politique et sont supervisés par le ministère de la santé. L'objectif était d'améliorer le contrôle des coûts et la productivité, mais aussi de réduire les disparités territoriales¹⁶.

En 2007, le Danemark a mis en œuvre une très importante réorganisation administrative, avec d'une part une concentration des collectivités territoriales (les treize comtés ont été remplacés par cinq régions et le nombre de municipalités a été réduit de 271 à 98), et d'autre part des changements notables dans la répartition des tâches au sein du secteur public danois. Un des objectifs était de créer des unités administratives suffisamment larges pour gérer les soins hospitaliers, et de mettre fin à une trop grande dispersion d'établissements, jugée préjudiciable à la qualité des soins et source d'inefficience¹⁷. Cette concentration s'est accompagnée d'un renforcement de l'autorité du pouvoir central : une loi de stabilité financière encadre l'autonomie fiscale des collectivités territoriales, et les investissements hospitaliers sont désormais financés par le niveau national, dont l'autorisation conditionne toute opération de restructuration hospitalière prévue par les régions¹⁸.

Dans ces deux pays, on observe donc un mouvement de centralisation de la gestion des soins hospitaliers¹⁹.

Des éléments de consolidation nationale apparaissent également présents en Suède, notamment en termes de supervision et de guidance des politiques des comtés par le pouvoir central²⁰.

De la même manière, même si la Suisse reste un système très décentralisé au regard de beaucoup d'autres pays, la tendance est à une réduction des pouvoirs des cantons. La première constitution fédérale de 1848 limitait les compétences fédérales aux mesures sanitaires en cas d'épidémie. Depuis, presque toutes les réformes se sont de fait traduites par un transfert des pouvoirs de régulation au niveau fédéral, souvent en réponse à des problèmes nécessitant une coordination accrue.

Ainsi la loi LAMal de 1996, qui a rendu l'assurance maladie obligatoire, a été une étape importante vers plus de centralisation et d'harmonisation, avec une définition

16 OCDE. Examens territoriaux de l'OCDE : Norvège. 2007.

17 Terkel Christiansen, Karsten Vrangbæk. Hospital centralization and performance in Denmark – ten years on. COHERE discussion paper No.7/2017

18 Richard B.Saltman, Karsten Vrangbaek, Juhani Lehto and Ulrika Winblad. Consolidating national authority in Nordic health systems. Eurohealth, Vol.18, No.3, 2012, pp 21-24.

19 En parallèle cependant, des compétences accrues ont été confiées aux municipalités en matière de prévention et de promotion de la santé.

20 En Finlande la gestion du système de santé reste décentralisée, même si une tendance similaire à la concentration s'observe (suppression de l'échelon administratif des provinces en 2010, réduction du nombre de municipalités).

centralisée des contenus des contrats d'assurance. En 2002, la responsabilité de la mise sur le marché des produits de santé a également été transférée au niveau fédéral, ainsi que la standardisation des qualifications des professionnels en 2007. En 2009, obligation a été faite aux cantons de coordonner leur planification des services hautement spécialisés, pour assurer une concentration suffisante. Depuis 2014, les soins primaires sont explicitement mentionnés dans la constitution fédérale comme étant un domaine de co-responsabilité fédérale et cantonale. C'était la première fois que le niveau fédéral était reconnu constitutionnellement comme ayant une responsabilité dans la fourniture des soins. La même année, les compétences du niveau fédéral concernant la supervision des assureurs ont été accrues, et ses possibilités d'intervention renforcées. Il est également de plus en plus impliqué dans la qualité des soins²¹.

II-2/ Le difficile déplacement de la régulation dans les systèmes gérés par des assureurs en concurrence

Un autre modèle de gouvernance qui a émergé dans certains systèmes d'assurance sociale consiste à transférer une partie des responsabilités de régulation du système de soins à des assureurs santé qui sont en concurrence.

C'est aux Pays-Bas que l'on trouve la forme la plus aboutie de cette transformation. C'est même en réalité le seul pays qui a mis en œuvre une réelle délégation de gestion aux assureurs : en Allemagne, en Suisse, en Belgique, l'essentiel de la régulation reste aux mains d'autorités ou de structures publiques²².

Un tel transfert de compétences n'a en effet rien d'évident, et la réforme néerlandaise a été d'ailleurs très progressive : elle a été préparée par vingt ans de débats et d'étapes préalables avant sa mise en œuvre en 2006, et même si cette date a marqué effectivement une rupture radicale, elle continue depuis à être un processus permanent d'évolution. On est loin de la solution « clés en mains » que l'on présente parfois dans les débats sur les alternatives au modèle français.

Le propos n'est pas ici de faire le bilan de cette transformation, assez unique en Europe, sur l'efficacité, la qualité et l'équité du système, mais de se centrer sur son impact en termes de gouvernance.

L'argument majeur en faveur d'un modèle de ce type est l'idée selon laquelle les assureurs sont en capacité d'exercer une fonction « d'achat de soins » de manière plus efficace qu'un régulateur en situation de monopole, avec pour résultat un meilleur rapport qualité / prix pour l'usager. Ceci suppose qu'ils aient des leviers pour cela, et notamment qu'ils aient la capacité de ne pas contractualiser avec certains professionnels, de négocier les prix, etc.

La contractualisation sélective²³ a été d'emblée autorisée, mais elle reste en pratique très limitée aujourd'hui. Les assureurs ont eu également assez rapidement la capacité de négocier les

21 De Pietro C, Camenzind P, Sturmy I, Crivelli L, Edwards-Garavoglia S, Spranger A, Wittenbecher F, Quentin W. Switzerland: Health system review. *Health Systems in Transition*, 2015; 17(4):1–288.

22 Thomson S, Busse R, Crivelli L, Van de Ven W, Van de Voorde C. Statutory health insurance competition in Europe: a four-country comparison. *Health Policy* 109 (2013) 209–225

23 C'est-à-dire la possibilité, pour chaque assureur, de ne pas passer convention avec tous les médecins ou tous les hôpitaux.



prix des produits de santé et ont d'ailleurs eu, au début de la réforme, des résultats assez spectaculaires dans ce domaine (notamment par exemple en matière de prix des génériques). La possibilité de négocier librement les tarifs avec les producteurs de soins a été plus progressive ; ainsi à l'hôpital elle a été limitée au début à 10 % du budget hospitalier, puis ce pourcentage a été augmenté à 20 % en 2008, 34 % en 2009, 70 % en 2012.

Cette évolution de la gouvernance et ce transfert de responsabilités à des opérateurs privés reste cependant, dix ans après la réforme, très controversés. Il y a d'ailleurs des mouvements inverses, l'État reprenant parfois les rênes de la régulation. Ainsi le contrôle des prix pour les soins dentaires, abandonné en 2012 pour laisser les assureurs négocier librement leurs tarifs, a été réinstauré ensuite au vu des fortes hausses tarifaires observées. Les assureurs négocient les prix, mais l'Autorité de santé a fixé un tarif horaire pour les spécialistes en pratique libérale. Par ailleurs, tout en laissant les assureurs gérer le risque, l'État a continué à imposer un plafond annuel global de dépenses (macro-budget), et pour renforcer son contrôle dans ce domaine, la loi lui a donné la possibilité d'écrêter les revenus hospitaliers si le budget global pour l'hôpital était dépassé ; pour éviter d'en arriver à cette solution, le Ministère a signé avec les associations d'assureurs et d'hôpitaux un accord collectif de modération des dépenses hospitalières, qui a été reconduit ensuite : on revient donc fondamentalement à des négociations collectives, instruments classiques de régulation utilisés antérieurement, et qui viennent doubler les règles instaurées par la réforme fondée sur la concurrence.

Ces quelques exemples illustrent bien le fait qu'un tel déplacement de la gouvernance du système de santé ne va pas de soi : c'est un processus continu, avec des mouvements d'aller-retour, et non exempt de tensions entre les acteurs. L'État est souvent tenté d'intervenir au-delà du rôle que la réforme lui a conféré de garant des valeurs et du cadre dans lequel s'exerce la concurrence, d'orientation générale et de supervision. Il le fait d'autant plus que les controverses sur cette nouvelle gouvernance restent vives : l'image qu'en a l'opinion publique est essentiellement celle d'un rapport de forces entre assureurs et professionnels de santé, et la confiance qu'ont les assurés dans leur opérateur d'assurance, qui en principe négocie pour leur compte avec les producteurs de soins, s'est beaucoup érodée au fil des années²⁴. Certaines propositions de loi visant à compléter la réforme ont d'ailleurs été rejetées²⁵.

24 Notamment une proposition visant, pour accroître l'incitation des assureurs à sélectionner les offreurs de soins avec lesquels ils contractualisent, à abandonner leur obligation de financer à 75 % les soins des offreurs hors contrat.

25 Maarse H, Jeurissen P, Ruwaard D. Results of the market-oriented reform in the Netherlands: a review. *Health Econ Policy Law*. 2016 Apr;11(2):161-78.

De cette revue rapide de différents modèles et de leurs évolutions récentes, on peut dégager quelques réflexions.

D'une part, il n'existe pas de gouvernance simple ; les systèmes sont plus ou moins complexes, mais les acteurs qui interviennent dans le champ de l'assurance maladie et de la santé sont toujours multiples, et des débats réguliers ont lieu, comme en France, sur la répartition des compétences.

On ne sait d'ailleurs pas si un pilotage unifié constituerait, en soi, une garantie de meilleure efficacité dans la régulation du système. Certains pays ont, au contraire, considéré qu'une pluralité d'acteurs ayant une délégation de gestion du système (qu'il s'agisse d'une décentralisation professionnelle en Angleterre ou d'opérateurs d'assurance aux Pays-Bas) était de nature à améliorer le service rendu aux usagers, plus que la régulation par une administration publique monopolistique. Ce débat ne peut guère être tranché objectivement, faute d'évidence scientifique, et reste largement idéologique.

D'autre part, aucune gouvernance n'apparaît de nature à résoudre de façon simple l'ensemble des défis auxquels sont confrontés nos systèmes de santé, de qualité, d'équité, d'efficience, de soutenabilité financière. La gouvernance est donc toujours en chantier, toujours revue, avec des équilibres de pouvoir dynamiques, en fonction des alternances politiques mais aussi des questions qui arrivent de façon prioritaire à l'agenda des politiques publiques.

De ce point de vue, si la gouvernance actuelle de chaque pays porte la marque de sa trajectoire historique, de ses institutions et de sa culture, on ne peut qu'être frappé par l'importance des transformations qui ont eu lieu dans certains d'entre eux dans les dix ou vingt dernières années.

C'est peut-être, plus que la recherche d'une gouvernance idéale qui n'existe pas, cette capacité à évoluer, à accepter de réformer progressivement les modèles de régulation et les modalités de travail des acteurs qui la mettent en œuvre, qui peut constituer un chemin de progrès.

Faut-il pour autant, pour stimuler cette capacité d'innovation, changer régulièrement de gouvernance, comme le service national de santé britannique l'a fait dans les trois dernières décennies ? Le NHS a été indéniablement à l'origine de nombreuses pratiques innovantes dans la régulation du système, et peut-être ces changements les favorisent-elles en évitant de figer les situations. Mais à l'inverse, les réorganisations institutionnelles consomment une grande énergie des acteurs, qui pendant ce temps-là n'est pas mise dans l'amélioration des outils et des pratiques de gestion du système. Le débat reste donc ouvert sur ce point...

Un investissement social de l'assurance maladie : la PFIDASS. Chronique d'une expérimentation en voie de généralisation d'un dispositif local d'accès aux soins

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



Christian Fatoux, Directeur de la CPAM du Gard depuis 2007, est en charge du co-pilotage de la généralisation de la PFIDASS.

Le baromètre du renoncement aux soins dans le Gard a trois ans : le numéro 46 de la revue Regards s'en était fait l'écho¹ et avait relaté cette recherche action, menée avec les chercheurs de l'ODENORE², qui a conduit la CPAM du Gard à expérimenter un dispositif de prise en charge des situations de renoncement aux soins, aujourd'hui en voie de généralisation au sein du réseau.

Le présent article se propose de revenir sur le chemin parcouru depuis septembre 2014, en analysant les caractéristiques majeures et le devenir possible d'un dispositif qui interroge la culture, les pratiques professionnelles et le positionnement territorial de l'Institution.

I- Les grandes leçons du diagnostic d'une réalité sociale sous-estimée

La Plateforme d'Intervention Départementale pour l'Accès aux Soins et à la Santé (PFIDASS) ouvre le 17 novembre 2014, à l'issue d'un diagnostic approfondi visant à éclairer le phénomène du renoncement aux soins dans le Gard. Les résultats de ce diagnostic, résumés dans l'article précédemment cité, sont confirmés, au cours de la période qui suit, tant dans les autres départements de l'ancienne région Languedoc Roussillon (avril 2015) que dans les vingt-et-un départements qui expérimentent en 2016 la PFIDASS et dans ceux qui se lancent dans l'aventure en mars 2017. Ils mettent en évidence que le renoncement aux soins n'est pas un phénomène marginal : plus d'un quart de la population enquêtée déclare avoir renoncé à des soins au cours des douze derniers mois³. Les analyses d'une grande richesse produites par les chercheurs disent les ravages, sur les personnes, de cette impossibilité de recevoir les soins nécessaires

1 Le renoncement aux soins, un enjeu pour l'assurance maladie. Eléments de réflexion issus d'une étude menée par la CPAM du Gard, revue REGARDS, n° 46

2 ODENORE : observatoire des non recours aux droits et aux services

3 « 65 357 assurés du régime général de 43 départements ont été interrogés à la date du 1^{er} juillet 2017 dans le cadre du diagnostic dénommé « baromètre du renoncement aux soins », depuis sa création en 2014. 17 624 d'entre eux ont déclaré avoir renoncé à un ou plusieurs soins au cours des douze derniers mois et/ou être toujours en situation de renoncement au moment où ils ont été enquêtés. Le taux global de renoncement aux soins mesuré est ainsi de 27 %. » Hélène Revil (ODENORE/PACTE/CNRS), Août 2017.



en termes de conséquences sanitaires, sociales, familiales, professionnelles, psychologiques⁴.

Le matériau ainsi recueilli par l'Assurance Maladie, unique par sa richesse et son ampleur, appelle plusieurs remarques :

- ▼ Les résultats quantitatifs de ces diagnostics varient géographiquement, mais confirment, quel que soit le département concerné, le caractère non résiduel du renoncement : au sein d'une même région très marquée par le chômage et la précarité, le Languedoc Roussillon, le taux de renoncement aux soins, légèrement supérieur à 30 %, est quasiment identique entre les départements de l'Hérault, du Gard, des Pyrénées orientales. Ces données sont conformes aux résultats des enquêtes des grands instituts nationaux, dont la publication régulière dans les médias, comme toute donnée statistique, se noie rapidement dans le flot quotidien des informations générales. Elles ont, ici, une toute autre portée : les questionnaires ont été réalisés en face-à-face, par les professionnels des caisses, auprès des assurés, lors de leur visite à la CPAM. Dès lors, les résultats, par leur gravité, interpellent l'Institution dans son fonctionnement, dans sa connaissance des publics qu'elle a pour mission de servir, dans le contenu du service qu'elle rend, dans son cœur de métier. L'ampleur du phénomène du renoncement mesurée par les diagnostics a, bien entendu, un impact déterminant sur la décision d'apporter des réponses et sur le niveau de ces réponses : des suites auraient-elles été données si ce taux avait été de l'ordre de 5 % par exemple ?
- ▼ La dimension qualitative du matériau recueilli réside dans les analyses des chercheurs mais aussi dans les histoires de vie, dans les expressions, les mots des personnes enquêtées, rapportés dans les synthèses d'entretiens; elle constitue le terreau qui a fécondé l'action, en a donné le sens et dessiné les contours.
- ▼ Cet apport de connaissances a permis à nombre d'acteurs de l'Assurance Maladie de faire le cheminement nécessaire pour s'approprier une réalité sociale que la plupart méconnaissaient, ou sous-estimaient ou considéraient hors champ de compétence ; pour d'autres, l'idée même d'emprunter ce chemin n'est pas encore chose acquise : malgré la rigueur scientifique des travaux de l'ODENORE et les évaluations probantes des premières expérimentations de la PFIDASS, ils considèrent que les réponses traditionnelles, à savoir les aides d'action sociale, les interventions des services sociaux, des CCAS, du secteur associatif, suffisent. Cette position a été dominante au sein de l'Institution jusqu'au tournant que constitue, en octobre 2015, la décision du Directeur Général

4 Cf. le baromètre du renoncement aux soins dans le Gard, Philippe Warin, Catherine Chauveaud, septembre 2014.

de la CNAMTS d'expérimenter le dispositif gardois dans une vingtaine de CPAM.

- ▾ Enfin et surtout, comment ne pas conclure sur le fait que ce diagnostic s'achève au final sur un constat sévère : aux portes du système de santé le plus envié au monde, des millions de français rencontrent des difficultés, dont les causes sont diverses, pour accéder aux soins, voire reportent ou renoncent, malgré un ensemble de mesures législatives et réglementaires visant à lever les freins à l'accès, malgré les politiques d'accès aux droits et aux soins mises en œuvre par les différents opérateurs dont l'Assurance Maladie. Qu'est devenu notre système de soins au fil des années ? A-t-il fait de nombre de nos concitoyens des exclus de la santé⁵ ?

II- En réponse au diagnostic, l'émergence d'un dispositif innovant.

Le baromètre du renoncement aux soins dans le Gard, en décrivant les caractéristiques du renoncement aux soins, a permis de définir les deux grands principes d'action sur la base desquels s'ouvre, à la CPAM du Gard, le 17 novembre 2014, la Plateforme d'intervention départementale pour l'accès aux soins :

- ▾ **Repérer les situations de renoncement** : il faut en effet « rompre la loi du silence ⁶ », qui masque la réalité du renoncement aux soins : les personnes concernées n'expriment pas spontanément leurs difficultés, ni à leur médecin, ni à leur caisse d'assurance maladie, si elles ne sont pas invitées explicitement à le faire lors d'un entretien au cours duquel une relation de confiance a pu s'instaurer. C'est la raison pour laquelle l'organisation du repérage fait appel aux professionnels médico-sociaux en contact avec la population, à commencer par ceux de l'Assurance Maladie. Ces professionnels, formés pour intégrer progressivement le repérage dans leurs pratiques, proposent aux personnes concernées un accompagnement par la PFIDASS, dans la mesure bien sûr où ils estiment qu'il est nécessaire pour compléter utilement leur propre intervention. L'expression « repérage » pour qualifier cette phase essentielle est d'ailleurs réductrice : il ne s'agit pas seulement, pour le professionnel, de repérer le renoncement aux soins, mais aussi de présenter au renonçant l'offre d'accompagnement personnalisé de la PFIDASS et, afin de rendre possible la saisine du dispositif, d'obtenir son consentement explicite.
- ▾ **Guider de bout en bout la personne**, selon sa capacité d'autonomie face aux démarches administratives et la relancer autant que de besoin pour aboutir à la réalisation effective des soins : l'action publique ne cesse que lorsque cet objectif est atteint, ou bien lorsque la personne a décidé d'elle-même de mettre fin à l'accompagnement. Cette guidance⁷, qui porte sur l'accès à l'ensemble des droits et

5 « Les personnes qui renoncent à des soins voient leur droit à la santé en partie non réalisé et se retrouvent donc dans une situation d'exclusion partielle au regard de la définition que donne le Conseil National des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale », Philippe Warin, Catherine Chauveaud, op.cit.

6 Revue REGARDS n° 46, le renoncement aux soins, un enjeu pour l'assurance maladie

7 « La notion de manque de guidance renvoie au manque de vigilance, d'incitation et d'accompagnement de la part des professionnels de santé comme des professionnels de l'administratif et du social » Philippe Warin, Catherine Chauveaud le Baromètre du renoncement aux soins dans le Gard, septembre 2014.



services, sur leur bon usage, sur l'accès à une couverture complémentaire adaptée à la situation de la personne, sur le financement des soins, sur l'orientation dans le système de soins, est assurée en continu, sur toute la durée de l'accompagnement, par l'équipe de la PFIDASS, interlocuteur unique du renonçant : c'est la condition de l'instauration d'une relation de confiance.

Trois années plus tard, près de 4 000 situations de renoncement aux soins ont fait l'objet, dans le Gard, d'une saisine du dispositif par le réseau des 500 professionnels potentiellement détecteurs. Le résultat le plus significatif de cette expérimentation réside très certainement dans le constat que la totalité des situations⁹ prises en charge ont eu pour issue la réalisation des soins, ce qui constituait l'incertitude majeure lors du démarrage de l'expérimentation ; ainsi les équipes de la CPAM ont su trouver des réponses, qui n'étaient pas écrites préalablement, chaque situation étant singulière, pour lever les freins de toute nature à l'accès aux soins, en mobilisant les ressources internes et, parfois, en sollicitant les professionnels de santé publics ou privés.

La première année, l'année 2015, a été celle de la montée en charge de la plateforme, celle de sa co-construction par l'ensemble des acteurs qui se sont engagés dans le projet. Une année faite de « tâtonnements, de doutes, d'avancées et de réussites »⁹. Elle a été l'année au cours de laquelle un investissement considérable a été consenti pour concevoir et mettre sur pied l'organisation, constituer et former l'équipe, puis professionnaliser les pratiques d'accompagnement en formalisant les procédures et en développant un logiciel de gestion des situations¹⁰. Grâce à cet investissement, le portage ultérieur de la PFIDASS dans d'autres organismes sera fluide et rapide.

Dès la fin du premier semestre 2015, une première évaluation de l'efficacité du dispositif est confiée à l'ODENORE. Il importait en effet de se donner la possibilité sans tarder d'un regard distancié sur une démarche à l'issue incertaine, pour apporter les ajustements nécessaires dans l'organisation et les pratiques et prouver, scientifiquement, l'utilité sociale du service dans la perspective de son extension à d'autres organismes, condition de sa survie. Entre mars et octobre, des entretiens auprès d'assurés accompagnés par la PFIDASS mettent en évidence des impacts dépassant souvent les attentes :

- ▼ Une relation nouvelle s'instaure entre la CPAM, désormais à l'initiative du premier contact, et les personnes, qui apprécient qu'enfin elle

8 À l'exception des situations ayant donné lieu à un abandon de l'accompagnement du fait de l'assuré.
9 H. Revil, ODENORE, Regard sur un dispositif expérimental de détection du renoncement aux soins, mars 2016
10 L'appli OGEDAS (outil de gestion de l'accès aux soins) trace l'ensemble des interactions entre les accompagnants et l'assuré ; il est aussi un outil d'assistance à l'accompagnement. Il gère une base de données, unique en France, particulièrement riche d'informations sur le renoncement aux soins. OGEDAS a rendu possible la transférabilité du dispositif gardois dans le réseau des CPAM ;

s'intéresse à leurs difficultés d'accès aux soins, que leur interlocuteur soit bien informé de leur dossier, qu'il dispose de possibilités de solutions, et prenne tout le temps nécessaire pour expliquer la marche à suivre ; alors s'établit progressivement un climat de confiance. « *Globalement, les assurés ont le sentiment d'être entendus, voire reconnus* »¹¹.

- ▼ Une fonction de coordinateur relais voit le jour : l'accompagnant PFIDASS « constitue, du point de vue des personnes, un relais efficace pour interpeller les autres organismes ou les professionnels de santé en cas de besoin... Là où les personnes peuvent avoir des craintes à frapper à certaines portes ou du mal à obtenir des réponses, l'accompagnant peut les relayer et faire en outre avancer leur dossier plus rapidement »¹².
- ▼ Des gains objectifs et subjectifs ressortent de l'accompagnement : c'est bien sûr d'abord et avant tout la réalisation des soins, fréquemment longtemps attendue, mais aussi l'attribution des droits à une couverture sociale complète, l'explication de l'usage de ces droits, l'aide au choix d'un contrat de complémentaire santé, la levée des freins financiers, l'orientation dans le parcours de soins. Au-delà de ces gains objectifs, les personnes expriment les conséquences de l'accompagnement sur leur vie quotidienne et combien, pour certains, il leur a permis de remettre le pied à l'étrier pour reprendre des démarches administratives et de soins (« ça m'a fait rebondir », « *j'ai eu un coup d'accélérateur* »¹³), pour d'autres l'important sera d'avoir identifié l'existence de cette possibilité de recours en cas de difficultés, qui les sécurise, d'autres enfin diront avec émotion avoir retrouvé leur honneur, leur dignité, leur fierté.

À aucun moment, la très forte utilité sociale du dispositif ne fera question.

Au sein de l'Assurance Maladie du Gard, dès lors que l'étape consensuelle du diagnostic a été franchie et qu'est venu le temps de l'action avec la création de la PFIDASS, sont apparues de premières interrogations sur l'impact du nouveau dispositif sur les métiers : agent d'accueil, assistant social, médecin conseil, médecin du centre d'examen de santé. Les frontières entre ces métiers, et donc les coopérations entre les services concernés, CPAM, service social, service médical, centre d'examen de santé sont questionnées. Des réserves ont pu être exprimées tant par des professionnels eux-mêmes, que par des cadres et des dirigeants ; ces réserves, qui se confirmeront dans d'autres organismes lors de la généralisation, non totalement levées à l'heure où s'écrivent ces lignes, se résoudront au fil du temps, confrontées à l'évidence des réalités sociales mises en lumière par les chercheurs et à l'ardente obligation de trouver des réponses qui ne peuvent être que co-construites entre les différentes composantes de l'assurance Maladie.

11 N. Blanchet, ODENORE, évaluation en continu de la PFIDASS du Gard, Novembre 2016.

12 H. Revil, op. cit.

13 N. Blanchet, op.cit.



Les agents d'accueil sont au cœur de la démarche et les plus affectés par les impacts de la PFIDASS dans l'exercice de leur métier. En effet, les accueils sont les lieux de plus forte détection des situations de renoncement. L'intégration de la détection dans leurs pratiques s'est déployée lentement mais sûrement au cours des trois années suivant l'ouverture de la plateforme grâce à la conjonction de trois facteurs :

- ▼ Les agents d'accueil gardois avaient une expérience de plusieurs années d'une posture d'accompagnement des assurés, de détection de situations sensibles; le repérage des difficultés d'accès aux soins est venu prolonger logiquement des missions et postures connues.
- ▼ Des formations approfondies ont été le déclencheur de l'engagement des agents dans la démarche : elles ont levé les réticences à aborder la question intime de la santé dans les entretiens, pour laquelle les agents ne se sentaient pas légitimes.
- ▼ Les managers ont soutenu constamment et efficacement leurs équipes et réussi avec talent le passage du volontariat de quelques-uns à l'ardente obligation pour tous.

Le métier du service social est questionné par la création de la PFIDASS et la proximité apparente de ses interventions avec celles de la plateforme. Au regard des inquiétudes soulevées ici et là, il faut relever que moins de 3 % des 4 000 personnes ayant saisi la PFIDASS dans le Gard faisaient l'objet d'un suivi par un service social. En effet, des situations de vie susceptibles de générer du renoncement aux soins peuvent se rencontrer dans la plupart des couches de la population, sans pour autant qu'elles justifient l'intervention d'un travailleur social. L'accompagnement dont il est ici question répond à un besoin de guidance administrative, dans le but d'aboutir à un résultat concret, la réalisation des soins ; il fait appel à des compétences règlementaires, une connaissance du système de soins, des intervenants médico-sociaux, des possibilités de financement, et à une capacité d'écoute bienveillante autant qu'à un savoir-faire pour mobiliser les ressources internes et externes. Il se déroule sur plusieurs semaines, voire plusieurs mois¹⁴. Sous réserve de formations adaptées, il se trouve parmi les personnels administratifs des organismes, des professionnels disposant du potentiel pour réussir dans cette mission. Pour sa part, le service social a, au stade actuel de la réflexion, un double rôle : celui de contribuer au repérage des situations de renoncement, puis de saisir, le cas échéant, la PFIDASS comme outil complémentaire de sa propre intervention, et de prendre le relais des accompagnants PFIDASS lorsque la situation des personnes accompagnées appelle un suivi social. Sa mission pourrait s'élargir, et consister à garantir l'inclusion sanitaire, sociale et administrative durable des bénéficiaires de la PFIDASS, la finalité du dispositif consistant certes à permettre aux personnes de

14 La durée moyenne d'un accompagnement en 2016 s'établit à une centaine de jours ; cette durée s'explique notamment par les délais liés à l'adhésion à un organisme complémentaire, lorsque l'assuré n'a pas de complémentaire santé et surtout par les délais d'obtention de rendez-vous successifs auprès de professionnels de santé et de réalisation des soins.

faire face à un instant T à leur renoncement, mais aussi à prévenir la survenue de nouvelles difficultés d'accès aux droits et aux soins. De ce point de vue, l'évaluation réalisée par l'ODENORE montre que « *l'accompagnement a permis à une partie des personnes de disposer de clefs pour utiliser le système de santé et pour éviter de se trouver à nouveau en difficulté pour accéder aux soins* »¹⁵. Cependant, aucun suivi ultérieur des personnes prises en charge n'a été à ce jour pensé, l'action restant centrée sur un résultat de court terme, la réalisation des soins. Ce champ du suivi, sur la durée, du public accompagné, reste donc à investir, afin que l'intervention de l'Assurance Maladie ne se limite pas à traiter des difficultés ponctuelles d'accès à des soins, et méconnaisse des situations persistantes d'incapacité à utiliser le système de santé. Le service social pourrait apporter une réelle valeur ajoutée à la PFIDASS en s'investissant dans une telle mission.

Des questions d'une autre nature traversent le service médical : la mission de contrôle du médecin conseil est-elle compatible avec une prise en compte des difficultés d'accès aux soins et une saisine du dispositif, peut-il donner un avis d'expert sur la justification médicale de propositions thérapeutiques, intervenir, en complémentarité des accompagnants PFIDASS, auprès de confrères médecins traitants sur des situations spécifiques ? Dans la phase expérimentale, la relation de proximité entre acteurs locaux administratifs et médicaux a favorisé des avancées, qui ont inspiré une évolution de la « doctrine nationale », sans pour autant que soient levées toutes les réserves.

Il faudra du temps pour dépasser les cloisonnements institutionnels, pour que les acteurs internes, dans leurs différences, intériorisent la nouvelle ambition de l'Assurance maladie, prennent la mesure de la confiance qu'elle leur témoigne en affirmant que la politique d'accès aux soins qu'elle promet se joue aussi et surtout au local, au plus près des personnes. Le défi va consister, pour les dirigeants, à intégrer dans l'exercice des différents métiers au contact avec les assurés, agents d'accueil, travailleurs sociaux, médecins... le risque de renoncement aux soins, à faire émerger **un droit à l'accompagnement**, et à réussir une complémentarité efficiente entre professionnels.

La dynamique de la démarche gardoise repose aussi sur les liens tissés avec de nombreux intervenants du monde médico-social : le Conseil départemental, la Mutualité Française, le CHU, la CAF, l'ARS, certains CCAS, les représentants des professionnels de santé, ... ont contribué au projet dès la phase de diagnostic, ont partagé les analyses avec les chercheurs, se sont engagés dans la PFIDASS en tant qu'acteurs du repérage. Là aussi, un temps long sera la condition d'une contribution fructueuse et pérenne des partenaires et il ne serait pas réaliste d'attendre de leur part le niveau d'engagement des acteurs de l'assurance maladie dans une mission qui n'est pas leur cœur de métier; néanmoins, progressivement, des partenaires font appel à la PFIDASS comme outil complémentaire de leurs propres interventions et forment un maillage de plus en plus dense des acteurs contributeurs de l'accès aux soins du territoire. Ce partenariat est essentiel pour forger la légitimité de la PFIDASS et lui donner un avenir : l'accès aux soins est un enjeu de société et, s'il est possible d'initier la démarche avec les seuls acteurs internes, c'est bien en coopération avec l'ensemble des intervenants médico sociaux sur le territoire que l'Assurance maladie progressera dans une action dont il ne faut pas sous-estimer la grande complexité.

15 Héléna Revil, op.cit.



III- L'élargissement de l'expérimentation à vingt-et-une CPAM, le tournant d'octobre 2015

Les travaux menés dans le Gard s'inscrivent dans les orientations de la COG 2014/2017 dans lesquelles l'Assurance Maladie s'engage à identifier et prendre en charge les situations de renoncement aux soins ; ils visent à rendre opérationnel cet engagement. La CNAMTS s'intéresse par conséquent à la démarche et participe, en septembre 2014, à la restitution, organisée à l'intention de l'ensemble des partenaires gardois, des conclusions de la recherche, et à l'annonce de l'ouverture prochaine de la PFIDASS. Elle finance en janvier 2015 l'extension du diagnostic du renoncement aux soins à la région Languedoc Roussillon. Au vu des résultats, et en s'appuyant sur de premiers éléments d'évaluation de la PFIDASS produits par le cabinet M.B.C.¹⁶, le Directeur général de la CNAMTS décide de lancer une expérimentation sur une vingtaine de CPAM et d'en confier le co-pilotage à la CPAM du Gard et aux équipes de la Caisse nationale.

Il s'agit là d'un tournant majeur, reconnaissance nationale de l'intérêt de la démarche, de sa légitimité, de sa valeur ajoutée sociale, de sa cohérence avec les engagements pris dans la COG. La PFIDASS s'inscrit en effet tant dans l'axe accès aux soins que dans l'axe régulation de la convention avec l'État ; le Directeur de la CNAMTS souligne « *sa contribution à la soutenabilité du système de santé... la sous-médicalisation étant à exclure autant que la surmédicalisation, au vu de son coût pour le système de santé et, à ce titre, travailler sur l'accès aux soins est un levier d'atteinte de cet objectif* »¹⁷.

Cette décision met fin au statut d'expérimentation locale qu'avait jusqu'alors la PFIDASS, qui, si elle avait dû se limiter au territoire gardois, n'aurait eu ni la légitimité ni le soutien institutionnel indispensables pour être conduite à son terme; elle en fait une expérimentation nationale co-pilotée par la CNAMTS et la CPAM du Gard, véritable cas d'école d'une interaction féconde entre acteurs locaux et décideurs nationaux, et démonstration, si besoin était, de la vastitude du champ que l'Institution entend laisser à son réseau pour innover et démontrer ainsi la valeur ajoutée qu'apporte l'action de proximité : « *Longtemps, nous avons eu la certitude que la question de l'accès aux droits trouvait sa solution dans la mise en œuvre de dispositifs nationaux. À cet égard, les réformes successives et dispositifs législatifs et conventionnels (CMUC, ACS, dispense d'avance de frais, avenant 8 à la convention médicale de 2012, PUMA, etc.) ont assuré une progression certaine sur la voie de l'accès aux droits et à la santé mais ne sont pas les garants sans faille d'un accès effectif et systématique à ces droits. Ces dispositifs nationaux de qualité nécessitent ainsi d'être appuyés par un travail de terrain visant à repérer, détecter, expliquer et ensuite accompagner.* »¹⁷

Trente directeurs de CPAM font connaître leur souhait de se lancer dans l'expérimentation à la suite de la publication de l'appel à candidatures lancé par la

16 M.B.C. (Michel Bauer Consultant) : évaluation des impacts potentiels de la PFIDASS, septembre 2015

17 Intervention de M. Revel, Directeur général de la CNAMTS, en séminaire des Directeurs

CNAMTS : près d'un tiers, mais seulement un tiers, des dirigeants du réseau manifeste ainsi sa volonté de s'engager dans une démarche qui valorise très fortement la mission sociale de l'Institution : « *l'accès aux droits et aux soins est le ciment de ce qui fonde le pacte social en France.* »¹⁷

Une certaine vision des missions, une éthique du *care*, une logique entrepreneuriale constituent les principaux ingrédients du choix de se porter candidat pour nombre de dirigeants locaux ; à l'inverse, un contexte interne peu propice, un cumul de projets à conduire, une prise de fonctions récente, une adhésion limitée aux finalités de la PFIDASS... expliquent une position d'attente. La méthode de l'appel à candidatures sur la base d'un cahier des charges fixant le cadre précis de l'expérimentation, insistant sur l'indispensable implication de l'équipe de Direction, a permis de réunir les conditions de la réussite en favorisant la sélection d'organismes convaincus du bien-fondé du projet, disposant d'un niveau satisfaisant de maîtrise de la production et des flux d'accueil, acceptant les contraintes inhérentes à une expérimentation nationale ; si le choix de la bonne organisation pour accueillir la PFIDASS est laissé à la décision locale, afin d'identifier ultérieurement les organisations les plus efficaces, les différentes phases du repérage et de l'accompagnement du renoncement aux soins, la méthodologie du diagnostic, le logiciel de gestion des situations individuelles, qui structurent les interventions des opérateurs, le *reporting*, sont des figures imposées.

Dès le mois de mars 2016, les vingt-et-une CPAM retenues à l'issue de l'appel à candidatures sont formées à la méthodologie et aux outils mis au point dans le Gard et se lancent dans le diagnostic, dont les résultats sont très attendus : vont-ils se différencier de ceux de la région Languedoc-Roussillon, très marquée par les difficultés sociales ? Le renoncement aux soins n'est-il pas circonscrit en France à des poches de précarité localisées ne justifiant pas une mobilisation de l'ensemble du réseau ?

En juin de la même année, les résultats de ce nouveau diagnostic effectué sur un échantillon de départements désormais représentatif de l'ensemble du territoire national tombent, le verdict est sans appel : le taux moyen de renoncement parmi les visiteurs des accueils de l'assurance maladie s'établit à 26 %, le doute n'est plus permis, les difficultés d'accès aux soins sont massives.

Dans les semaines qui suivent, plusieurs milliers de situations de renoncement sont accompagnées ; très rapidement, l'expérimentation apporte la preuve que la méthodologie est robuste, que l'appropriation technique par les CPAM est relativement aisée¹⁸, que l'adhésion des salariés aux valeurs que sous-tend la démarche est forte, que son utilité sociale ne fait pas de doute.

Le rapport d'évaluation¹⁹ réalisé à partir de 151 entretiens conduits auprès d'assurés accompagnés par les vingt-et-une CPAM souligne que « *les PFIDASS répondent globalement à un besoin et que, s'ils n'avaient pas été pris en charge par les plateformes, nombre d'assurés*

18 Il convient d'entendre par « appropriation technique » la bonne compréhension et mise en œuvre des principes de fonctionnement de la PFIDASS, le respect du cahier des charges, l'usage conforme du logiciel ; elle ne dit rien sur « l'appropriation managériale », qui interpelle la ligne hiérarchique sur sa capacité à garantir la dynamique de la démarche dans la durée, et des résultats qualitatifs et quantitatifs satisfaisants.

19 Les PFIDASS, une évaluation au prisme de leurs bénéficiaires et des acteurs qui les mettent en œuvre, H. Revil – mars 2017.



auraient vu leur renoncement persister... la configuration générale du dispositif – articulation d'une détection par différents professionnels, services ou structures et mise en œuvre d'accompagnements individualisés – permet de « capter » des difficultés d'accès aux soins sur les territoires, d'apporter une réponse satisfaisante aux besoins de guidance de bon nombre des personnes prises en charge et de les amener à se soigner à un moment T, voire à moyen terme ».

Les entretiens ont permis de souligner « *les effets multiples des plateformes pour leurs bénéficiaires : amélioration de l'accès aux soins, réalisation des soins renoncés, possibilité de « rattraper des soins » pour les renonçants et leur famille, soulagement physique et moral, amélioration de la qualité de la vie et du bien-être physique, stimulation pour avancer dans leur parcours de vie, perspectives professionnelles et sociales.* »¹⁹

Dans les entretiens, les assurés de Valenciennes, Angoulême, Marseille, Nancy, Amiens...ont les mêmes mots forts, émouvants que ceux du Gard pour exprimer leur perception de l'accompagnement : « *Je revis vraiment, je me sens mieux dans ma peau, je reprends contact avec les gens, alors qu'avant, je ne sortais plus. Je me vois comme avant, je me disais que j'étais un monstre, c'est les mots que j'utilisais. Alors là, forcément, ça change la vie.* »¹⁹

Si l'évaluation qualitative de l'expérimentation nationale est probante, les résultats quantitatifs, c'est-à-dire le nombre de situations repérées et accompagnées par chaque organisme, sont très hétérogènes. Une majorité d'organismes a atteint au bout de quelques mois un rythme hebdomadaire significatif de situations de renoncement détectées, d'autres sont confrontés à un démarrage difficile, quelques-uns semblent s'enliser... Des raisons conjoncturelles (équipes incomplètes, projets simultanés à conduire...) ou structurelles (niveau de maturité de l'organisme, culture, organisations inadaptées...) interviennent ; le niveau variable d'investissement des équipes de direction constitue aussi un facteur explicatif. Tandis que des « *caisses ont choisi de faire de la PFIDASS un axe de leur (ou leur) projet d'entreprise, signalant ainsi le caractère intégré et pérenne du dispositif et leur volonté qu'il devienne, avec les objectifs qui le traverse, un élément pleinement (re)structurant de l'organisme* »²⁰, d'autres ont considéré qu'il s'agissait simplement d'une nouvelle offre de service, pouvant s'ajouter aux activités d'une cellule déjà existante et en ont délégué le pilotage à l'encadrement intermédiaire.

Certes, il serait prématuré, au stade de l'expérimentation, de tirer des conclusions sur la productivité du dispositif en termes de nombre de situations de renoncement accompagnées. Néanmoins, la Caisse nationale devra justifier la pertinence de l'investissement réalisé et rendre compte autant de la valeur ajoutée qu'apporte la PFIDASS au regard des interventions d'autres opérateurs, que d'un nombre de situations prises en charge en rapport avec les moyens humains et techniques mis en œuvre.

Au mois d'octobre 2016, le Directeur général de la CNAMTS, s'appuyant sur les

²⁰ Hélène Revil, op.cit.

retours très positifs du terrain, sur les analyses des chercheurs, et considérant que la PFIDASS était « *un élément potentiellement très structurant dans la mise en œuvre de nos politiques d'accès aux droits et aux soins* »²¹ décide la généralisation de la PFIDASS à l'ensemble du réseau.

IV- Face au défi de la généralisation, un pilotage renforcé, une homogénéisation des pratiques et le lancement de dispositifs nationaux de formation et d'évaluation

La Caisse Nationale opte pour une généralisation en trois phases sur les années 2017 et 2018, afin de donner du temps aux organismes qui le souhaitent pour se préparer ; chacune de ces phases embarque une vingtaine d'organismes dans l'aventure de la PFIDASS.

Dès le mois de mars 2017, une première vague de 21 caisses, issue d'un nouvel appel à candidatures, démarre le dispositif ; les deux dernières vagues, dont le démarrage est planifié sur octobre 2017 et mars 2018 sont composées par la Caisse nationale.

La généralisation à l'ensemble du réseau, pour qu'elle réussisse, appelle la mise en œuvre de moyens et d'un pilotage à la hauteur de l'ambition. Ce pilotage, confié conjointement à la Direction des opérations de la CNAMTS et à la CPAM du Gard, s'est progressivement structuré autour des quatre axes suivants :

- ▼ **L'accompagnement au démarrage des organismes** s'appuie désormais sur un groupe de CPAM²², qui s'est particulièrement investi dans l'expérimentation de 2016, et qui agit en coordination avec la CNAMTS et la CPAM du Gard ; chaque CPAM d'appui est interlocuteur de premier niveau de quatre à cinq caisses de la vague concernée selon des critères géographiques et de taille. Cette organisation garantit la continuité du déploiement à l'ensemble du réseau, la solidité du processus de transmission du savoir-faire, des méthodes et des outils et contribue à la mobilisation collective. Elle favorise les interactions entre les organismes, développe les échanges aux différents niveaux et par conséquent agit favorablement sur l'enrichissement de la vie du réseau.

Quatre séminaires ponctuent la première année de démarrage : ils réunissent, selon leur contenu, les équipes de direction, les chefs de projet, l'encadrement de proximité des PFIDASS, les services médicaux et sociaux. Ces rencontres ont pour but de former les différents acteurs, de confronter les expériences, de prendre la mesure des résultats, et de vérifier collectivement la justesse du chemin emprunté. Les interventions des chercheurs, les témoignages vidéo d'assurés, les échanges entre acteurs locaux et acteurs nationaux contribuent à alimenter en sens une démarche qui l'exige de façon continue. L'accompagnement des organismes se poursuit la seconde année par une « visite conseil » au sein de chaque Caisse, assurée par un binôme CNAMTS/CPAM du Gard, afin de proposer aux Directions locales un regard croisé sur leurs résultats, leurs choix d'organisation, leurs pratiques

21 Intervention M. Revel précédemment citée

22 Outre celle du Gard, les CPAM des Flandres, des Bouches-du-Rhône, des Alpes-Maritimes, de la Drôme, de la Somme, de la Charente sont CPAM d'appui à la généralisation.



et pour permettre à l'organisme national de disposer d'une vision de terrain de la démarche. À réception du rapport de visite, l'organisme est invité à produire un plan d'actions visant à procéder aux ajustements nécessaires. Un séminaire de restitution collective de ces échanges sur site vient clore, deux ans après le démarrage, l'accompagnement des Caisses.

- ▼ **Les coopérations CPAM/Services social et médical/Centres d'examen de santé** font l'objet, dès le début de l'année 2017, de directives nationales précises s'appuyant sur les enseignements des expérimentations. Il s'agit de passer en effet d'un partenariat reposant principalement sur des relations interpersonnelles locales à des coopérations formalisées dans une circulaire CNAMTS définissant la contribution de chaque acteur interne dans la construction du nouveau service offert à la population. Cette circulaire est donc une conséquence positive de la démarche, même si elle ne lèvera pas toutes les résistances que soulève un changement qui devrait, à terme, être porteur de synergie entre les métiers de l'Assurance Maladie.
- ▼ **Une offre nationale de formation** au repérage des situations et à l'accompagnement des renonçants est déployée par la Caisse nationale à partir de l'automne 2017 ; elle a pour objectif de préparer les équipes de terrain aux nouvelles pratiques induites par la PFIDASS : comment créer une relation de confiance dans laquelle les personnes renonçant à des soins vont oser exprimer, sans honte, leurs difficultés, comment interpréter des mots, des attitudes, comment se sentir légitime à aborder des questions pouvant paraître de prime abord intimes telles que la santé ? L'expérimentation a montré que, sans une formation capable « d'équiper » les acteurs de terrain et de leur apporter les outils utiles, l'intégration du repérage du renoncement aux soins aux pratiques professionnelles est vouée à l'échec. Ce dispositif a été conçu pour accueillir un millier d'agents, en charge du repérage et/ou de l'accompagnement, au cours des années 2017 à 2019²³.
- ▼ **L'accompagnement scientifique de la généralisation** est confié à l'ODENORE sur la période 2017/2019. L'importance de la démarche dans la politique d'accès aux soins de l'Assurance maladie, la mobilisation humaine qu'elle requiert, les moyens qu'elle nécessite imposent en effet une évaluation rigoureuse de ses effets à court et moyen terme sur les assurés accompagnés, sur les professionnels des CPAM, et une analyse de son inscription territoriale et de son articulation avec des actions et dispositifs préexistants. Pour la première fois de son histoire,

23 Sur la base d'un cahier des charges précis élaboré par la CNAMTS, l'Institut 4.10 a en charge la gestion de cette formation, qu'anime le Cabinet Plénitudes, prestataire ayant accompagné les équipes de plusieurs organismes de la vague expérimentale de 2016 dans le changement de posture induit par La PFIDASS.

l'Assurance maladie fait appel à une équipe de chercheurs pour observer et analyser, sur la longue durée²⁴, un processus innovant de création d'un service, pour définir des méthodologies, évaluer les effets de l'action, proposer des ajustements, apporter un capital de connaissances utiles pour alimenter le sens de l'action. La branche maladie, contrairement à la branche famille, n'a pas la culture de la recherche ; la coopération avec les chercheurs de l'ODENORE dans ce projet constitue par conséquent une démarche inédite. La question reste posée de la valorisation et de la diffusion de la production intellectuelle issue de cette coopération, ainsi que des enseignements qu'en tirera le grand service public de l'Assurance Maladie quant à la pérennisation d'une activité de recherche au sein de la Caisse Nationale et au développement de liens avec le monde de la recherche.

Le 28 mars 2017, le Directeur Général de la CNAMTS annonce à la presse la généralisation de la PFIDASS en France. L'information est largement reprise dans les quotidiens nationaux, parmi lesquels certains effectuent (Alternatives économiques, l'Obs...) des reportages dans des Caisses. Plusieurs organismes communiquent dans la presse régionale sur la création de la PFIDASS. Cette première communication dans les médias officialise, à l'intention des acteurs du secteur médico social, la volonté politique de l'Assurance Maladie de s'investir fortement sur le renoncement aux soins. Pour autant, elle ne génère pas un afflux de demandes des assurés, qui n'ont pas, ainsi que le montrent les travaux des chercheurs, identifié leur CPAM comme une structure en mesure de les aider en cas de difficultés. Quelques articles de presse ne peuvent modifier des représentations intégrées depuis des décennies.

V- Un avenir encore fragile pour la PFIDASS, étroitement lié aux orientations stratégiques de l'Assurance Maladie et à la COG 2018/2021 et à la force de l'engagement de ses dirigeants nationaux et locaux dans l'accès aux soins

Plusieurs milliers de français ont d'ores et déjà bénéficié d'un accompagnement par l'une des PFIDASS de l'Assurance maladie et ont pu trouver ainsi une issue à une situation de renoncement aux soins qui perdurait parfois depuis une longue période. On peut estimer qu'au terme de la généralisation, en extrapolant la productivité de la plateforme gardoise, le nombre de situations susceptibles d'être prises en charge par le réseau se situerait entre 50 et 100 000 par an. Bien sûr un tel résultat ne sera possible que si la Caisse Nationale, dans un contexte de contraintes budgétaires renforcées de la COG 2018/2021, fixe au réseau un niveau d'exigences élevé en termes de résultats²⁵ et si les dirigeants locaux prennent conscience que l'accès aux soins, dont la PFIDASS est un élément structurant, est au cœur de leur métier et pourrait, dans l'avenir, constituer une des missions justifiant le maintien d'un réseau départemental de Caisses.

Le chemin sera long avant que la PFIDASS n'acquière les caractéristiques d'une prestation

24 La coopération avec les chercheurs de l'ODENORE a débuté en 2013 (le baromètre du renoncement aux soins dans le Gard) et se poursuivra jusqu'en 2019 avec le déploiement de la PFIDASS à l'ensemble du réseau.

25 Des objectifs personnels en termes de nombre de saisines de la PFIDASS ont été fixés aux Directeurs par la Caisse nationale à compter de l'année 2017.



légale, à l'instar, par exemple, de l'examen périodique de santé des Centres de Santé de l'Assurance Maladie. Prestation « d'accompagnement », la PFIDASS deviendrait un droit ouvert à toutes les personnes rencontrant des difficultés d'accès aux soins²⁶. Dans cette reconnaissance par le pouvoir législatif ou réglementaire, réside vraisemblablement l'une des conditions de sa pérennité : la PFIDASS, née de l'analyse scientifique d'une réalité sociale et de convictions partagées sur la nécessité d'agir ne pourra prospérer durablement de la seule impulsion émanant de la volonté militante de quelques acteurs locaux et nationaux. Son avenir est en partie lié à une décision des Pouvoirs Publics de lui conférer le statut de dispositif reconnu par la loi ; ce scénario pourrait ne pas se révéler totalement utopique si se poursuit l'effort d'évaluation jamais consenti jusqu'alors sur des démarches similaires : trois évaluations de l'efficacité de la PFIDASS gardoise sont intervenues ou planifiées (2015, 2016, début 2018), la première vague expérimentale de vingt-et-une CPAM a été évaluée fin 2016 et la première vague de l'année 2017 sera évaluée début 2018. Les résultats de ces premières évaluations réalisées par les chercheurs de l'ODENORE concordent et confirment la forte valeur ajoutée sociale des PFIDASS. Pour autant, ces évaluations gardent un caractère partiel et provisoire lié au contexte de démarrage de l'action. La prudence s'impose donc, tant que la généralisation ne sera pas effective et qu'une évaluation d'ensemble, en fin de COG 2018/2021, ne sera pas venue apporter les arguments de l'opportunité d'une décision politique d'institutionnalisation du dispositif.

Dans un pays où la santé constitue la préoccupation majeure des citoyens, la question de l'accès aux soins sera un enjeu de plus en plus prégnant, qui interpellera, au-delà de l'État, l'ensemble des acteurs, patients, offreurs de soins, assurance maladie et organismes complémentaires, associations caritatives...et cela d'autant plus que notre pays est marqué par de fortes inégalités sociales de santé, que l'accès aux soins peut se révéler être un parcours du combattant lorsque l'on ne dispose pas d'un capital informationnel et relationnel et que se multiplient les freins financiers. Il n'est pas certain que la tendance lourde d'évolution du système de soins français, confronté à de multiples tensions internes et à des évolutions techniques et technologiques rapides, penche, sur le moyen/long terme, vers une meilleure accessibilité par les patients. Cette évolution tendancielle ne peut manquer d'interroger le positionnement de l'Assurance Maladie en tant qu'acteur majeur de l'accès aux soins, sa stratégie dans ce domaine, l'organisation qu'elle mettra au service de cette stratégie et ses modalités d'action. Quel autre acteur national que l'Assurance Maladie peut porter un regard éclairé sur l'accessibilité du système et conduire une action cohérente, globale sur l'ensemble des facteurs susceptibles de contrarier le parcours de soins des assurés ? Elle tire cette légitimité d'être la

26 Il convient de ne pas se méprendre sur le terme de « prestation légale », qui ne prend pas ici le sens de prestation financière. Une nouvelle prestation financière, que d'aucuns imaginent résulter d'une décision politique future visant à supprimer les restes à charge sur les soins dentaires et d'optique, ne résoudrait pas le problème du renoncement aux soins. La grande complexité de ce phénomène, les multiples facteurs qui en sont à l'origine expliquent le fait que, dans la grande majorité des situations, l'issue réside dans un accompagnement adapté des personnes qui va bien au-delà de l'octroi d'une simple aide financière.

seule Institution dans le domaine de la santé en contact quotidien avec la population, d'être un passage obligé pour accéder aux soins, de disposer d'un capital unique de connaissances, de savoir-faire, et des hommes et des outils pour agir. Enfin, l'Assurance Maladie dispose d'un autre capital sans pareil : le capital confiance que les français lui accordent et leur attachement à la pérennité de l'Institution. S'ils n'ont pas identifié parmi les missions institutionnelles celle consistant à offrir un recours en cas de difficulté d'accès aux soins, l'expérience de la PFIDASS fait apparaître qu'il faudrait peu de temps pour que le réseau des CPAM soit reconnu comme acteur de référence de l'accessibilité.

Dès lors, si cette orientation stratégique venait à s'imposer, l'avenir de la PFIDASS serait tout tracé : de la prise en charge du renoncement aux soins pour des raisons essentiellement financières, le dispositif a vocation à devenir l'instrument majeur de la politique d'accès aux soins de l'Assurance Maladie, ce qui impliquerait la prise en charge de toute difficulté d'accès, quelle que soit sa nature, et l'évolution vers une PFIDASS universaliste.

Big data et protection sociale : au-delà de la lutte contre la fraude, des opportunités à saisir pour améliorer l'accès aux droits¹

Par Ange CHEVALLIER et Géraldine TAUBER, élèves de la 56^{ème} promotion de l'EN3S

Introduction

En 2016, les Caisses d'allocations familiales (CAF) ont détecté près de 43 000 fraudes, soit 8 % de plus que l'année précédente, pour un montant de 275 millions d'euros. La Caisse nationale (CNAF) a expliqué cette hausse par l'accroissement de l'efficacité des dispositifs de contrôle et non par l'augmentation de la fraude elle-même. Ces résultats, ajoutés à ceux des années précédentes sont notamment liés au développement du *data mining*, un procédé qui repose sur le *big data*. À l'instar des administrations fiscales, les organismes de protection sociale ont en effet un usage de plus en plus poussé de ces nouvelles méthodes d'analyse.

La notion de « big data » renvoie aux données de masse produites par les administrations, les entreprises, les utilisateurs et toute autre entité en capacité d'en créer. C'est le volume en présence, la quantité d'information qui en fait sa particularité. Une fois traitées, ces données peuvent en effet révéler des corrélations qui n'avaient pu être jusqu'alors appréhendées par les outils traditionnels du traitement statistique. L'ère du *big data* traduit ainsi une nouvelle façon d'appréhender les données, non plus uniquement comme des éléments passifs permettant le traitement de dossiers, mais comme des outils actifs pouvant avoir une influence sur la façon dont on traite les situations.

Pendant longtemps en effet, les entreprises et administrations ont stocké des informations sur leurs clients et administrés, sans pour autant en tirer tout leur potentiel. C'est notamment l'arrivée de nouveaux services internet fondés sur la gratuité (Facebook, Twitter, Google...) qui a poussé ces entreprises à donner de la valeur à leurs données pour s'assurer des revenus. En analysant les comportements des internautes, les pages consultées, les informations personnelles et d'autres variables, les entreprises ont ainsi pu personnaliser les campagnes publicitaires en ciblant davantage les potentiels clients.

Les services publics, notamment les organismes de Sécurité sociale, se sont plus récemment lancés dans l'analyse de leurs données de masse. La CNAF a par exemple été pionnière dans le développement d'outils de *data mining* dans le cadre de la lutte contre la fraude pour s'adapter à des circuits de contournement des règles de plus en plus complexes et innovants (I). Les technologies *big data* offrent toutefois d'autres champs d'action, pour simplifier les démarches des assurés et réduire le risque de non-recours aux droits mais aussi renforcer les outils d'évaluation et d'élaboration des politiques publiques (II). Toutefois, pour être à la hauteur

¹ Cet article s'appuie notamment sur des entretiens réalisés auprès de Stéphane DONNÉ, responsable du département des statistiques, système d'information et Big Data de la CNAF et de Fabien TARISSAN, chargé de recherches au CNRS.



de ces ambitions, des prérequis sont nécessaires : l'évolution des systèmes d'informations pour fluidifier les échanges d'informations inter-organismes et l'adaptation du management et de la gestion des ressources humaines des organismes (III). D'autres applications du *big data*, comme la personnalisation de la gestion des risques peuvent également être envisagées.

I- Concept renvoyant à des réalités diverses, le *big data* est aujourd'hui principalement utilisé dans le cadre de la lutte contre la fraude

I-1/ Comprendre et appréhender la notion de *big data* : un concept vaste offrant des opportunités pour la sphère des services publics

A/ Le *big data* est un concept qui se caractérise moins par une définition stricte que par le périmètre qu'il embrasse

Le concept de *big data* ne peut être défini précisément. On retrouve toutefois généralement trois dimensions, ou trois « V », proposés par Doug laney au début des années 2000, et qui permettent de le caractériser : le volume, la vélocité et la variété. Le volume renvoie à la quantité de données, qui est telle que les outils statistiques et informatiques traditionnels ne peuvent pas les traiter en l'état. La vélocité décrit quant à elle le besoin d'adaptation rapide des traitements aux données, au fil de leur arrivée. Enfin, la variété est liée au fait que l'on va traiter tout type de donnée sans nécessairement les présélectionner, toute donnée devenant potentiellement utilisable. Dans un domaine où les potentialités sont en pleine expansion, la définition du concept importe finalement peu, et c'est son périmètre qu'il s'agit donc de bien saisir pour éviter d'apposer un label « big data » à des méthodes statistiques traditionnelles.

L'un des grands apports des technologies *big data* par rapport aux outils statistiques classiques est leur dimension prédictive. De fait, les traitements statistiques traditionnels empruntaient une méthode d'analyse dite « hypothético-déductive » qui consistait à réfléchir en amont aux données à utiliser et aux variables qui permettraient de les exploiter, en proposant des hypothèses de travail à vérifier. Le *big data* tend à limiter les analyses préalables et à laisser les algorithmes extraire des régularités et des incongruités de la masse de données en présence, diminuant ainsi le biais humain des traitements statistiques traditionnels. Toutefois, selon les outils utilisés (*data mining*, *machine learning* etc.) la dimension prédictive est plus ou moins importante et le biais plus ou moins réduit. À l'inverse, plus l'analyse est dépourvue de cadre d'analyse *a priori*, plus l'interprétation des résultats est difficile pour l'humain. Le *big data* englobe donc des outils à géométrie variable et la position des curseurs a toute son importance dans leurs usages.

Petit lexique du *big data*

Data mining : le *data mining* renvoie aux méthodes permettant de traiter un très grand volume de données et d'en tirer des corrélations significatives afin, par la suite, d'analyser des données similaires à travers ces modèles.

Machine learning : contrairement aux algorithmes classiques, la logique du *machine learning* se veut auto-apprenante : c'est à partir des données que l'algorithme va se concevoir, permettant une adaptation rapide à leur évolution, particulièrement utile par exemple dans des processus de lutte contre la fraude. Le problème est que l'humain n'a plus la main sur le traitement et la difficulté réside dans la compréhension de l'analyse *a posteriori*.

Smart data : le concept de *smart data* se traduit par un usage plus rationalisé des données de masse, avec une sélection rigoureuse des données et de leurs usages principalement en amont de leur collecte, pour éviter la déperdition d'énergie.

B/ Les organismes gérant des services publics se sont engagé progressivement dans les technologies du *big data*

Les administrations, organismes et entreprises gérant des services publics disposent de bases de données pléthoriques qui permettent d'envisager des traitements sur des volumes suffisants, avec une variété d'informations particulièrement importante (données sociales, données fiscales, état civil, données de santé, données relatives à l'énergie, aux transports etc.). Ce gisement de données fait apparaître les services publics comme des acteurs incontournables dans le développement des technologies *big data*. Le Premier ministre Édouard Philippe a d'ailleurs rappelé, le 8 septembre 2017 les atouts des entreprises et administrations françaises en la matière, alors qu'il missionnait Cédric Villani pour concevoir une stratégie sur l'intelligence artificielle, intitulée #missionIA.

Les administrations publiques sont toutefois rentrées progressivement dans le *big data*, par le cadre de la lutte contre la fraude. Évoluant rapidement, les pratiques de fraude aux impôts ou aux prestations nécessitent une réactivité précoce des équipes chargées de les prévenir et de les limiter. De plus, le ciblage des contrôles favorisant une rationalisation de ceux-ci, les gains réalisés permettaient de justifier l'investissement dans ces technologies. Si le réseau des CAF a été le premier à déployer ces outils en 2012, d'autres entités ont exploité leurs données avec des méthodes en particulier basées sur le *data mining*, comme la Direction générale des Finances publiques à partir de 2014, l'administration des douanes depuis 2015 ou encore Pôle emploi et l'Agence centrale des organismes de Sécurité sociale (ACOSS) en 2014.²

² Délégation nationale à la lutte contre la fraude, 2017, Bilan 2015 – Lutte contre la fraude, Ministère de l'Économie et des Finances, pp. 28-30



I-2/ Lutter contre la fraude et verser le juste droit : l'exemple de la détection des anomalies grâce au *data mining* dans la branche Famille

A/ Depuis 2010, les CAF ont fait un usage de plus en plus performant du *big data* dans les dispositifs de contrôle au travers du *data mining*

Entre 2011 et 2013, le rendement des contrôles sur place effectués par la CAF s'est accru de 46 % grâce aux méthodes de ciblage fondées sur le *data mining*. En 2011, les contrôles sur place permettaient de détecter 150 millions d'euros d'anomalies contre 263 millions en 2013³. Cette hausse spectaculaire s'explique par l'introduction puis le déploiement d'outils de *data mining* depuis 2004 dans le réseau.

Dès 2004 en effet, la CAF de Dijon puis celle de Bordeaux se sont intéressées aux méthodes de *data mining* au travers de leur agence comptable, afin de combler une lacune en matière de lutte contre la fraude. Les contrôles visés portaient sur les fraudes en réseau aux aides au logement. Elles devaient donc être contrecarrées par des méthodes efficaces et réactives. S'appuyant sur une base de données ramassée de quelques milliers de dossiers, les modèles initiaux ont permis de dégager de premiers profils frauduleux, affinés ensuite grâce à l'appui d'autres bases de données et de la CNAF. C'est à partir de 2010 que le dispositif de *data mining* a été généralisé dans l'ensemble du réseau des Caf au travers des plans de contrôle, avant d'être consacré par une lettre circulaire en 2011 puis par la Convention d'objectifs et de gestion (COG) 2013-2017 signée entre la CNAF et l'État.

B/ Avec un objectif plus large de réduction des anomalies, le périmètre du *big data* ne s'arrête toutefois pas au *data mining*

Participant de la logique d'assurance raisonnable qui irrigue la comptabilité publique, le *data mining* permet de rationaliser les opérations de contrôle en les ciblant mieux, à travers une approche en trois étapes⁴ : dans un premier temps une base de données dédiée à l'étude des risques d'indus est créée. En second lieu il s'agit de procéder à l'analyse inductive de cette base de données, pour faire ressortir des régularités et créer des modèles. Enfin, dans une troisième étape les modèles sont intégrés dans les plans de contrôle afin de les appliquer à l'ensemble des données et de scorer les dossiers selon leur degré d'exposition aux risques.

Outre l'augmentation de la rentabilité des opérations de contrôle, cette méthode permet également de réduire le nombre d'opérations mal ciblées et donc le sentiment des allocataires d'être contrôlés à tort ou pour des raisons injustifiées. De fait, on ne cible plus *a priori* des populations à risque mais des profils de dossiers à risque, sur des critères plus objectifs, en diminuant le biais humain qui prévalait

3 DUBOIS, Vincent, PARIS, Morgane, WEILL, Pierre-Édouard, 2016, *Politique de contrôle et lutte contre la fraude dans la branche Famille*, Dossier d'étude de la CNAF n°183, CNAF, p. 79

4 Pierre Collinet, « Focus – Le *data mining* dans les CAF : une réalité, des perspectives », *Informations sociales* 2013/4 (n° 178), p. 129-132.

dans les contrôles traditionnels. Pour autant, le Défenseur des droits a récemment souligné les risques posés par les méthodes de *data mining* en termes de discrimination, lorsque ces outils viennent renforcer, voire légitimer la stigmatisation de profils à « risque ». ⁵ Il soulève ici la question de la méthode retenue dans l'utilisation des technologies d'analyse des données de masse.

L'objectif n'est toutefois pas la seule augmentation du rendement des contrôles mais la réduction des risques d'anomalies de manière générale. Les premiers groupes de travail montés en 2004 visaient ainsi non seulement à prévenir les risques de fraudes, mais aussi à diminuer les risques « métier », reposant sur les erreurs des techniciens liés à une législation de plus en plus complexe et mouvante. Au-delà de l'aspect quantitatif, il y a donc également un objectif de qualité, qualité du contrôle et qualité du traitement des dossiers : la logique de versement du « juste droit » opère dans les deux sens, que l'anomalie ciblée soit en défaveur ou en faveur de l'assuré.

Pour autant, d'autres technologies du *big data*, notamment le *machine learning*, pourraient renforcer la logique prédictive. En effet, plus l'identification du risque d'anomalie arrive tôt dans le processus de contrôle, plus le risque d'avènement de l'erreur ou de la fraude peut être évité. Les opportunités offertes par le *big data* dépassent ainsi largement le cas de l'utilisation du *data mining* dans le cadre de la lutte contre la fraude. D'autres technologies et d'autres objectifs sont à rappeler : le ciblage de la communication sortante, les campagnes de prévention, l'action sociale. Et parmi eux le pendant de la lutte contre la fraude : la lutte contre le non-recours aux droits sociaux.

II- L'utilisation du *big data* contre le non-recours aux droits pourrait davantage outiller les politiques publiques face à ce phénomène

II-1/ Lutter contre le non-recours : une préoccupation des pouvoirs publics insuffisamment outillée

A/ L'accès aux droits a été progressivement identifié comme un enjeu majeur des politiques publiques

La lutte contre le non-recours émerge dans les années 1970, sous la pression de deux phénomènes : un poids croissant des prestations dans les ressources allocataires et la complexification des droits du fait notamment de la mise sous conditions de ressources. Cette préoccupation a été relancée lors de la mise en place du RMI puis du RSA. En effet, le RSA et ses variantes, le RSA « activité » et le RSA « jeunes » présentent ou ont présenté des taux de non-recours particulièrement élevés, estimés à 50 % en moyenne en 2011, le taux le plus fort étant celui du RSA « activité » qui s'élevait à 68 %. ⁶

5 Défenseur des Droits, 2017, Rapport « Lutte contre la fraude aux prestations sociales : à quel prix pour les droits des usagers ? », Septembre 2017, pp. 19-20

6 WARIN, Philippe, 2011, Document de travail n°13 – « Le non-recours au RSA : des éléments de comparaison », ODENORE, décembre 2011, p. 2



Les premières analyses des motifs de non-recours ont permis de distinguer deux logiques. D'abord une logique du non-recours involontaire : dans ce cas, il n'est pas le fruit d'un choix car l'utilisateur n'a pas connaissance de ses droits ou ne s'estime pas éligible. À l'inverse, dans la logique de non-recours volontaire, le bénéficiaire potentiel sait qu'il pourrait être destinataire d'une prestation sociale. Son non-recours vient alors d'un ressenti négatif vis-à-vis de cette prestation : il peut craindre une stigmatisation, il peut estimer que la trop grande complexité administrative n'en vaut pas l'enjeu, ou encore il peut craindre un risque d'indu lié à une erreur de gestion des organismes de protection sociale.⁷

Dans une étude de 2014, le Secrétariat Général pour la Modernisation de l'Action Publique (SGMAP) a quant à lui identifié une série de facteurs explicatifs du non-recours. Figurent parmi ceux-ci une mauvaise image de la prestation, un manque d'information, l'absence de proactivité de la part de l'utilisateur, la non-connaissance de l'éligibilité, le déficit de médiation et d'accompagnement, la complexité de la prestation, la rupture du processus d'instruction ou encore la concurrence d'une autre prestation.⁸

Cependant, bien que les motifs de non-recours soient de mieux en mieux identifiés, les politiques d'accès aux droits peinent à augmenter significativement la plénitude des droits en particulier pour les publics les plus précaires.

B/ Les outils restent encore insuffisants pour lutter contre le non-recours aux droits sociaux

Malgré les nombreuses études et actions⁹, le phénomène de non-recours reste une réalité insuffisamment outillée. Pour autant, des pistes émergent. Les préconisations du rapport de l'Assemblée nationale d'octobre 2016¹⁰ sur l'évaluation des politiques publiques en faveur de l'accès aux droits sociaux portent ainsi sur une meilleure identification des bénéficiaires potentiels au travers du *data mining*, la détection du non-recours par échanges de données entre organismes et des actions proposant notamment des rendez-vous lors d'événements marquants pour les assurés.

Dans la Branche Famille, l'accès aux droits s'est traduit, entre autres actions, par la mise en place des « Rendez-vous des droits » sur la période conventionnelle 2013-2017. Le dispositif consiste à proposer à un allocataire, suite à un événement

7 Pour une typologie plus détaillée des motifs de non-recours, se reporter à WARIN, Philippe, 2017, *Le non-recours aux politiques sociales*, PUG

8 KESTEMAN, Nadia, « Le fondement des politiques d'accès aux droits dans la branche famille du régime général : le non-recours aux prestations », Regards n°46, septembre 2014, EN3S.

9 Notamment le volet d'accès aux droits du Plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté, qui s'articulait autour de trois axes : mieux connaître les phénomènes de non-recours, mieux détecter et mieux informer (au travers des « Rendez-vous des droits » pour la branche Famille et du dispositif « PLANIR » pour la branche Maladie).

10 BIÉMOURET, Gisèle, COSTES, Jean-Louis, 2016, *Rapport d'information sur l'évaluation des politiques publiques en faveur de l'accès aux droits sociaux*, n°4158, 26 octobre 2016, Assemblée nationale, pp. 116-134, notamment proposition n°8 p. 134.

de la vie, ou la survenue d'un « risque » (premières demandes de RSA, rupture, grossesse...), un entretien pour faire un état des lieux de sa situation et de ses droits potentiels aux prestations sociales. À titre d'exemple, dans le cas d'un primo-demandeur de RSA, le conseiller l'informe sur la prestation mais peut également effectuer une préouverture du droit à la CMU-C.

Les premières opérations de ciblage et les parcours attentionnés ont porté leurs fruits. En 2016, la moitié des rendez-vous avaient donné lieu à une ouverture de droits nouveaux¹¹. Pour autant, on peut imaginer à l'avenir un renforcement de ces dispositifs par davantage de proactivité des caisses pour aller chercher les bénéficiaires potentiels, une segmentation plus fine des publics, une simplification de l'accès aux droits (et pas forcément une simplification du droit) voire une augmentation des pré-liquidations ou des liquidations automatiques. À cet égard, les technologies du *big data* ont une place de choix dans l'avenir des politiques d'accès aux droits.

II-2/ Aller au plus près des situations : l'exploitation des données du *big data* permet un ciblage plus précis tout en interrogeant les orientations des politiques sociales

A/ L'analyse plus fine des situations individuelles est rendue possible grâce à la micro-segmentation

Le *big data* pourrait en premier lieu améliorer le recours aux droits par une meilleure connaissance des comportements des usagers. L'intérêt de cette démarche serait d'avoir une vision exhaustive, une analyse globale des situations, qui ne serait pas nécessairement orientée par des choix politiques. La phase d'analyse et d'étude se détacherait ainsi d'une lecture politique du phénomène du non-recours et permettrait de l'objectiver. Ce n'est qu'ensuite que l'exploitation de ces analyses et surtout leur transformation en actions de lutte contre le non-recours aux droits laisserait la place aux choix politiques.

À partir d'une exploration large des bases de données, il devient ainsi possible d'étudier plus précisément des segments de population et de droits. Une des méthodes d'analyse *big data* consiste ainsi en l'étude de micro-segments de population : l'exploitation de bases de données de masse permet d'analyser des populations à des niveaux plus fins en ce que si elles avaient été étudiées au travers d'un échantillonnage classique, par exemple avec des méthodes de régression logistique, elles auraient été exclues du champ car non-représentatives. Cette méthode permettrait dès lors d'accroître encore la personnalisation du droit.

Une fois la connaissance des segments de population affinée, plusieurs actions peuvent être mises en œuvre. Cela va de campagnes d'informations collectives ou personnalisées jusqu'à des liquidations automatiques, ce qui correspondrait à une forme d'internalisation de la complexité. Des études parlementaires¹² défendaient cette option en demandant la création de liens automatiques entre prestations : par exemple, un lien automatique entre demande de prime d'activité et l'obtention du RSA socle ; une automaticité du renouvellement de l'ACS pour

11 CNAF, 2017, « Le rendez-vous des droits des caisses d'Allocations familiales », L'e-ssentiel n°168 – 2017, CNAF

12 BIÉMOURET, Gisèle, COSTES, Jean-Louis, 2016, *Rapport d'information sur l'évaluation des politiques publiques en faveur de l'accès aux droits sociaux*, n°4158, 26 octobre 2016, Assemblée nationale, proposition n°14 p. 160.



les bénéficiaires du RSA ; ou encore l'octroi automatique de l'ASPA pour les bénéficiaires du RSA, de l'ASS ou de l'AAH qui atteignent l'âge requis.

En ce qu'elles touchent à certains principes de notre système de protection sociale basé sur la démarche de l'usager, ces différentes propositions de simplification amènent toutefois des interrogations.

B/ Cette évolution questionne certains principes de notre système de protection sociale et l'élaboration des politiques publiques en général

Cette voie, qui implique une proactivité plus importante des organismes et non plus des bénéficiaires potentiels, remet en cause le principe actuel de droit quérable. À cet égard, en parallèle des réflexions sur l'exploitation des données, la branche Famille s'est dotée d'un comité éthique pour garantir la prise en compte de cette dimension dans les démarches *big data*. La montée en puissance des techniques prédictives vient ainsi réinterroger ces problématiques qui renvoient à l'équilibre entre la responsabilisation des assurés et les actions d'accès aux droits. Une solution intermédiaire, qui s'inscrirait dans la continuité des actions d'accès aux droits déjà utilisées, pourrait être envisagée. Il s'agirait de cibler les rendez-vous des droits en fonction du *scoring* issus d'un *data mining* d'accès aux droits.

L'analyse de ces opportunités doit par ailleurs s'accompagner d'une réflexion sur les risques que pose la personnalisation croissante des prestations, notamment le renforcement des inégalités ou l'augmentation de la complexité administrative, y compris pour les techniciens en charge de traiter les dossiers, dans la mesure où cela peut augmenter le risque d'erreurs.

Plus globalement, l'amélioration de l'accès aux droits implique un arbitrage entre l'abondement de financement supplémentaire, la diminution des aides ou encore le renforcement du ciblage des prestations. Ces questionnements renvoient à un des paradoxes des organismes de Sécurité sociale où l'équilibre budgétaire est possible pour certaines prestations grâce à des taux de recours faibles.

Au-delà de ces enjeux, une utilisation du *big data* dans les politiques d'accès aux droits nécessite également des prérequis, en particulier eu égard aux systèmes d'information des organismes, mais aussi concernant les compétences nécessaires pour les faire évoluer.

III- Les modèles statistiques du *big data* nécessitent des prérequis en matière d'interopérabilité des bases et de gestion des compétences

III-1/ Exploiter les données de la protection sociale : une base de connaissance des publics et de l'usage des prestations partiellement exploitable en l'état

A/ Plusieurs niveaux d'analyse sont envisageables selon le périmètre des bases de données que l'on mobilise

Ce qu'offrent principalement les techniques d'analyse du *big data* est une recherche exhaustive et non plus ciblée dans les données disponibles. Or, pour le seul domaine de la protection sociale, cela peut recouvrir un champ très vaste. En effet, l'ensemble des branches et régimes de la Sécurité sociale (régime général, régimes alignés et régimes spéciaux), mais aussi Pôle emploi, les organismes de formation, les organismes complémentaires, etc. disposent de données pouvant faire l'objet de requêtes informatiques. Il apparaît dès lors souhaitable d'exploiter le maximum de données disponibles si l'on souhaite affiner les analyses effectuées.

On peut toutefois envisager plusieurs objectifs d'études en fonction de l'étendue des bases consultées :

- ▼ En premier lieu l'identification de la complétude des droits appelés pour un risque se baserait sur les données déclarées par les assurés dans les bases nationales des organismes de Sécurité sociale, au niveau de chaque branche.
- ▼ Dans un champ plus étendu, on peut envisager d'étudier les modalités de recours à l'ensemble des droits aux prestations de la Sécurité sociale, grâce au croisement de plusieurs bases de données des différents risques : cette lecture pourrait se rapprocher des dynamiques actuellement à l'œuvre autour notamment du Portail numérique des droits sociaux (PNDS).
- ▼ Enfin, dans un périmètre plus large, il s'agirait d'être capables de décrire les phénomènes de renoncement aux droits sociaux de manière globale : à partir de données disponibles auprès d'autres services publics voire des réseaux sociaux, d'identifier les usagers ne recourant pas à leurs droits et comprendre les motifs de renoncement.

B/ Un niveau fin d'analyse implique des prérequis en termes d'interopérabilité des systèmes voire de fusion des bases de données

Actuellement les recherches sont centrées sur les fichiers par risque. Plusieurs raisons expliquent ce choix stratégique. D'une part, toutes les données présentes dans les systèmes de liquidation ne sont pas forcément requêtables, du fait du développement partiel du système d'information décisionnel ou de la multiplicité des applications sur lesquelles les techniciens traitent les demandes de prestations. D'un point de vue technique, la standardisation des systèmes d'information entre les organismes de Sécurité sociale et les administrations n'est pas encore effective. Aucune norme commune n'est établie ; ce sont des systèmes qui n'identifient pas les personnes de la même manière (le numéro allocataire du foyer pour les CAF, le NIR individuel pour le RNCPS, l'INE pour le ministère de l'Éducation nationale, le numéro fiscal des impôts etc.).

D'autre part, l'ouverture des bases de données en interbranches n'est pas totalement établie à l'heure actuelle même si des projets sont en cours (par exemple le RNCPS). Sur ce point, le travail mené sur la normalisation et l'harmonisation des données en interbranche lors de la mise en œuvre de la déclaration sociale nominative (DSN) reste précurseur de par son impact.



L'ensemble des entreprises du secteur privé est, à terme, concerné et la plupart d'entre elles transmet déjà aujourd'hui des données exploitables pour l'ensemble des partenaires de la protection sociale. Cet enjeu majeur d'interconnexion entre les fichiers des organismes de protection sociale était par ailleurs inscrit dans le schéma stratégique des systèmes d'information piloté par la Direction de la Sécurité sociale (DSS). Il sera sûrement repris sur la prochaine période conventionnelle tant les avancées sur ce domaine sont encore fortement attendues.

Pour aller plus loin, l'horizon d'une base de données multilatérale de Sécurité sociale, à l'instar de la Banque carrefour de la Sécurité sociale belge, ne doit pas être totalement édulcoré. Quoiqu'il en soit, l'évolution à venir des systèmes d'information et l'utilisation accrue de technologies comme celles du *big data* nécessiteront un plan d'action cohérent et englobant l'ensemble des fonctions support des organismes, des directions des systèmes d'informations à celles de la maîtrise des risques, en passant par les ressources humaines ou l'agence comptable.

III-2/ Accompagner le *big data* : les problématiques en matière de sécurité et d'accompagnement des équipes doivent être investies en profondeur

A/ Un usage massif des données nécessite de solides garanties vis-à-vis de leur sécurité et de leur finalité

L'usage accru des données sociales va tout d'abord nécessiter un accompagnement en termes de sécurisation. De fait, plus les systèmes d'informations sont interconnectés, plus une attaque informatique à leur égard est dangereuse. Les récents cas de cybercriminalité qui ont paralysé de nombreux secteurs d'activité, et notamment le système de santé britannique en mai 2017, ont montré la vulnérabilité de systèmes d'information et de parcs informatiques insuffisamment entretenus et mis à jour.

De plus, l'utilisation de ce type de donnée sensible peut être détournée. Aujourd'hui, toute utilisation des données à des fins de contrôle par exemple doit être au préalable notifiée à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés. De solides garanties doivent être conservées en la matière, d'autant plus que, comme le soulignait Pierre Colinet en 2013¹³, cette utilisation soulève des enjeux éthiques en termes de respect de la vie privée et de la liberté des allocataires.

B/ L'introduction de ces outils amène d'importants enjeux en termes de ressources humaines et de gestion des compétences

Outre la question de la sécurité des données, les enjeux financiers et humains restent conséquents. De fait, les méthodes actuelles de *data mining* impliquent des coûts d'entrée importants, en particulier si l'on cherche à les appliquer à l'accès aux droits. Il faut en effet créer des données d'apprentissage pouvant être consti-

¹³ COLLINET, Pierre, 2013, « Focus – Le *data mining* dans les CAF : une réalité, des perspectives », *Informations sociales* 2013/4 (n° 178), p. 129-132.

tuées à partir d'enquêtes auprès d'allocataires, ce afin de faire une évaluation des droits potentiels par rapport aux droits demandés. L'enjeu est de recueillir des données suffisamment importantes pour faire une base d'apprentissage performante. Il faut donc accepter d'investir, de mobiliser des ressources supplémentaires financières, humaines et techniques, afin de construire des modèles pour l'avenir, ce alors qu'il existe un risque de non atteinte des objectifs : il n'est pas possible de prédire la qualité ou la pertinence des résultats obtenus.

À plus longue échéance, et au-delà du *data mining*, les méthodes dites de « deep learning » permettraient de brasser l'ensemble de la base de données. Pour la branche Famille, cela représenterait l'analyse d'informations pour 32 millions d'ayants droit. Outre le coût de mise en œuvre de ces outils, les résultats obtenus grâce au *deep learning* restent difficilement interprétables, les algorithmes étant complexes à reconstituer et à traduire pour les équipes et les usagers. Pour une mise en œuvre, il conviendra donc d'abord de développer les compétences pour être en mesure d'interpréter les données puis de voir comment les restituer de manière lisible auprès des usagers « ciblés ».

Jusqu'à présent, les compétences statistiques et informatiques orientées *big data* étaient peu recherchées dans les organismes. Une montée en charge des équipes gérant les systèmes d'information est donc à prévoir, voire l'appel à des compétences extérieures. Par ailleurs, un besoin d'acculturation de l'ensemble des collaborateurs pour comprendre la méthode et les gains pouvant en découler apparaît nécessaire à terme. Ces approches étant nouvelles, il s'agit ainsi de les expliciter, de démontrer leurs intérêts, présenter leur plus-value. Pour exploiter au maximum les opportunités offertes par le *big data*, il convient par ailleurs que toutes les directions (statistiques, informatiques et métiers) se mobilisent.

Ces besoins humains ne constituent pas seulement des freins, mais aussi des opportunités : l'exploitation du *big data* offre par exemple la possibilité de mobiliser des équipes pluridisciplinaires à travers une approche transversale. De même, une mutualisation des moyens techniques et humains à un niveau interbranche et inter-régime, voire inter-organismes de protection sociale apparaît souhaitable, si ce n'est primordial.

Conclusion

Le *big data* n'en est qu'à ses débuts dans le domaine de la protection sociale. Toutefois, face à l'ampleur des chantiers à venir, il semble urgent d'investir dès aujourd'hui une réflexion poussée sur cette question et sur l'avenir de nos systèmes d'information en règle générale. Les enjeux qui accompagnent le déploiement de ces technologies impliquent une mobilisation forte et coordonnée des organismes pour éviter la déperdition des énergies. Si la lutte contre la fraude a été un point d'entrée pour ces nouveaux outils, le non-recours au droit permettrait de leur donner une légitimité nouvelle. D'autres champs restent également à explorer.

Bibliographie

L'ensemble des références des nouveautés du centre de documentation et la liste des travaux des élèves et stagiaires sont consultables en ligne sur le portail documentaire de l'École :

<http://www.en3s.fr/portail-documentaire>

Protection sociale

Complémentaires santé, le scandale ! / Frédéric Bizard.- Paris: Dunod, 2016.- 198 p.
ISBN : 978-2-10-074380-3

Droit de la protection sociale / Francis Kessler,....- Paris: Dalloz, 2017.- 916 p.
ISBN : 978-2-247-16996-2

L'étranger et la protection sociale / Lola Isidro.- Paris: Dalloz Sirey, 2017.- 578 p.
ISBN : 978-2-247-16890-3

La protection sociale au XX^e siècle : quel héritage : des défis d'hier aux chantiers de demain / Comité d'histoire de la Sécurité sociale.- Paris: Comité d'histoire Sécurité Sociale, 2017.- 213 p.
ISBN : 978-2-905882-92-9

La protection sociale en 170 questions : droits prestations bénéficiaires / Jean-Philippe Cavaillé.- Le Mans: Gereso (éditions), 2017.- 217 p.
ISBN : 978-2-35953-450-4

La Sécurité Sociale : luttes d'hier, mensonges d'aujourd'hui et défis de demain / Michel Etcheverry.- Orthez: Gascogne (Editions), 2016
ISBN : 978-2-36666-085-2

Nouveau monde, nouvelle protection sociale ! : 2017-2022 / Club de Réflexion sur l'Avenir de la Protection Sociale.- Paris: CRAPS, 2017.- 233 p.
ISBN : 978-2955109472

Penser la protection sociale / Comité d'histoire de la sécurité sociale.- Paris: Comité d'histoire de la Sécurité Soc, 2017.- 213 p.
ISBN : 978-2-905882-91-2

Protection sociale : le savant et la politique / sous la direction de Jean-Claude Barbier et Marielle Poussou-Plesse.- Paris: Éditions La Découverte, 2017.- 294 p.
ISBN : 978-2-7071-8940-0



Quelle assurance maladie voulez-vous ? : essai / Michel Huguier.- Paris: L'Harmattan, 2017.- 247 p.
ISBN : 978-2-343-11759-1

Santé et protection sociale solidaires pour tous en 2017 / Coordonné par Michel Limousin.- Montreuil: Le Temps des Cerises, 2017.- 288 p.
ISBN : 978-2-37071-119-9

Solidarité

Dire les inégalités : représentations figures, savoirs / Raphaëlle Guidée, Patrick Savidan.- Rennes: PU Rennes, 2017.- 150 p.
ISBN : 978-2-7535-5257-9

En finir avec les idées fausses sur les pauvres / Jean-Christophe Sarrot, Marie-France Zimmer, Claire Hédon, ATD Quart monde.- Paris: Editions de l'Atelier, 2017.- 222 p.
ISBN : 978-2-7082-4503-7

Reconstruire la solidarité / Catherine André, Florent Guéguen.- Alternatives économiques, 2017.- 98 p.
ISBN : 978-2-35240-180-3

Revenu universel : pourquoi ? Comment ? / Julien Dourgnon.- Paris: les Petits matins, Institut Veblen pour les réformes économiques, 2017.- 125 p.
ISBN : 978-2-36383-220-7

Santé

Encadrer les parcours de soins : vers des alliances thérapeutiques élargies ? / Frederik Mispelblom Beyer.- Paris: Dunod, 2016.- 226 p.
ISBN : 978-2-10-072851-0

La démocratie sanitaire : patients et usagers dans le système de santé / Alexandre Biosse Duplan, Préface d'Agnès Buzyn.- Paris: Dunod, 2017.- 465 p.
ISBN : 978-2-10-071018-8

La politique de santé en France / Bernard Bonnici.- Paris: Presses Universitaires de France, 2016.- 123 p.
ISBN : 978-2-13-073240-2

La réforme des systèmes de santé / Bruno Palier.- Paris: Presses universitaires de France, 2017.- 127 p.
ISBN : 978-2-13-078706-8

Les maladies chroniques : vers la troisième médecine / Didier Tabuteau, Frédéric Pierru, Yvanie Caillé, André Grimaldi.- Paris: Odile Jacob (Editions), 2017.- 772 p.
ISBN : 978-2-7381-3526-1

Mieux soignés demain ! / Etienne Caniard.- Paris: Cherche-Midi (Le), 2016.- 237 p.
ISBN : 978-2-7491-4940-0

Prévenir plutôt que guérir : la révolution de la e-santé / Alexis Normand.- Paris: Eyrolles, 2017.- 198 p.
ISBN : 978-2-212-67415-6

Santé, le trésor menacé / Antoine Vial.- Nantes: L'Atalante, 2017.- 218 p.
ISBN : 978-2-84172-793-3

Système de santé : aux grands mots les grands remèdes / Cercle Vivienne.- Paris: Publications du Cercle Vivienne, 2017.- 165 p.
ISBN : 978-2-322-13767-1

Retraite

Construire sa retraite : quand on est salarié et qu'on a 50 ans / Philippe Caré.- Paris: Eyrolles, 2017.- 212 p.
ISBN : 978-2-212-56616-1

Du vieillard au retraité : la construction de la vieillesse dans la France du XXe siècle / Elise Feller.- 2017: L'Harmattan, 2017.- 415 p.
ISBN : 978-2-343-10317-4

La guerre des générations aura-t-elle lieu ? / Serge Guérin, Pierre-Henri Tavoillot.- Paris: Calmann Lévy, 2017.- 237 p.
ISBN : 978-2-7021-6089-3

La retraite en liberté / Jacques Bichot.- Paris: Cherche-Midi (Le), 2017.- 126 p.
ISBN : 978-2-7491-5436-7

Les retraités : un état des lieux de leur situation en France : Treizième rapport adopté le 16 décembre 2015 / FRANCE. Conseil d'orientation des retraites.- Paris: La Documentation française, 2016.- 287 p.
ISBN : 978-2-11-010269-0

Service public

L'État providence face aux opinions publiques / Frédéric Gonthier.- Fontaine: Presses universitaires de Grenoble, 2017.- 262 p.
ISBN : 978-2-7061-2662-8

Notes de lecture

BRUNO COQUET

Un **AVENIR**
pour
L'EMPLOI
Sortir de l'économie
administrée



Bruno Coquet, *Un avenir pour l'emploi. Sortir de l'économie administrée*, Odile Jacob, 2017, 153 pages, 19,9 €

Unification des statuts publics et privés, refonte de l'assurance chômage, fin des emplois subventionnés et d'une formation professionnelle désajustée. Telles sont les recettes, bien au-delà de la réforme du Code du travail, pour remettre l'emploi sur les rails.

Le livre de Bruno Coquet tombe à point. Cette charge contre les politiques françaises de lutte contre le chômage vient alimenter et relativiser les débats autour de la nouvelle réforme annoncée du Code du travail. Alimenter, car le signataire compte parmi les économistes think-tankers sérieux. Relativiser, car il souligne les insuffisances de mesures limitées aux seuls salariés du privé. À un cocktail d'analyses bien senties s'ajoutent quelques préconisations fortes.

La plume bien trempée, qui fustige le « soviétisme » d'une économie administrée, signale que les politiques publiques consacrées à l'emploi absorbent au moins 6 % du PIB. Avec un taux de chômage qui n'a jamais été inférieur à 7,3 % depuis plus de trente ans, environ 2 millions de travailleurs pauvres et un sous-emploi massif. Peut mieux faire... Ces copieuses dépenses correspondent à l'assurance chômage (40 milliards d'euros), aux allègements de charges (33 milliards), la formation professionnelle (32 milliards), les dépenses socio-fiscales de type emplois aidés (20 milliards), le budget travail et emploi (13 milliards). On pourrait augmenter l'addition, jusqu'à 8 % du PIB, en intégrant CICE, Pacte de responsabilité et les soutiens aux services à la personne. Dans une acception plus large encore, la politique du logement et ses 40 milliards d'euros, qui entretiennent de puissants liens avec le marché du travail, pourraient venir grossir la note, pour aboutir à 10 % de PIB affectés, de différentes manières, à la lutte contre le chômage et au soutien à l'emploi. Ces dispositifs bigarrés, reprenant le mot de François Mitterrand, sont les « on a tout essayé ». Coquet décrit un système dirigiste, mais sans réelle direction stratégique. Il plaide pour la désescalade, l'équité et la clarté. Il s'agit d'assainir l'économie en réorientant drastiquement les politiques.

D'abord, le marché du travail ce n'est pas uniquement le Code du travail. 60 à 70 % des actifs en relèvent. 10 % sont indépendants. 20 à 30 %, selon les comptages, relèvent des différentes fonctions publiques et conventions collectives assimilables. Le tout dans une inégalité de statut et d'exposition au risque chômage. Coquet enfonce le clou : « *les 2 642 pages du Code de la fonction publique n'ont rien à envier aux 3 280 pages du Code du travail si souvent moquées* ». Une réforme véritablement structurelle consisterait à fondre le code de la fonction publique dans celui du travail.

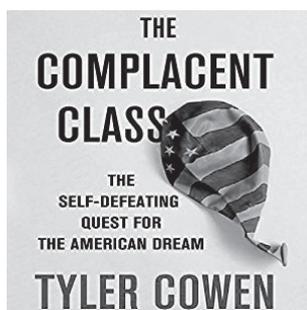
Autre thème : les allègements de charges. Ils n'atteignent pas leurs objectifs, alors que 10 millions d'emplois sont maintenant subventionnés. Afin de rendre de la clarté aux politiques et



de la responsabilité aux individus, Coquet veut fusionner les cotisations patronales dans les cotisations salariales. En clair : les salariés devraient payer directement leur protection sociale. Il n'y a pas ici une proposition outrageusement ultra-libérale, mais une nouvelle logique comptable. À part quelques charges restant directement à l'entreprise (pour les accidents du travail notamment), le salaire brut serait composé du net et de l'ensemble des cotisations à la charge du salarié. Celui-ci verrait bien que ce n'est pas le travail qui est coûteux mais la protection sociale.

Fin connaisseur de l'assurance chômage, qui n'est pas si généreuse que cela, Coquet soutient un argument puissant. S'il est aujourd'hui surendetté (à près de 100 % de ses dépenses annuelles), le régime, pour sa seule fonction d'assurance, est en réalité excédentaire. Mais ses contributions à Pôle Emploi et des ponctions qui devraient peser sur le ministère de la culture (les intermittents) creusent son déficit. Plutôt que le rationnement et la dégressivité des allocations, ce sont les cotisations qu'il faut revoir, taxant les employeurs en fonction de leurs comportements. Plus généralement, l'assurance chômage serait appelée à un redéploiement et une universalisation (ce que souhaite aussi Emmanuel Macron). Sur le plan de la formation professionnelle, dont l'inefficacité et l'iniquité sont régulièrement décriées, Coquet invite à un moratoire sur cinq ans (hors apprentissage) de manière à engranger quelques dizaines de milliards et revoir des politiques totalement inappropriées. L'expert fait fort. Sans technicité excessive, il balise des pistes qui ne sont pas forcément à suivre. Mais qui secouent le cocotier de politiques publiques assurément inefficaces.

Julien Damon



Tyler Cowen, *The Complacent Class. The Self-Defeating Quest for the American Dream*, St Martin's Press, 2017, 241 pages.

À rebours de certaines idées reçues, le dernier ouvrage de Tyler Cowen souligne l'étourdissement de l'économie et de la population américaines dans un *statu quo* satisfait. Le réveil pourrait être brutal. Et, de l'autre côté de l'Atlantique, il pourrait dans une certaine mesure en aller de même.

Économiste de renom, animateur du célèbre blog « marginalrevolution.com », Tyler Cowen produit un nouveau livre important. L'Amérique, dont la classe moyenne continue à s'effilocheur pour cause de mutations digitales, se polarise entre bénéficiaires et victimes des nouvelles réalités économiques. Elle s'unifie, cependant, dans une forte complaisance à l'égard des équilibres actuels.

Parmi les premiers à dessiner la perspective d'une « grande stagnation », Cowen met cette fois-ci l'accent sur une Amérique satisfaite d'elle-même. La thèse, originale, porte sur l'aversion croissante au risque et au changement des Américains. Ils déménagent moins : les migrations inter-États ont baissé de moitié depuis les années 1960. Ils entreprennent moins si quelques *start-ups* sont célébrées, le nombre de chefs d'entreprise de moins de trente ans a baissé des deux tiers depuis les années 1980. Qu'ils votent pour Donald Trump ou Bernie Sanders, les électeurs recherchent davantage de garanties et protections. La révolution numérique n'apporte pas un souffle d'énergie mais des outils en faveur d'un quotidien paisible. Algorithmes et réseaux sociaux favorisent l'homogamie et la quête de tranquillité. Avec les livreurs de pizza et Amazon, les Américains ne sont jamais aussi peu sortis de chez eux. On a beau parler, à longueur de pitch, de disruption et d'écosystèmes innovants, les habitants, dans des quartiers toujours plus spécialisés socialement, aspirent d'abord à du confort. Les classes supérieures, s'affichant libérales, ne veulent rien bouleverser. Les classes moyennes, écrasées par leurs préoccupations financières, ne veulent pas s'émanciper mais progresser. Les pauvres ne se révoltent plus. L'accélération de l'information est mise au service de la décélération du changement social, et l'innovation au service du divertissement. Le ralentissement de la vitesse de déplacement dans des villes congestionnées se double d'un ralentissement général de la mobilité sociale. Gentrification et ségrégation se renforcent. L'ensemble nourrit une « économie ossifiée » faite d'abord de désirs de stabilité.

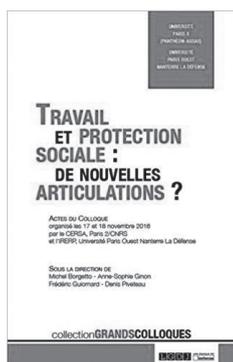
Cowen analyse des chiffres et des tendances. Il fait aussi part de ses étonnements. En particulier de ce saisissant contraste entre l'effervescence chinoise et l'engourdissement américain. Diminution des mobilisations et des émeutes, effacement des idéologies radicales, retenue de l'effervescence sur les campus : les États-Unis vieillissants ne connaissent aucun mouvement volontariste. Les jeunes, passés du LSD au Prozac, sont gavés de tranquillisants dès l'enfance. Même les LGBT, selon Cowen, semblent rangés, ne se dressant plus contre l'ordre bourgeois.

La vie quotidienne américaine n'a jamais été aussi confortable, mais la situation ne saurait être durable. À force de repousser le changement, les États-Unis se prendront les changements du monde en plein visage. Ils ne sauraient rester enfermés dans une bulle satisfaite à l'écart relatif d'un monde bouillonnant. Le propos est plus domestique que géopolitique. Pour revenir à cette démocratie vivante et innovante vantée par Tocqueville, les Américains, devenus passifs, doivent redevenir risquophiles. Au risque de ce que Tocqueville avait vu : une tyrannie de la médiocrité. Passés d'une culture collective de liberté, incarnée par la voiture personnelle, à une culture individuelle d'aliénation dans le *smartphone*, ils s'abrutissent. Le mot n'est pas de Cowen, mais sa statistique, 70 heures d'écrans divers par adolescent chaque semaine, est éloquente.

Ce monde apaisé s'avère défavorable aux hommes peu qualifiés. Une certaine dévirilisation du pays des cow-boys pèse sur les attentes et les attitudes. Ces hommes malmenés économiquement dans un univers qui a moins besoin de bras pourraient se trouver à la base de certaines rébellions que Cowen, sans appeler de ses vœux, perçoit. L'avenir risque d'être bousculé. Les émeutes de Ferguson, en 2015, pourraient être un avant-goût du retour de la violence politique face à la dualisation sociale et raciale du pays. Sur un autre plan, la crise financière de 2007-2008 a été un premier choc érodant le mythe de la stabilité du système financier. Les cyberattaques n'en sont qu'aux prémices d'un essor, numérique, du crime. L'instabilité gou-

vernementale mettrait en question des politiques publiques aujourd'hui en pilotage automatique. En un mot, Cowen entrevoit, explicitement, une forme de chaos. Pré-alable à une régénération...

Julien Damon



M. Borgetto, A.-S. Ginon, F. Guiomard, D. Piveteau (dir.), *Travail et protection sociale : de nouvelles articulations ?*, LGDJ, coll. « Grands colloques », 2017.

Voici un titre d'actes de colloque universitaire à même d'inspirer le jury d'un prochain concours d'entrée à l'EN3S. Il serait en effet susceptible de fournir un sujet de dissertation intéressant tant la question soulevée apparaît cruciale dans le débat sur les politiques de protection sociale. L'appréhender avec pertinence suppose d'effectuer une analyse en profondeur des changements qui affectent les logiques de la protection sociale à l'aune des transformations du monde du travail. C'est précisé-

ment l'angle d'approche retenu dans cet ouvrage, afin de rendre plus explicites les métamorphoses du système français et d'en identifier les pistes d'évolution potentielles.

S'engager dans une entreprise aussi ambitieuse nécessite d'envisager les rapports entre travail et protection sociale sous ses principales facettes. Aussi, ce livre rassemble-t-il une quinzaine de contributions en provenance non seulement d'enseignants-chercheurs mais aussi de représentants d'organisations syndicales et patronales. Issu de deux journées d'études organisées les 17 et 18 novembre 2016 par les universités de Paris II et de Paris Nanterre, cet ouvrage échappe à un travers souvent rencontré dans ce genre de publication, celui de n'être qu'une simple compilation de « papiers » épars. Ses quatre co-directeurs ont veillé avec un soin tout particulier à structurer de façon cohérente, autour d'un fil conducteur, les différentes contributions comme le reflète fort bien la table des matières. Une première partie est dévolue à la désarticulation des rapports entre travail et protection sociale tandis que la seconde vise à s'inscrire dans une approche prospective pour rechercher si et de quelle manière le Droit pourrait consacrer la mise en place de nouveaux modèles d'articulation. Ce souci de construction est perceptible dès l'introduction laquelle, il faut le souligner, joue pleinement son rôle en permettant au lecteur de disposer de toutes les clés de compréhension de l'évolution des rapports entre travail et protection sociale. Comprenant une quinzaine de pages solidement documentées, elle met en exergue la problématique du sujet : longtemps pensée à travers l'organisation d'une protection centrée sur les travailleurs, même si elle s'en

est en partie émancipée au prix d'une complexité croissante, la prise en charge des risques sociaux est aujourd'hui confrontée aux difficultés découlant de cette situation, ce qui invite à réfléchir à la recomposition de notre modèle de protection sociale. Par ailleurs, en conclusion de l'ouvrage, le rapport de synthèse élaboré par Rolande Ruellan, ancien Directeur de la Sécurité sociale et ancien Président de la 6^e Chambre (Sécurité sociale, santé) de la Cour des comptes, offre un panorama à la fois clair et concis du contenu de l'ouvrage.

Parmi les contributions recensées, quelques-unes attirent plus particulièrement l'attention. On peut citer en tout premier lieu celle du professeur Jean-Pierre Chauchard relative à « L'apparition de nouvelles formes d'emploi : l'exemple de l'ubérisation ». Spécialiste du droit de la Sécurité sociale et ayant produit par le passé un rapport sur la subordination dans le travail et plusieurs articles sur les formes particulières d'emploi, il nous propose un éclairage précieux sur le phénomène de l'ubérisation. Dans une autre veine, le professeur Pierre-Yves Verkindt parvient à nous surprendre avec sa contribution « Faut-il repenser la notion de risque social ? ». Alors même que tout semblait déjà dit ou presque sur ce thème, il nous entraîne dans une réflexion doctrinale aussi rigoureuse que passionnante même s'il en tire la conclusion selon laquelle « *il n'est pas aussi certain que la notion de risque social (en elle-même) doit être reconsidérée. C'est sans doute bien plutôt la protection sociale qui mériterait de l'être à partir des transformations sociales et sociétale* ». Intéressé depuis de nombreuses années par les questions de responsabilité et de responsabilisation, l'auteur de ces lignes ne saurait, bien entendu, passer sous silence la très belle contribution d'Anne-Sophie Ginon et de Frédéric Guiomard intitulée « Quelles limites à la responsabilisation des salariés et des entreprises ? » laquelle nous fait partager au final une interrogation particulièrement stimulante : « *La protection sociale peut-elle devenir plus protectrice en focalisant son intervention sur les comportements individuels ?* ». En l'occurrence, il y aurait sans doute matière à l'organisation d'un nouveau colloque...

Sans remettre cause la grande qualité de cet ouvrage, il est néanmoins permis de regretter un manque dans son contenu. Plus précisément, il aurait été judicieux de consacrer une contribution à l'indemnisation de l'incapacité de travail, en particulier à l'incapacité temporaire de travail, tant ce sujet intéresse le rapport entre travail et protection sociale. On établit certes parfois une corrélation entre l'évolution des arrêts de travail maladie et la dégradation des conditions de travail mais la question ainsi évoquée va bien au-delà. Elle renvoie à une question fondamentale, celle de la dualité de la couverture de l'incapacité temporaire de travail qui résulte d'un modèle d'articulation entre le travail et la protection sociale hérité d'une période de plein emploi : les salariés les mieux protégés en vertu du droit du travail sont aussi ceux qui sont le mieux indemnisés des arrêts de travail maladie par le jeu à la fois de la couverture de base de la Sécurité sociale et de la couverture complémentaire ; en revanche, et à quelques exceptions près, les salariés les moins protégés (titulaires de contrats à durée déterminée courts entrecoupés de périodes de chômage indemnisées ou non) sont aussi les moins indemnisés, notamment en cas d'arrêt de six mois et plus, même si certaines mesures ont été adoptées en leur faveur depuis ces dernières années. Cette situation défavorable n'est d'ailleurs pas propre aux salariés mais concerne aussi les travailleurs indépendants et notamment, ceux ayant une activité exclusive de micro-entrepreneur (autoentrepreneur). Or, au regard de ce constat, et de l'objet même de la Sécurité sociale qui consiste à « préserver les travailleurs de l'incertitude du lendemain »,



ne conviendrait-il pas de réfléchir à un nouveau modèle d'articulation entre travail et protection sociale en ce qui concerne d'indemnisation de l'incapacité de travail ? En tout état de cause, ces quelques développements viennent corroborer la déclaration introductive des co-directeurs de l'ouvrage selon laquelle « *les contributions présentées (...) dessinent des figures ou des hypothèses sans chercher à clore le propos, ni prétendre à sa complétude* ». Qu'il soit donc également rendu hommage à leur clairvoyance et à leur modestie !

Gilles Huteau

La revue Regards est aussi la vôtre.

Un projet de votre organisme
vous tient particulièrement à coeur ?

Vous avez lu un ouvrage professionnel
qui vous a marqué ?

Vous souhaitez partager avec vos pairs ?

Contactez-nous.

Isabelle Plantier
Tél. : 04 77 81 15 29 (ligne directe)
Courriel : iplantier@en3s.fr

Retrouvez les derniers numéros de la revue REGARDS sur le site internet de l'EN3S (rubrique Recherche et publications).

www.en3s.fr

en3s ECOLE DES DIRIGEANTS DE LA PROTECTION SOCIALE

Rechercher

Facebook, Twitter, LinkedIn, YouTube icons

NOTRE ÉCOLE | COMPRENDRE LA PROTECTION SOCIALE | MÉTIERS ET CARRIÈRES | CONCOURS D'ENTRÉE | CYCLES DIPLÔMANTS | FORMATION CONTINUE | RELATIONS INTERNATIONALES

RECHERCHE PUBLICATIONS

Inscrivez-vous au nouveau cycle

ACTUALITÉ DE LA PROTECTION SOCIALE

CYCLE D'ACTUALITÉ 2017-2018

Stratégie numérique • Nouvelles COG
Pédagogie de la Protection sociale
Migrations internationales • Recrutement
Pauvreté • Dépenses de santé
Nouvelle économie

AGENDA

VIDEOS EN LIGNE

Retrouvez l'EN3S sur Youtube
> Voir les autres vidéos

REVUE REGARDS

N°51 - Juin 2016
Les risques professionnels - le N°51 de la Revue REGARDS vient de paraître en savoir +

6 décembre - L'EN3S est en live sur Campus channel
en savoir +

12 décembre - Nouvelles COG : quels enjeux et quelles perspectives ? (cycle APS)
en savoir +

16 janvier - Quelle pédagogie pour la protection sociale : comment communiquer, promouvoir et défendre ? (Cycle APS)
en savoir +

6 février - Stratégie numérique et protection sociale : quelle relation client ? (cycle APS)
en savoir +

Le Service Public de Sécurité Sociale est le cœur de la Protection sociale française. Il accompagne l'ensemble des concitoyens tout au long de leur vie, en assurant leur protection contre les principaux risques sociaux (vieillesse, maladie, invalidité, etc) et en les aidant à l'occasion d'événements heureux (naissances, emploi, logement). Ce sont ainsi plus de 450 milliards d'euros collectés puis redistribués sous forme de prestations sociales. Ce service public est composé de différents réseaux représentant 400 organismes et 180 000 collaborateurs.

Au sein de ce service public, l'Ecole Nationale Supérieure de Sécurité Sociale assure deux missions principales :

- contribuer à un haut niveau de professionnalisme de ces organismes par le recrutement et la formation de ses dirigeants
- promouvoir la Protection sociale française, ses missions, son organisation, ses métiers

▶ Accédez à notre portail documentaire

iheps INSTITUT DES HAUTES ETUDES DE PROTECTION SOCIALE

www.en3s.fr

L'AVENIR
DE LA
PROTECTION
SOCIALE
SE DESSINE AVEC VOUS

FORMATION
CONTINUE
CYCLE 2018

GESTION DU RISQUE RETRAITE

S'approprier la stratégie,
les enjeux et le fonctionnement
des acteurs du système de retraite

4 journées
à la carte
ou le cycle
complet



en3s

ECOLE DES DIRIGEANTS DE LA PROTECTION SOCIALE

Achévé d'imprimer en décembre 2017
sur les presses de

R E B O U L IMPRIMERIE 
www.reboul-imprimerie.com

SAINT-ÉTIENNE

Dépôt légal : 4^e trimestre 2017

N° d'imprimeur : 1404

La gouvernance, terme d'usage récent, recouvre des aspects éminemment stratégiques et politiques. Il en va également d'administration et de management, de gestion du risque comme de pilotage des réseaux.

« Gouverner le social » : l'expression a fait couler beaucoup d'encre depuis le début des années 2000. De nombreux auteurs, praticiens ou universitaires, ont fait état des profondes évolutions qu'avait connu la gestion de la Sécurité sociale en France. Au-delà de la seule institution Sécurité sociale, la question de la gouvernance concerne tous les pans de la protection sociale. Cette livraison de « Regards » propose, d'abord, un détour historique des évolutions qui ont marqué la gouvernance initiale du système, en s'arrêtant en particulier sur le paritarisme. La revue se penche, ensuite, sur la gouvernance globale du système et sur ses perspectives dans un contexte de transformation des attentes, des moyens et des méthodes. Les articles traitent, également, des gouvernances locales, dans un contexte de mutation des organisations territoriales. Enfin, car la gouvernance s'apprécie dans des comparaisons internationales, quelques regards sur ce qui se fait ailleurs complètent le dossier. On a souvent dit, dans les institutions internationales, de la gouvernance qu'elle devait être « bonne ». Le sujet, dans le domaine de « Regards », est de mettre en œuvre une bonne protection sociale.



FLASHER CE QR CODE
POUR ACCÉDER
À NOS PUBLICATIONS