

regards

PROTECTION SOCIALE

N°54
JANVIER
2019

DOSSIER

LA SÉCURITÉ SOCIALE, UN
AUTRE MODÈLE
POUR LA GESTION PUBLIQUE ?

GRANDS TÉMOINS

VINCENT MAZAURIC
ET NICOLAS REVEL



ÉCOLE DES DIRIGEANTS DE
LA PROTECTION SOCIALE

... L'avenir de
la protection
sociale
... se dessine
avec vous
... en3s.fr

regards

PROTECTION SOCIALE

N° 54
JANVIER
2019



DOSSIER

LA SÉCURITÉ SOCIALE,
UN AUTRE MODÈLE
POUR LA GESTION PUBLIQUE ?
> 13

GRANDS TÉMOINS

VINCENT MAZAURIC
ET NICOLAS REVEL
> 27

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

ISSN 2552-0040 (en ligne)
ISSN 0988-6982 (imprimé)

Création maquette : www.chromatiques.fr
Mise en page : REBOUL Imprimerie

Achevé d'imprimer en Février 2019 sur les presses de REBOUL imprimerie
SAINT-ÉTIENNE
Dépôt légal : 1^{er} trimestre 2019
N° d'imprimeur : 1427

COORDINATION ÉDITORIALE



Président

Dominique LIBAULT

Directeur de l'EN3S

Président du Haut Conseil du financement
de la protection sociale

Membres

Julien Damon

Professeur associé à Sciences Po
Conseiller scientifique de l'EN3S

Dominique Polton

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

Christophe Beaudouin

Directeur adjoint de l'EN3S

Gilles Nezosi

Directeur de la formation continue de l'EN3S

Pauline Garé

Cheffe de projets protection sociale à l'EN3S

SOMMAIRE

11 ÉDITO

Par Dominique LIBAULT, Directeur de l'EN3S

13 DOSSIER CENTRAL : LA SÉCURITÉ SOCIALE, UN AUTRE MODÈLE POUR LA GESTION PUBLIQUE ?

15 LA SÉCURITÉ SOCIALE : UN SERVICE PUBLIC DÉCENTRALISÉ, DOTÉ D'UNE GESTION ORIGINALE ET NOVATRICE

Michel LAROQUE, Inspecteur général des affaires sociales honoraire

27 GRANDS TÉMOINS (regards croisés)

Vincent MAZAURIC et Nicolas REVEL : Regards de deux Grands Témoins : Nicolas Revel, Directeur général de la Caisse nationale d'Assurance maladie (CNAM) et Vincent Mazauric, Directeur général de la Caisse nationale des Allocations familiales (CNAF)

37 PARTIE A : LE PILOTAGE

37 La sécurité sociale : un modèle de gestion structuré et responsabilisant

Laurent GALLET, Directeur de la Caisse des français de l'étranger (CFE)

45 PARTIE B : LE FINANCEMENT

45 La CADES, un acteur de la gestion et de l'amortissement de la dette sociale

Patrice RACT-MADOUX, Ancien Président de la CADES
Geneviève GAUTHEY, Inspectrice des finances publiques

55 PARTIE C : LE MANAGEMENT

55 La Sécurité sociale, un autre modèle de management ?

Xavier CAUMON, Associé du cabinet Fonction 2

SOMMAIRE

- 63 Quelles particularités dans la gestion du personnel à la Sécurité sociale ?**
Raynal LE MAY, Directeur général de l'UCANSS,
Carole BONVALOT, directrice du développement et de l'accompagnement des ressources humaines à l'Ucanss
Marie-Gabrielle DUBREUIL, directrice des Relations Sociales Institutionnelles à l'Ucanss.
- 75 Le métier d'agent de direction à la sécurité sociale : entre singularités et exigences communes pour tout dirigeant**
Christophe BEAUDOUIN, Directeur adjoint de l'EN3S
- 85 L'innovation dans la sphère sociale**
Arnaud ROZAN, Directeur général délégué, chargé du pilotage stratégique et de la coordination des évaluations
Isabelle DOAL, Sous-directrice à l'évaluation et Directrice du Caflab
- 99 Accompagner l'innovation : la présence de l'Urssaf à la Station F**
Thibaut LAHANQUE, Directeur de la médiation et des partenariats – Médiateur à l'Urssaf Île-de-France

111 PARTIE D : GESTION ET GOUVERNANCE

- 111 La gestion paritaire et son apport particulier dans le mode de gestion de la Sécurité sociale**
Interview de Renaud VILLARD, Directeur général de la CNAV, et de Gérard RIVIÈRE, Président du conseil d'administration de la CNAV. Propos recueillis par Gilles NEZOSI
- 121 Le rôle singulier de la branche recouvrement dans la sécurité sociale**
Interview de Yann-Gaël AMGHAR, Directeur général de l'ACOSS, et de Jean-Eudes TESSON, Président du conseil d'administration de l'ACOSS. Propos recueillis par Christophe BEAUDOUIN
- 129 La CRPCEN, un modèle spécifique de gestion**
Olivier MANIETTE, Directeur général de la Caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaire (CRPCEN)
- 141 Les enjeux et les clés de la coopération dans le champ de la gestion du risque : l'expérience de la Bretagne**
Olivier de CADEVILLE, Directeur général de l'Agence régionale de santé (ARS) Bretagne
Claudine QUÉRIC, Directrice de la Caisse primaire d'Assurance maladie (CPAM) d'Ille-et-Vilaine
- 151 Les évolutions de la gestion du risque**
Michel BAUER, sociologue, consultant
Sylvie Mansion, Directrice de la CPAM du Bas-Rhin

167 L'Action sociale des Caisses d'allocations familiales : un modèle spécifique ?

Vincent NICOLLE, Sous-Directeur à l'Action sociale de la CAF de Paris

179 La gestion de l'Assurance maladie complémentaire

Albert LAUTMAN, Directeur général de la Fédération nationale de la Mutualité française (FNMF)

Camille BROUARD, Responsable du Service Innovation et vie mutualiste de la FNMF

189 ACTUALITÉS**191 Des perspectives nouvelles de coopération franco-chinoise en matière d'assurance maladie et d'assurance retraite**

Eric LE BOULAIRE, ancien directeur délégué aux opérations à la Cnam

205 Quelles sont les dimensions à prendre en compte pour concevoir et déployer un socle de protection sociale pertinent à l'échelle d'un groupe international ?

Isabelle BOUDREAULT, ancienne directrice des Ressources Humaines

221 BIBLIOGRAPHIE ET NOTES DE LECTURE**223 Bibliographie****227 Notes de lecture**

Julien DAMON, Professeur associé à Sciences Po (Paris) et Conseiller scientifique de l'EN3S

231 Notes de lecture

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

ÉDITO



Par **Dominique Libault**

A l'heure où l'action publique est réinterrogée dans son efficacité, dans ses finalités, dans son rapport aux usagers, il apparaît intéressant de s'interroger sur les spécificités et les éventuels doutes du modèle de gestion de la sécurité sociale, au regard d'autres services publics.

En effet, si la sécurité sociale fait partie de la « gestion publique » et y occupe même la première place en terme de dépenses publiques et de prélèvements obligatoires, elle a conservé, de son histoire, malgré la marche vers l'« universalisation » de la protection sociale, qui aurait pu conduire à une « étatisation » voire une « budgétisation » de la sécurité sociale, des caractéristiques propres : une loi financière propre, un pilotage par les soldes et pas seulement par des objectifs de dépenses, une dette qui fait l'objet d'un remboursement du principal et pas seulement des intérêts, des agents de droit privé, des partenaires sociaux présents dans les conseils, une contractualisation pluriannuelle par objectifs avec l'État, et... une culture propre.

Ces caractéristiques sont-elles des atouts reproductibles dans certaines sphères ? Pourrait-on davantage exploiter certaines potentialités ? *A contrario*, la division des branches, en risques, n'est-elle pas dans certains cas un handicap à l'heure de la transmission des données et de la nécessité de repenser le service public autour de l'accompagnement à la personne ?

En tout cas, il est nécessaire de réfléchir et faire connaître ce mode particulier d'exercice du service public, pour qu'il soit bien pris en compte dans la modernisation de la gestion publique. Je ne peux que constater que ce mode de gestion reste très mal connu des décideurs et du reste de la sphère publique. Puisse cette revue contribuer un peu à une meilleure appréciation.

DOSSIER CENTRAL

LA SÉCURITÉ SOCIALE, UN AUTRE MODÈLE POUR LA GESTION PUBLIQUE ?

- 27 GRANDS TÉMOINS (Regards croisés)**
- 37 PARTIE A : LE PILOTAGE**
- 45 PARTIE B : LE FINANCEMENT**
- 55 PARTIE C : LE MANAGEMENT**
- 111 PARTIE D : GESTION ET GOUVERNANCE**

LA SÉCURITÉ SOCIALE : UN SERVICE PUBLIC DÉCENTRALISÉ, DOTÉ D'UNE GESTION ORIGINALE ET NOVATRICE



Michel LAROQUE est inspecteur général des affaires sociales honoraire, ancien chef de service adjoint au directeur de la Sécurité sociale et ancien professeur associé à l'Université Paris I Panthéon-Sorbonne. Il est membre du Comité d'histoire de la Sécurité sociale et vice-président de la Fondation CEDIAS-Musée social.

Les fondateurs de la Sécurité sociale ont voulu organiser une gestion originale et novatrice de la Sécurité sociale, prenant en compte l'histoire (existence de régimes et institutions sociales), la construction d'une démocratie sociale - s'inscrivant dans un courant idéologique, lié à la méfiance vis-à-vis de l'État, au mutualisme et au syndicalisme ainsi qu'à l'objectif du Conseil national de la résistance de participation des intéressés à la gestion - et la réflexion juridique (la reconnaissance d'un service public administratif par l'arrêt du Conseil d'État de 1938 Caisse primaire aide et protection et le courant juridique de « l'État, coopération de services publics organisés et contrôlés par les gouvernants »).

L'autonomie conférée à ce service public décentralisé, qui apparaissait de ce fait comme une sphère d'administration spécifique, était toutefois limitée, dès l'origine, par le droit assurant le primat de la démocratie politique sur la démocratie sociale. Elle s'est réduite par des réformes successives, restreignant notamment la place des partenaires sociaux et des bénéficiaires.

Nos concitoyens distinguent aujourd'hui rarement la Sécurité sociale de l'État, ignorant qu'elle constitue encore une sphère autonome d'administration et de gestion d'un service public, même si des évolutions successives ont limité la gestion originale et novatrice dont a été doté initialement ce service public décentralisé.

I- LES FONDATEURS DE LA SÉCURITÉ SOCIALE ONT VOULU ORGANISER UNE GESTION ORIGINALE ET NOVATRICE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE, PRENANT EN COMPTE L'HISTOIRE, LA RÉFLEXION JURIDIQUE ET LA CONSTRUCTION D'UNE DÉMOCRATIE SOCIALE

I.1/ Des racines historiques

- L'existence de régimes et institutions sociales

Les fondateurs¹ de la Sécurité sociale, en 1944, ne se trouvent pas devant une table rase. Une loi de 1910 a instauré des retraites ouvrières et paysannes à côté de régimes spéciaux de retraite pour les fonctionnaires et de grandes entreprises. Des assurances sociales obligatoires ont été créées pour les salariés en 1928 et 1930, prenant en compte pour leur gestion les sociétés de secours mutuels qui avaient, dès le 19^e siècle, développé une libre prévoyance. La loi de 1932 et le code de la famille de 1939 ont étendu et encadré la gestion des allocations familiales par des caisses de compensation mises en place par les employeurs.

Plusieurs centaines d'organismes gèrent alors les assurances sociales :

1. des caisses d'assurance maladie fonctionnant en répartition, dites d'affinité :

- ▼ 176² caisses mutualistes et 96 caisses patronales interprofessionnelles,
- ▼ 78 caisses familiales confessionnelles et 52 caisses ouvrières syndicales,
- ▼ 192 caisses d'entreprise.

S'y ajoutent 86 caisses départementales, dotées de conseils d'administration paritaires : ces caisses, qui devaient être supplétives, accueillent 60 % des assurés, mais la présence mutualiste est prépondérante en pratique dans leurs conseils.

2. des caisses d'assurance vieillesse-décès et des caisses d'assurance invalidité fonctionnant en capitalisation au nombre de 80.

3. 15 unions régionales assurent la compensation ou la garantie des caisses de leur circonscription et au niveau national existe une Caisse générale de garantie.

4. Par ailleurs, 399 caisses patronales de compensation des allocations familiales fonctionnent à la Libération.

5. Le ministère du travail dispose d'une direction des assurances sociales et de la mutualité, d'un service du contrôle général des assurances sociales et de 15 services régionaux des assurances sociales, chargés non seulement du contrôle

¹ Parmi les fondateurs, on compte les ministres du travail en charge de la Sécurité sociale (Alexandre Parodi de septembre 1944 à octobre 1945, puis Ambroise Croizat du 21 novembre 1945 au 4 mai 1947, sous réserve d'une période d'interruption, et Pierre Laroque (1907-1997), qui, encore mobilisé comme colonel après avoir débarqué en Normandie le 14 juin aux côtés du Général de Gaulle, accepte la proposition d'Alexandre Parodi de le nommer directeur général des assurances sociales et de la mutualité, à condition d'avoir à élaborer et mettre en place un véritable « plan de sécurité sociale » ; nommé le 5 octobre 1944, Pierre Laroque élaborera les projets de textes sur la Sécurité sociale, les négociera, auprès des ministres, avec les partenaires sociaux ainsi que les parlementaires et sera directeur général de la Sécurité sociale et le restera jusqu'en octobre 1951. Il deviendra en 1953 président de la Caisse nationale de Sécurité sociale jusqu'en 1967, tout en exerçant ses fonctions principales de conseiller d'État, et sera nommé en 1964 président de la section sociale du Conseil d'État.

² Les chiffres donnés datent d'un décompte ministériel de 1936.

des caisses, mais surtout de l'immatriculation et du recouvrement des cotisations. Une autre direction supervise les allocations familiales.

6. Enfin, existent 353 caisses du secteur agricole et les régimes spéciaux sous le contrôle des ministères dont ils relèvent.

Dès 1935, ce foisonnement d'organismes apparaît peu cohérent³ et un des objectifs des fondateurs de la Sécurité sociale sera de rationaliser l'existant, autour d'un objectif de caisse unique, tout en préservant les compétences des personnels, la proximité avec les bénéficiaires et l'implication des administrateurs.

- Un courant idéologique de démocratie sociale, lié à la méfiance vis-à-vis de l'État, au mutualisme et au syndicalisme et à l'objectif du Conseil national de la résistance de participation des intéressés à la gestion.

La Sécurité sociale s'inscrit dans une certaine conception de la démocratie qui ne serait pas seulement politique, mais aussi sociale. De même que la démocratie politique implique une gestion des affaires publiques confiée à des élus de la population, au niveau local, départemental, régional et national, de même la démocratie sociale voudrait que des représentants des bénéficiaires des institutions sociales assument la responsabilité de la gestion des institutions créées au profit de ces derniers. « *Les principes mêmes du plan de Sécurité sociale que nous voulons édifier, de même que les principes les plus généraux de la politique sociale ... veulent que l'organisation de la Sécurité sociale soit confiée aux intéressés eux-mêmes. Cela précisément parce que 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.* »⁴

« *C'est (aussi) par défiance à l'égard de l'État, sur la base du sentiment qu'une représentation spécialisée plus proche des bénéficiaires sera mieux à même d'assurer la protection de l'individu et la satisfaction de ses intérêts. L'existence d'une telle représentation est dans la ligne des traditions mutualistes et syndicalistes. Elle traduit aussi l'élément d'anarchie que l'on trouve toujours au fond de la conception française de la liberté, celle-ci étant dirigée pour une large part contre l'État, contre une collectivité considérée comme un ennemi dont il convient de se défier*⁵ ». La Charte d'Amiens adoptée en 1905 par les syndicats, tout en s'inscrivant dans cette conception anarcho-syndicale, s'ouvre à une autogestion : « *Le syndicat, aujourd'hui groupement de résistance, sera, dans l'avenir, le groupe de production et de répartition, base de la réorganisation sociale.* »

Enfin, la participation à la gestion des intéressés est un des objectifs adoptés par le Conseil national de la Résistance dans son programme du 15 mars 1944 « les jours heureux » dans son bref paragraphe sur la Sécurité sociale : « *un plan complet de sécurité sociale, visant à assurer à tous les citoyens des moyens d'existence, dans tous les cas où ils sont incapables de se les procurer par le travail, avec gestion appartenant aux représentants des intéressés et de l'État.* »

3 « Les 727 caisses primaires de répartition et les 80 caisses de capitalisation ne doivent pas apparaître comme des organismes gérant à leur gré les risques dont l'assurance leur est confiée : l'assurance sociale est et reste une institution nationale dont le fonctionnement exige une étroite solidarité de tous les organismes qui y collaborent et même de tous les assurés » (Laroque Pierre « La prévoyance » cité dans l'article « Des premiers systèmes obligatoires de protection sociale aux assurances sociales », *Vie sociale* N°10, 2015, p 45).

4 Laroque Pierre, « Le plan français de Sécurité sociale », *Revue française du travail*, avril 1946.

5 Laroque Pierre, « Préface » in *Histoire politique de la Sécurité sociale* par H. Galant, Armand Colin, 1955.

- Un courant juridique : un service public administratif (Caisse primaire aide et protection) ; un État, coopération de services publics organisés et contrôlés par les gouvernants

Il est inutile de rappeler le grand arrêt du Conseil d'État du 13 mai 1938 Caisse primaire « Aide et protection ». Il consacre que, bien que géré par des organismes privés, « le service des assurances sociales est un service public ». Il en découle un minimum d'encadrement qualifié de « tutelle » par l'État.

Cette organisation du service public administratif de la Sécurité sociale s'inscrit dans un courant juridique qui tend à définir l'État *« comme une coopération de services publics organisés et contrôlés par les gouvernants... Le développement de la décentralisation par service est la condition indispensable pour que le nombre de services publics puisse s'accroître sans que la puissance de l'État devienne excessive et absorbe les initiatives individuelles »*⁶. La Sécurité sociale illustre cette nouvelle conception juridique développée par Léon Duguit, à côté de l'organisation traditionnelle de collectivités territoriales.

I.2/ Une gestion originale et novatrice de ce service public de la Sécurité sociale

Ces éléments historiques, idéologiques et juridiques, alliés à la volonté d'une politique globale de Sécurité sociale, conduisent au choix d'une gestion originale et novatrice du service public de la Sécurité sociale.

La gestion s'inscrit, en effet, dans « une révolution » politique. C'est une politique sociale globale assurant la sécurité sociale des travailleurs et de leur famille qui est voulue. Elle repose, selon la formule de Jean-Jacques Dupeyroux, sur les 3 U : Universalité, Unité et Uniformité. Une sécurité sociale implique une politique concernant toute la population (universalité ou généralité du champ des personnes), une couverture des divers risques sociaux (généralité des risques couverts), une approche unifiée nécessitant une caisse unique, proche des intéressés et favorisant une participation des bénéficiaires à une gestion sociale ne devant pas s'enfermer dans une bureaucratie technique et permettant l'exercice responsable d'une démocratie sociale.

« L'organisation française de la Sécurité sociale devra être conçue de manière à éviter ce risque de bureaucratie. Elle devra être faite d'institutions vivantes, se renouvelant par une création continue, par l'effort des intéressés eux-mêmes chargés par leurs représentants d'en assurer directement la gestion.

D'ailleurs, aucune organisation de la Sécurité sociale n'est viable si elle ne répond pas aux traditions nationales, si elle ne répond pas aux conditions psychologiques et économiques du pays. Or la tradition française dans le domaine de la sécurité sociale n'est pas une tradition d'étatisme bureaucratique ; c'est une tradition d'entraide volontaire, c'est la tradition d'un effort désintéressé et généreux d'assistance mutuelle, c'est la tradition de la mutualité, c'est la tradition du syndicalisme... ; c'est cette tradition qui a son nom inscrite dans notre devise nationale, c'est la tradition de la fraternité.

*Il incombera aux responsables de l'organisation de la Sécurité sociale de faire l'éducation des travailleurs pour les inciter à prendre réellement une part active à la gestion de leurs institutions.»*⁷

⁶ Duguit Léon, *Les transformations du droit public*, Colin, 1952.

⁷ Laroque Pierre, « Conférence du 23 mars 1945 à l'Ecole nationale d'organisation économique et sociale », *Vie sociale* n°10 « La protection sociale face à ses défis », 2015, p. 57.

Le choix est donc fait d'une gestion principalement par les bénéficiaires, représentés d'abord par les seuls syndicats, ensuite en 1947, par leurs élus sans monopole syndical, les représentants des bénéficiaires étant majoritaires au sein des représentants des travailleurs et employeurs dans les conseils d'administration des caisses (2/3, puis 3/4 jusqu'en 1967). Les représentants des employeurs (1/3, puis 1/4) sont de même désignés, puis élus.

Les caisses locales continuent à relever du droit privé et du cadre mutualiste, ce qui facilite l'intégration des personnels des divers organismes antérieurs et contribuent à l'autonomie de ce service public. Seule la Caisse nationale de Sécurité sociale, mise en place avec un conseil d'administration tripartite, est un établissement public administratif, mais, si elle assure l'unité du régime général de Sécurité sociale et assure la compensation financière, elle ne s'implique pas dans la gestion des caisses locales. *« Il est certain que l'on ne sait pas assez ce qu'est la Sécurité sociale, que les bénéficiaires ignorent bien souvent leurs droits, qu'ils ne savent pas ce qu'ils peuvent attendre des institutions ou législations créées à leur profit. Ils ne savent pas surtout que dans le cadre de l'organisation française de la Sécurité sociale, c'est aux intéressés eux-mêmes qu'appartient la gestion de leurs caisses, car c'est là une des caractéristiques fondamentales de notre organisation qui repose non sur une structure administrative et étatique, mais sur des caisses qui sont des organismes privés, à statut mutualiste et administrés avec une large autonomie par les représentants des bénéficiaires eux-mêmes. C'est la caractéristique de la législation française qui, à cet égard, est tout à fait opposée aux législations anglo-saxonnes. Il nous a semblé que la tradition française, que la tradition du syndicalisme comme celle de la mutualité voulaient que les intéressés aient la gestion de leurs propres intérêts, que ceux-ci ne soient pas en tutelle, mais qu'ils aient la responsabilité par eux-mêmes et par leurs représentants, de la gestion de leurs caisses et des sommes qui viennent de leurs cotisations. »*⁸

L'ensemble de cette organisation est indépendante du budget de l'État et repose, comme les assurances sociales, sur des cotisations et des prestations. Pierre Laroque, haut fonctionnaire expérimenté, veille à impliquer le moins possible le ministère du Budget, dont il connaît la vision à court terme et la volonté constante de contenir les dépenses. Il prévoit même pour assurer l'autonomie effective de la sphère Sécurité sociale que le financement, non seulement de la Caisse nationale de Sécurité sociale, mais aussi de la direction générale de la Sécurité sociale et de ses directions régionales, est assuré par les cotisations sociales. Il prend surtout en compte la nécessité du consentement aux prélèvements obligatoires, plus aisé dès lors que les cotisants connaissent l'affectation de ce qu'ils paient et peuvent en contrôler la bonne utilisation, ce que garantit en principe une sphère autonome.

L'objectif de caisse unique est toutefois battu en brèche par la création des caisses d'allocations familiales, -ces dernières relèvent toutefois de la Caisse nationale de Sécurité sociale-, le maintien à titre provisoire des régimes spéciaux, la non intégration dans le régime général des caisses agricoles, la création de régimes autonomes à partir de 1948 pour les travailleurs indépendants compte tenu de leur refus de rejoindre le régime général.

⁸ Laroque Pierre, « Conférence du 15 février 1947 lors de l'inauguration des nouveaux services de la Caisse primaire du département de l'Yonne », *Vie sociale* n°10, 1975, p. 69.

II- L'AUTONOMIE CONFÉRÉE À CE SERVICE PUBLIC DÉCENTRALISÉ ÉTAIT TOUTEFOIS LIMITÉE DÈS L'ORIGINE PAR LE DROIT

L'État a toujours joué un rôle déterminant, compte tenu de sa mission constitutionnelle. Cela était vrai en matière d'assurances sociales. Cela le reste pour la Sécurité sociale, en vertu notamment à la fois du préambule de la Constitution d'octobre 1946 et des dispositions même de la Constitution de 1958 dont l'article 1 dispose que « *la République est [...] démocratique et sociale* » et dont l'article 34 édicte que « *les principes fondamentaux de la Sécurité sociale* » sont du domaine législatif. L'État ne pouvait donc déléguer aux partenaires sociaux au plus que des attributions d'ordre réglementaire, ce qu'il n'a fait que de manière très limitée, par exemple pour les Dispositions générales de prévention des accidents du travail. Par ailleurs, responsables de la législation et de la légalité de la réglementation, les autorités de l'État doivent veiller à leur juste application sur le plan de la légalité et de l'égalité ainsi qu'à la bonne exécution des dépenses. L'État doit donc mettre en place des contrôles *a priori* ou *a posteriori*, ce qu'il a fait en développant une tutelle de plus en plus étroite.

La conception des textes juridiques sur la Sécurité sociale a donc toujours relevé en premier lieu de l'État, la démocratie politique prévalant sur la démocratie sociale. Les partenaires sociaux n'en ont pas moins été associés à l'élaboration du droit de la Sécurité sociale par des consultations et une représentation organisées qui se sont exercées de manière diverse selon les époques : Caisse nationale de Sécurité sociale et Conseil supérieur de la Sécurité sociale dans une première phase, conseils d'administration des caisses nationales dans une seconde phase, auxquelles s'ajoutaient des échanges informels.

L'intervention des partenaires sociaux était essentiellement prévue dans la gestion des caisses. Membres des conseils d'administration, ils votaient notamment les budgets, géraient l'action sanitaire et sociale et la prévention des accidents du travail. Leur rôle fut extrêmement important en 1946 dans la mise en place des nouvelles caisses par fusion des centaines d'organismes préexistants. La division syndicale atténua ensuite cette implication constructive.

III- LES PRINCIPES INITIAUX D'AUTONOMIE ONT ÉTÉ LIMITÉS PAR DES RÉFORMES SUCCESSIVES ET UNE IMPLICATION DE PLUS EN PLUS RESTREINTE DE PARTENAIRES SOCIAUX REVENDICATIFS ET CONCURRENTS ET DES BÉNÉFICIAIRES

III.1/ Des réformes successives modifiant la gestion de la Sécurité sociale

La division et les surenchères des organisations syndicales en concurrence obligent la puissance publique, après la période de construction des nouvelles caisses, à renforcer sa tutelle sur les caisses locales.

Par le décret du 25 mars 1949 et la loi du 22 août 1950, le ministre chargé de la Sécurité sociale reçoit le pouvoir de fixer des limites aux dépenses de gestion des caisses. Si cette limite est dépassée, le budget administratif doit être soumis à l'approbation ministérielle. La nomination du directeur et de l'agent comptable d'une caisse par le conseil d'administration est soumise à agrément ministériel.

Le décret du 12 mai 1960 relatif à l'organisation et au fonctionnement de la Sécurité sociale détermine les pouvoirs respectifs du conseil d'administration qui sont limités et ceux du directeur qui, notamment, reçoit, seul, autorité sur les personnels, prépare et exécute le budget. Par ailleurs, le conseil d'administration ne peut plus nommer que des agents de direction inscrit sur une liste d'aptitude nationale, un Centre d'études supérieures de Sécurité sociale étant créé pour former les cadres supérieurs des caisses.

Les ordonnances du 21 août 1967 divisent la Sécurité sociale en branches coiffées chacune par une caisse nationale, établissement public administratif, la Caisse nationale de Sécurité sociale et le Conseil supérieur de la Sécurité sociale étant supprimés. Elles instituent, au sein des conseils d'administration des caisses locales et nationales, le paritarisme entre les organisations représentatives des employeurs et des salariés. Les élections des représentants des employeurs et des salariés aux conseils d'administration -qui s'étaient tenues en 1947, 1950, 1955 et 1962- sont supprimées. Les directeurs des caisses nationales sont nommés par l'État.

Lors du retour de la gauche au pouvoir, l'abrogation d'une partie des ordonnances de 1967 par la loi du 17 décembre 1982 relative à la composition des conseils d'administration des organismes du régime général (retour à la prédominance des représentants des salariés dans les conseils d'administration et à leur élection -avec instauration d'un monopole syndical- qui n'interviendra cependant qu'une seule fois en 1983) n'atteint pas ses ambitions affirmées par Pierre Bérégovoy le 7 juillet 1982 : *« l'abrogation ... renoue avec l'une des plus fortes traditions de notre histoire sociale. L'esprit mutualiste est né à l'aube des premières solidarités du monde ouvrier... Chaque travailleur doit devenir un citoyen dans son entreprise, chaque citoyen doit devenir responsable et comptable de sa protection sociale »*.

La loi du 25 juillet 1994 relative à la Sécurité sociale a poursuivi le partage des responsabilités engagé par les ordonnances de 1967 et concentré la gouvernance de

gestion de branches sur les caisses nationales. Elle s'était, d'ailleurs, déjà affirmée dans le cadre de leur gestion budgétaire et de la conduite de l'informatisation des caisses locales.

Le plan de M. Juppé de 1995 rétablit le paritarisme et consacre la suppression des élections des représentants des salariés. Il affirme le rôle de l'État par une loi constitutionnelle et une loi organique qui mettent en place une loi de financement de la Sécurité sociale parallèlement à la loi de finances de l'État, développe une contractualisation des relations entre l'État et les caisses par des conventions d'objectifs et de gestion (COG) et crée des conseils de surveillance des caisses nationales, présidées par un parlementaire et ouverts sur la société civile. Ces derniers, d'abord non renouvelés, disparaîtront discrètement en 2011.

La loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie institue une Union des caisses d'assurances maladie (UNCAM) avec un collège de directeurs réunissant, sous la direction du directeur général de la Caisse nationale d'assurance maladie, les directeurs du régime agricole et des travailleurs indépendants. Pour assurer son indépendance, le directeur général est nommé pour 5 ans en conseil des ministres et ne peut être démis qu'avec un vote favorable des deux tiers des membres du Conseil ; il a autorité sur le réseau des caisses. Les conseils d'administration du régime général d'assurance maladie sont remplacés par des conseils ayant une fonction d'orientation ; ils perdent notamment leur pouvoir de choisir le directeur de la caisse locale, nommé désormais par le directeur de la Caisse nationale, mesure étendue en 2010 à l'ensemble du régime général. En 2009, la loi du 21 juillet crée les agences régionales de santé qui intègrent une partie des attributions des caisses d'assurance maladie.

III.2/ Des limitations des principes initiaux de cette sphère autonome

La large autonomie initiale des conseils d'administration des caisses locales a donc été progressivement réduite par la tutelle de l'État. La mise en place des caisses nationales, dont les pouvoirs sur les organismes locaux ont été peu à peu renforcés, a restreint la décentralisation territoriale de la Sécurité sociale.

Les ordonnances de 1967 ont supprimé les instances assurant une appréhension globale de la Sécurité sociale par les partenaires sociaux et conduit à un éclatement en branches et donc à une spécialisation plus technique.

Elles ont conforté le pouvoir patronal⁹ qui n'a plus besoin que du concours d'une organisation syndicale pour avoir la majorité, ce qui atténue fortement l'ambition initiale d'une gestion par les bénéficiaires. Il est vrai que la division syndicale n'avait pas toujours conduit à une gestion rigoureuse et à un esprit de responsabilité et d'éducation de l'ensemble des bénéficiaires de la Sécurité sociale, malgré les élections.

Toutefois, des responsabilités nouvelles ont été conférées aux partenaires sociaux, chargés de veiller, au sein des caisses nationales qu'ils président, à l'équilibre financier de la branche. Seule toutefois, avant la création de l'UNCAM, la Caisse nationale d'assurance maladie s'est vu donner de réels pouvoirs qu'elle ne mettra en œuvre que

⁹ Cela n'a pas empêché le MEDEF de décider en 2000 de se retirer des conseils d'administration du régime général et de mettre ce retrait en œuvre en octobre 2001 pour quelques années.

partiellement, notamment pour négocier des conventions nationales avec les professions de santé, cette dernière attribution relevant antérieurement des caisses locales. La loi de 2009 réduit cependant, au profit des agences régionales de santé, leur champ de compétence.

Surtout, le renforcement des pouvoirs du Parlement par la loi de financement de la Sécurité sociale conduit à normaliser le service public de la Sécurité sociale et à limiter la spécificité de cette sphère sociale. Il est cependant possible de considérer également que l'instauration par la Constitution d'une loi de financement spécifique, parallèle à celle de l'État, dotée de dispositions particulières, consacre l'autonomie de la Sécurité sociale. Ses dispositions maintiennent le caractère essentiellement évaluatif des dépenses de la Sécurité sociale et les prestations sociales restent des droits non limités par une enveloppe budgétaire limitative.

Ce nouveau cadre correspond aussi à une véritable généralisation de la Sécurité sociale qui couvre l'ensemble des résidents réguliers en France et à une unification des régimes applicables, déjà mis en œuvre pour les prestations familiales et étendue avec la protection maladie universelle et la réforme des retraites en cours. Il y correspond un nouveau financement qui remplace une partie des cotisations sur le travail par une contribution sociale généralisée (CSG) sur les revenus qui est considérée par certains comme la cotisation moderne de la Sécurité sociale du 21^e siècle.

Les objectifs initiaux de généralité et d'unité sont donc atteints ou en voie de l'être. Manque toutefois l'existence d'un interlocuteur social unique de la Sécurité sociale au plan local pour aider les assurés à faire valoir pleinement leur droit et à les aiguiller dans la technicité d'une protection sociale qui est trop verticalisée par branches. Le maintien de l'aide sociale ainsi que l'accroissement, depuis les années 1980, des responsabilités sociales des conseils départementaux et récemment des nouvelles métropoles compliquent, en outre, une politique sociale globale, l'accès et la gestion des droits sociaux.

La portée des COG est ambivalente. Conventions, elles assurent un partenariat entre l'État et les caisses nationales qui les déclinent dans des conventions avec les caisses locales. Mais elles traduisent également un renforcement de la tutelle de l'État et de l'autorité des caisses nationales qui imposent une gestion de plus en plus rigoureuse avec une marge d'autonomie locale de plus en plus réduite.

L'objectif initial de démocratie sociale n'a, dans ce cadre, pas progressé. L'universalisation conduit à s'interroger sur les modalités d'une représentation des bénéficiaires que les organisations syndicales de salariés n'ont plus de légitimité à représenter seules. Il convient d'ailleurs de rappeler qu'elles n'avaient pas de monopole de représentation lors des élections à la Sécurité sociale de 1947 à 1967. L'éducation des bénéficiaires à une gestion responsable de la Sécurité sociale par leurs représentants a été perdue de vue par la plupart des organisations syndicales.

Conclusion

La vie de chaque habitant est aujourd'hui concernée par la Sécurité sociale. L'importance de la sphère sociale, dont les dépenses sont largement supérieures à celle de l'État et dont l'appareil juridique est considérable, lui confère, néanmoins, une autonomie culturelle, qui pose question au regard de la faiblesse française des formations aux questions sociales dans l'enseignement, notamment l'enseignement supérieur fragmenté entre des disciplines traditionnelles et reléguant à l'arrière-plan la discipline sociale.

Cette faiblesse du « social » dans la formation menace son autonomie et sa prise en compte dans la sphère politique, administrative et économique. Le poids politique des économistes et des financiers, trop souvent mal au fait des questions sociales, sape une politique sociale globale, dès lors que l'élaboration politique de l'action publique dépend largement de l'Union européenne, dont les attributions sociales restent limitées par les traités et que la composition du Gouvernement français prévoit, depuis quelques années, un ministre des comptes publics pleinement en charge du financement de la protection sociale en même temps que du budget de l'État.

Sur le plan juridico-économique, c'est de manière étroite, conformément aux traités qu'elle avait à appliquer, que la Cour de justice des Communautés européennes a reconnu, à côté de l'activité économique, la place du « social », notamment par les arrêts Poucet et Pistre, rendus le 17 février 1993¹⁰. Elle laisse donc la possibilité de construire une protection sociale indépendante de la concurrence économique, conforme à l'exposé des motifs de l'ordonnance du 4 octobre 1945 sur l'organisation de la Sécurité sociale qui considérait, à propos de l'assurance des accidents du travail : *« [...] partout, l'obligation de l'assurance tend à s'instituer, partout l'assurance obligatoire s'oriente vers le recours à des organismes intéressés, publics ou privés. Cette formule s'impose parce que l'assurance du risque professionnel, en raison même de son caractère social, ne doit pas poursuivre des fins lucratives. Sa généralité enlève toute justification aux lourdes charges qu'impliquent pour une entreprise d'assurance la rémunération de son capital, la couverture de ses frais généraux et de ses frais de propagande et de commissions toujours élevées »*.

Cette autonomie, tant à l'égard de l'État que du secteur privé lucratif, reste donc précaire. Les initiatives de ces dernières années, visant la fusion de la CSG et de l'impôt sur le revenu ou des lois de finances de l'État et de la loi de financement de la Sécurité sociale ainsi que la privatisation d'une part de la couverture sociale, si elles venaient à être retenues, pourraient remettre en cause l'autonomie relative que conserve encore

10 A l'occasion d'un litige lié à la contestation du mouvement poujadiste des petits commerçants et artisans contestant l'obligation de cotiser à la Sécurité sociale et réclamant, au nom de la libre concurrence, le droit de s'assurer librement auprès de d'organismes d'assurance, la CJCE a rappelé que « dans le contexte du droit de la concurrence, la notion d'entreprise comprend toute entité exerçant une activité économique, indépendamment du statut juridique de cette entité et de son mode de financement ». Elle a reconnu que les organismes de Sécurité sociale n'exerçaient pas d'« activité économique » et n'étaient donc pas des entreprises soumises à la libre concurrence, dès lors toutefois qu'ils se limitaient à une fonction de caractère exclusivement social : « les caisses de maladie ou les organismes qui concourent à la gestion du service public de la Sécurité sociale remplissent une fonction de caractère exclusivement social. Cette activité est, en effet, fondée sur le principe de la solidarité nationale et dépourvu de tout but lucratif. Les prestations versées sont des prestations légales et indépendantes du montant des cotisations. »

la sphère de la Sécurité sociale et porter atteinte à une sécurité sociale des citoyens ¹¹ qui exige une stabilité suffisante des droits sociaux pour protéger autant que possible des incertitudes du lendemain.

Il convient donc de rester vigilant pour assurer des politiques et une gestion financière et économique au service de l'épanouissement de l'ensemble des hommes. L'existence d'une sphère sociale spécifique n'est pas la seule solution. Elle est cependant une garantie contre les dérives de l'ultra-libéralisme et peut contribuer à une démocratie sociale dans le cadre d'une démocratie politique.

¹¹ Michel Laroque et Marc de Montalembert, « Perspectives de la protection sociale », *Vie sociale* N°10, 2015, p. 219.

GRANDS TÉMOINS (regards croisés)

*Interview réalisée par
Dominique Libault,
Directeur général de l'EN3S*

Nicolas REVEL, Directeur général de la Caisse nationale d'Assurance maladie (CNAM)

Nicolas REVEL est Directeur Général de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie et de l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie depuis novembre 2014. Il était auparavant Secrétaire Général Adjoint de la Présidence de la République en charge des politiques publiques depuis mai 2012. Auditeur à la Cour des comptes en 1993 puis Conseiller référendaire à la Cour des comptes, il a ensuite été détaché au ministère de l'intérieur en tant que Secrétaire général de la Préfecture des Hautes-Pyrénées. Conseiller Technique au cabinet du Ministre de l'agriculture et de la pêche de 2000 à 2002, il a ensuite réintégré la Cour des comptes avant de devenir en 2003 Directeur adjoint puis Directeur de cabinet du Maire de Paris jusqu'en 2012.



Vincent MAZAURIC, Directeur général de la Caisse nationale des Allocations familiales (CNAF)

Vincent MAZAURIC est Directeur Général de la Caisse Nationale des allocations familiales depuis novembre 2017. Il était auparavant directeur adjoint des finances publiques depuis 2014. Nommé conseiller technique chargé de la fiscalité au cabinet du ministre de l'économie et des finances et au cabinet du secrétaire d'État au budget en 2000, il est détaché dans l'emploi de sous-directeur des relations internationales à la direction de la législation fiscale de 2002 à 2004. Il a ensuite été nommé chef de service de l'application (gestion fiscale) à la DGI. En 2008, il est devenu directeur, adjoint au directeur général des finances publiques, jusqu'en novembre 2012, date à laquelle il a été nommé secrétaire général du ministère de l'écologie, du développement durable et de l'énergie et du ministère de l'égalité des territoires et du logement.



M. LIBAULT

Vous dirigez les deux principaux réseaux de la sécurité sociale. Dans vos vies professionnelles antérieures, vous avez connu d'autres modes de fonctionnement du service public, soit au sein de l'État soit dans une collectivité locale. Que saviez-vous du service public de la sécurité sociale avant de prendre vos fonctions ? Il semble que le service public de la sécurité sociale ne soit guère connu que des initiés.

M. REVEL

Compte tenu des fonctions que j'exerçais au moment où j'ai été nommé directeur général de la CNAM, j'avais une bonne vision générale des enjeux de protection sociale ainsi que du système de santé. En revanche, mon appréhension des questions relatives aux personnels et aux organisations du service public de la sécurité sociale était un peu plus ancienne. En effet, j'ai jadis enseigné à la fois à l'UCANSS et au CNESSS. De plus, auditeur puis conseiller référendaire à la Cour des comptes affecté à ce qui était à l'époque la 5^e chambre – il s'agissait d'un choix de ma part –, j'avais beaucoup travaillé sur les questions de sécurité sociale, notamment sur la CNAM et la MSA. Lorsque j'ai pris mes fonctions à la CNAM, le temps avait passé, de sorte que je n'avais pas vraiment de repères précis sur le fonctionnement et l'état d'esprit des personnels du service public de la sécurité sociale. J'ai été immédiatement impressionné par l'état d'esprit des cadres dirigeants, des cadres et de tous les collaborateurs de l'assurance maladie. Ce que j'exprime n'est certainement pas propre à la branche maladie car la plupart des cadres et des agents de direction passent d'une branche à l'autre.

J'aimerais insister sur trois éléments. En premier lieu, j'ai rapidement observé chez les agents de la CNAM un véritable engagement au service d'une mission à laquelle ils croient profondément. J'ai également été frappé de ce que les agents avaient le sens de la culture du résultat et d'un résultat qui se mesure. Il n'en va pas ainsi dans toutes les sphères de l'action publique. Troisième élément remarquable : la culture du mouvement et la conscience de la nécessité de l'adaptation pour tenir compte de nouvelles missions et de nouveaux défis, notamment en matière d'organisation. Ce trait est tellement marqué que l'immobilisme est perçu comme un danger par beaucoup, un peu comme si la sécurité sociale doutait de sa pérennité et devait sans cesse prouver son efficacité et sa capacité d'adaptation à un contexte en évolution permanente. Or, lorsque j'ai été nommé à la tête de la CNAM, nous étions sur le point de fêter le 70^e anniversaire de la sécurité sociale...

M. MAZAUROIC

Lorsque j'ai pris mes fonctions, je n'avais pas le même recul que Nicolas REVEL. J'étais conscient de mon ignorance. Quand j'ai été nommé directeur général de la CNAF à la fin du mois de novembre 2017, ce que je connaissais de la sécurité sociale se limitait à des questions de superstructure, de recettes, et de flux financiers et budgétaires entre l'État et la sécurité sociale. J'avais ainsi longuement réfléchi au cadre comptable de la CADES. Cependant, le lancement en 2016 par la branche famille de la prime d'activité m'avait donné l'occasion d'entrevoir la réalité de la sécurité sociale.

Je savais ce que j'attendais. En premier lieu, j'attendais la chance et le plaisir. J'espérais découvrir un réseau composé d'une tête de réseau et d'un ensemble ramifié, le comprendre, faire sa connaissance et en sentir les valeurs et les aspirations.

M. LIBAULT

Vous avez parlé des hommes et des femmes. Quant à l'organisation, elle repose à la fois sur une direction chargée de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques publiques, la Direction de la sécurité sociale, et sur des caisses nationales dont chacune est à la tête d'un réseau constitué de caisses de base. Les relations entre la sécurité sociale et l'État sont contractualisées, avec une COG par branche, chaque COG étant déclinée en CPG. Quel jugement portez-vous sur le fonctionnement de cet ensemble ? Il arrive que les opérateurs se plaignent des injonctions de l'État, qui peuvent sembler contradictoires. Estimez-vous que le système permet d'atténuer ces injonctions contradictoires et de disposer de la durée qu'exige le pilotage d'une action efficace ? Je pense évidemment à l'opposition entre, d'une part, la temporalité du politique et les demandes répétées de réformes et, d'autre part, la temporalité de la gestion, laquelle requiert une certaine continuité. Estimez-vous que le système permet de trouver des compromis acceptables entre ces exigences opposées ?

M. MAZAURIC

S'agissant des relations entre les opérateurs et la tutelle, je dispose d'un point de repère puisque j'ai été secrétaire général du ministère de l'écologie, du développement durable et de l'énergie ainsi que du ministère de l'égalité des territoires et du logement entre 2012 et 2014. À ce titre, j'ai pu observer le fonctionnement d'une centaine d'opérateurs, dont une dizaine sont des opérateurs essentiels. Au sein du ministère des solidarités et de la santé et du ministère de l'action et des comptes publics, l'animation et l'organisation de la relation de tutelle et de collaboration avec la CNAF se caractérisent par la proximité. Auparavant, j'ai vu tellement de tutelles absentes, fort peu impliquées ou en retard que je juge satisfaisant l'équilibre des relations de la CNAF avec la Direction de la sécurité sociale et la Direction générale de la cohésion sociale, voire avec la Direction du budget.

En ce qui concerne les instruments de la contractualisation, je les considère comme souhaitables car ils garantissent une certaine visibilité. J'ai connu il y a plusieurs années l'époque des contrats d'objectifs et de moyens pour les directions d'administration centrale. Ces contrats comportaient de véritables engagements et de vraies contreparties, de vrais défis et de vraies récompenses. Ils ont disparu lorsque la contrainte budgétaire s'est faite pressante. Ce fut une perte et je me félicite que la sphère de la sécurité sociale n'ait pas connu cette évolution.

Comme je le dis souvent aux directeurs de caisse et à mes collaborateurs, une COG n'est ni une loi ni un contrat. Il ne faut en effet pas exclure que ce qui n'est pas inscrit dans la COG advienne car le législateur est souverain. Une COG n'est pas non plus exactement un contrat. Elle ne se négocie pas entre deux parties égales. Elle est définie avec sincérité mais elle peut faire l'objet de modifications fondamentales, qui en altèrent le visage initial. Les COG comportent du reste des éléments de révision substantiels, dont les effets sont très variables et sont loin de se résumer à un surcroît de contraintes.

La déclinaison territoriale des COG est en cours dans la branche famille. J'ai commencé par m'interroger sur son utilité. Après en avoir allégé le format afin de soulager les agents, j'observe désormais la vertu de ce dispositif. En effet,

la déclinaison territoriale des COG permet aux conseils d'administration des caisses d'allocations familiales d'exercer l'une de leurs fonctions, l'expression d'initiatives issues du terrain, dont certaines sont ensuite diffusées dans l'ensemble du réseau.

M. REVEL

En ce qui concerne tant la relation avec la tutelle que le mode d'animation et de contractualisation interne, je retiens le mot « équilibre », que Vincent MAZURIC a utilisé, même s'il s'agit d'un équilibre nécessairement instable.

La relation des caisses nationales avec la tutelle est définie par des textes. Elle est pilotée par le gouvernement, ce qui est bien normal en démocratie. Au quotidien, la relation est respectueuse des rôles des deux parties : l'administration d'État exerce ses responsabilités et l'opérateur accomplit ses missions. La situation est globalement satisfaisante, non seulement s'agissant du pilotage des moyens dans le cadre de la COG mais aussi sur des sujets parfois délicats comme la conduite des négociations conventionnelles, pour lesquelles il importe de trouver un bon équilibre entre le cadrage stratégique et la marge laissée au négociateur.

L'équilibre est nécessairement instable parce que l'assurance maladie, compte tenu de ses missions, intervient dans le champ de la transformation du système de santé. Il convient que chacun veille à la cohérence de ce qui s'élabore non seulement lors des grandes phases stratégiques mais aussi dans la mise en œuvre quotidienne. Ceci requiert un dialogue nourri, qui s'est renforcé au cours des dernières années. Selon moi, ces échanges sont légitimes et naturels si l'on veut garantir la cohérence des interventions au service d'une stratégie nationale, et ce dans un paysage composite – je parle du champ de la santé, où œuvrent de nombreux opérateurs nationaux. Sans cela, la puissance publique et les pouvoirs publics ne pourraient pas mener des politiques de transformation qui réussissent. Au quotidien, l'équilibre de la relation nécessite que le travail soit assumé en collaboration et que chacun reste dans son champ et respecte les prérogatives de l'autre.

S'agissant de l'animation du réseau et de la contractualisation interne, la COG représente un cadre précieux. C'est le dernier instrument de contractualisation qui possède encore un certain contenu et qui est respecté. La pluriannualité des engagements est en effet globalement appliquée. Comme tout opérateur soumis à des trajectoires de moyens exigeantes, le fait de disposer d'une visibilité sur les efforts que l'on attend de nous en matière de ressources et de moyens budgétaires nous permet d'envisager l'évolution de nos organisations sur 5 ans. C'est la condition indispensable pour gérer le moins mal possible des réductions de moyens.

Une telle contractualisation, qui associe des objectifs et des moyens sur une certaine durée et dont les termes sont respectés, est la meilleure des méthodes pour que des organisations publiques puissent conduire des transformations tout en essayant de préserver la qualité de service et le sens des missions. Dans les organismes où ce type de contrats n'existe pas, il peut y avoir une vraie perte de sens faute de pouvoir stabiliser une perspective de moyen terme. Soumis à des changements réguliers de cap ou de format, ceux-ci ne sont pas en mesure de se projeter dans l'avenir en articulant les contraintes d'objectifs et de moyens.

M. MAZAURIC

Les exemples ne manquent pas...

M. REVEL

En interne, la COG permet, au travers des CPG, de donner la visibilité requise aux directeurs d'organismes. Ils peuvent ainsi se projeter dans des réformes d'organisation, envisager la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, prévoir d'investir dans des missions nouvelles et des chantiers pour lesquels ils se donnent les moyens puisqu'ils savent que les gains de productivité dégagés pourront être affectés à une mission ou un projet. Ceci est fondamental pour que les organisations évoluent et pour que soient garanties les trois lignes essentielles que sont la qualité de service, le champ des missions et la qualité de vie au travail.

Concernant l'animation du réseau, les CPG ne suffisent pas. Ils permettent certes, au moins pour ce qui est de l'assurance maladie, de déterminer certains objectifs, indicateurs et moyens. Au-delà des CPG, nous devons trouver une manière d'animer le réseau afin que l'innovation soit à la fois encouragée, exprimée, remontée et partagée. Or les CPG ne sont pas conçus dans cette perspective. Réfléchir et trouver des méthodes favorisant l'innovation représente un enjeu fondamental pour toute organisation gestionnaire d'un réseau. Ceci n'est pas simple pour les réseaux de grande taille.

M. MAZAURIC

Sur les COG, j'ajoute que je n'ai pas rencontré d'agent de la branche famille qui ignore de quoi il s'agit. La COG est parfaitement identifiée comme ligne directrice des relations entre la branche et l'État et comme élément de reconnaissance. Certes, la COG suscite aussi des inquiétudes et des critiques car elle met en évidence le fait que la diminution des moyens va au-delà de la réduction des charges.

M. REVEL

Il faut aussi se méfier des effets pervers car le risque existe que les éléments dépourvus d'indicateurs ne soient négligés. Ainsi, ce qui n'est pas « scoré » dans les CPG est toujours moins prioritaire et moins bien suivi. Néanmoins, le système est fondamentalement vertueux et la culture du résultat que j'ai évoquée est généralisée. Le réseau suit ses résultats attentivement et toute évolution défavorable est vécue comme un problème. Je ne connais guère d'autres secteurs de l'administration publique et sociale où règne cette culture de l'efficacité et de la performance, qu'il ne faut cependant pas assimiler à une logique d'entreprise, car le service public constitue notre finalité.

M. LIBAULT

Nous pourrions maintenant aborder un sujet qui n'est pas simple, celui du rapport de la sécurité sociale à la démocratie. La sécurité sociale est devenue un service public universel, dans lequel l'État joue un rôle majeur par le biais de la loi de financement. Les partenaires sociaux ont néanmoins conservé une certaine place. Celle-ci n'est pas la même dans les deux branches que vous représentez. Enfin, face au fonctionnement de notre société, se pose la question

d'une démocratie plus directe et d'une interaction accrue avec l'utilisateur dans le fonctionnement du service public. Comment voyez-vous cette question ?

En ce qui concerne la démocratie politique, pour que les parlementaires comprennent bien les enjeux de service public, à une certaine époque, nous avons conçu des conseils de surveillance auprès des caisses nationales. L'expérience a duré quelques années et a été interrompue car ces instances étaient considérées comme superflues. Cependant, je ne suis pas certain de la capacité des parlementaires à bien appréhender le fonctionnement du système. Comment envisagez-vous cette triple question du rapport à la démocratie politique, à la démocratie sociale et aux attentes nouvelles d'un fonctionnement plus direct ?

M. REVEL

C'est la démocratie sociale qui se situe historiquement le plus au cœur de notre fonctionnement. À cet égard, la branche maladie ne se trouve pas dans la même situation que les autres branches, et ce en raison de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, qui a réduit les prérogatives des conseils de la caisse nationale ainsi que des caisses primaires. Pour les membres des conseils, cette évolution se traduit par une interrogation sur le sens de leur mandat et de leur engagement. Cette interrogation est certainement plus marquée au niveau national qu'au niveau local, où les commissions de recours amiable et les commissions d'action sanitaire et sociale ont une intense activité.

Au niveau national, nous nous efforçons de présenter autant de dossiers et de projets que possible en conseil, mais il s'agit en général de points soumis pour information. Les votes sont donc assez rares. Pour autant, les caisses nationales de sécurité sociale ne sont pas des agences d'État et j'estime essentiel que les partenaires sociaux, la FNMF ainsi que les associations de patients et d'utilisateurs continuent à composer le conseil de la CNAM. Selon moi, le lien avec les forces économiques, sociales et associatives est fondamental, même s'il n'est pas toujours simple de le faire vivre. Il convient donc de résister à la tentation de quelque forme d'étatisation que ce soit.

Quant à la représentation des parlementaires, je ne pense pas que la présence de l'un d'eux au sein du conseil suffise à assurer l'information de tous. Pour autant, il y a là un enjeu pour nous : nous pourrions être plus pro-actifs dans nos relations avec les parlementaires. Nous réfléchissons à ce sujet afin d'outiller notre réseau. Il ne s'agit aucunement de faire de la propagande sur l'assurance maladie mais simplement de fournir des éléments d'information.

S'agissant de nos publics, la réflexion est loin d'être aboutie. Nous n'avons pas encore trouvé la bonne voie. Il y a certes les focus groupes. Nous disposons aussi de relais avec les représentants associatifs et syndicaux. Néanmoins, beaucoup reste à faire, et ce pas uniquement dans une logique démocratique mais également dans une perspective de performance et de réponse aux attentes.

M. MAZAUROIC

La démocratie sociale a été l'un des éléments les plus nouveaux pour moi lorsque j'ai pris mes fonctions à la CNAF. Je me dois de la respecter et de lui

permettre de bien fonctionner. Je la perçois – en particulier lorsque je songe au conseil d'administration de la caisse nationale – comme une forme sincère et assez significative de synthèse des volontés sociales. Le lien avec la société est indéniable. En témoigne la composition du conseil d'administration de la CNAF, où siègent des représentants des syndicats, des employeurs, de l'UNAF ainsi que des personnels. Je ne suis pas favorable à la présence de représentants des usagers au conseil, qui a été proposée à plusieurs reprises. Je ne détiens toutefois pas la bonne solution à ce sujet.

Spécificité de la branche famille : l'action sociale, traditionnellement qualifiée d'« extra-légale ». La commission du conseil d'administration compétente à cet égard, la commission de l'action sociale, mène une véritable politique pro-active. Ainsi, l'un des principaux éléments de notre COG pour la période 2018-2022 consiste en un bonus « inclusion handicap » pour favoriser l'accueil en crèche des enfants porteurs d'un handicap. Or, après en avoir délibéré de façon approfondie, la commission d'action sociale nous a demandé de reprendre notre dossier. J'attache beaucoup de prix à un tel fait. Au niveau territorial, les conseils d'administration des caisses d'allocations familiales ont selon moi la même valeur et méritent le même respect. Des difficultés peuvent certes survenir. Ainsi, lorsqu'un conseil d'administration vote une motion condamnant toute sortie de la « gestion directe » alors que, dans le cadre de la ligne stratégique, il est demandé à la directrice de la caisse en question de se désengager de la « gestion directe », je partage la difficulté rencontrée par l'intéressée.

S'agissant des parlementaires, je ne sais pas s'il existe une solution. En tout état de cause, nous ne sommes pas suffisamment connus. Ce que nous faisons est connu des parlementaires mais ce que nous sommes ne l'est pas suffisamment, de même que notre mode de fonctionnement. Avant la discussion en séance publique du projet de loi de financement de la sécurité sociale et du projet de loi de finances, je me rends à toutes les auditions auxquelles je suis convoqué. Les parlementaires attendent alors des explications de la part de l'opérateur que nous sommes mais ceci ne suffit pas pour aborder le fonctionnement et la gouvernance de notre institution.

M. LIBAULT

La question des territoires est de plus en plus pressante. Si notre pays consacre beaucoup d'argent à la protection sociale, dans de nombreux territoires, l'impression prévaut que les services publics de proximité sont moins assurés que jadis. Pour la sécurité sociale, la question est double : elle se rapporte à la fois à la proximité géographique du service public de sécurité sociale et à l'organisation locale des services de santé et de la petite enfance. En théorie, notre organisation nationale et notre présence sur les territoires permettent de faire face au problème. Comment vivez-vous cette interrogation ? Voyez-vous des pistes de progrès ? À l'avenir, l'organisation des services de proximité devrait reposer sur des partenariats plus nombreux. D'autres solutions vous semblent-elles possibles pour remédier à la demande territoriale ?

M. REVEL

Je suggère que nous n'abordions pas la question de l'accès aux soins dans les territoires car c'est un autre problème.

S'agissant de notre seule présence territoriale, les branches maladie et famille partagent la même conviction : indépendamment des questions d'ouverture des droits et de versement des prestations, il nous appartient d'être proches des assurés, des professionnels de santé et même des entreprises pour ce qui concerne les risques professionnels. Conserver une implantation départementale représente selon moi un enjeu stratégique pour nos deux branches. Placées dans une autre situation, les branches vieillesse et recouvrement ont logiquement raisonné autrement.

La nécessité de la proximité a conduit la branche maladie à réfléchir à l'organisation des processus de back-office : tous les organismes ont une activité de production, mais selon un modèle qui a évolué. L'organisation de la production s'est complexifiée et les caisses ont cessé de toutes faire la même chose. C'est la seule solution pour rester présent au niveau départemental tout en assurant une qualité de service satisfaisante et un bon niveau de performance avec des moyens qui évoluent.

La question de l'implantation de nos accueils de proximité devient de plus en plus sensible. Nous observons le transfert des contacts vers les modes dématérialisés (comptes, courriels et communications téléphoniques) : dans 80 % des cas, les comptes en ligne sont le mode de contact privilégié, et cela se traduit par une moindre fréquentation de nos accueils physiques. Ce constat, conjugué à la réduction de nos moyens, nous a conduits à fermer certains accueils et à opérer des regroupements. Ce n'est évidemment pas sans conséquences sur le ressenti de nos citoyens sur la présence des services publics dans les territoires, qu'il soient d'ailleurs ruraux ou même dans les grandes agglomérations. Nous devons intégrer davantage cette préoccupation pour trouver le bon point d'équilibre avec des approches strictement rationnelles et budgétaires.

M. MAZAURIC

La branche famille partage avec la branche maladie la conviction forte de la pertinence de l'ancrage départemental des caisses locales, et ce pour une raison également partagée. En effet, une partie assez importante de notre action, l'action sociale, c'est-à-dire le concours de la branche aux établissements d'accueil du jeune enfant, aux centres sociaux, aux politiques et aux lieux consacrés à la parentalité, est réalisée en coproduction avec des collectivités territoriales, avec le milieu associatif et avec des entreprises privées. Il s'agit de l'une des fonctions importantes d'un conseil d'administration d'une caisse. Plus sur le fond et l'opérationnel, si on se donne pour objectif l'égalité la plus réelle possible, on ne peut éviter le constat d'inégalités territoriales, auxquelles la société est très sensible. Quelles réponses y apporter ? Prenons l'exemple le plus évident : plus un territoire est pauvre, moins les places en crèche sont nombreuses. Ce n'est pas une fatalité. Il faut agir, prévoir par exemple un soutien spécifique, comme le prescrit la COG actuelle de la branche famille. Il en va de même pour les centres sociaux. Quand 400 nouveaux centres sociaux auront été créés dans les 5 prochaines années, près de 300 d'entre eux se trouveront dans des quartiers qui relèvent de la politique de la ville.

Enfin, dans la branche famille, nous souhaitons que notre action soit négociée au niveau territorial. Pour cela, notre principal instrument sera la convention territoriale globale, qui est différente du contrat pluriannuel d'objectifs et de

gestion (CPOG). La convention territoriale globale sera le plus souvent conclue au niveau de l'intercommunalité même s'il n'est pas exclu d'en signer avec les communes les plus grandes. Ainsi, en région Nouvelle-Aquitaine, une caisse a aidé à hauteur de 80 % la création d'emplois de conseillers territoriaux pendant quelques mois pour les 9 intercommunalités d'un département. Il en est résulté des diagnostics et des projets communs, voire une prise de conscience des élus. Évidemment ceci doit être suivi d'une programmation qui, sans être du niveau d'un CPOG ni d'une loi de programmation, peut être décisive par rapport au sentiment de délaissement ou au manque de mesure des besoins d'un territoire.

M. LIBAULT

Il me semble impossible d'aborder la gouvernance du service public de la sécurité sociale sans évoquer la spécificité de l'EN3S, qui forme les dirigeants des organismes de sécurité sociale après qu'ils ont été sélectionnés par concours. La formation dispensée est commune aux diverses branches et les agents de direction ont vocation à exercer indifféremment dans telle ou telle branche. De plus, l'EN3S joue un rôle majeur dans la formation continue des cadres du service public de la sécurité sociale. Quel regard portez-vous sur cette organisation et sur le rôle de la formation ?

M. MAZURIC

J'ai l'habitude de dire du bien de l'EN3S. Lors de ma prise de fonction, j'ai été très impressionné par la qualité des collaborateurs de la branche, à tous les niveaux et particulièrement s'agissant des cadres et des cadres dirigeants. Il est évident que l'École y est pour quelque chose. J'ai connu plusieurs univers professionnels. Il y a une grande différence entre les uns et les autres, selon qu'ils sont ou non pourvus d'une école, qu'il s'agisse de l'École nationale des ponts et chaussées, de l'École nationale des finances publiques ou de l'École nationale d'administration pénitentiaire. Je vois dans ces écoles les racines d'un arbre. La conjugaison de la technique et du management, de la stratégie et de la gestion quotidienne me semble prouver la qualité des formations délivrées, sans oublier l'ouverture à la connaissance et au parcours interbranches.

M. REVEL

J'ai été particulièrement frappé par la qualité des agents de direction et des cadres quelle que soit leur génération. Dans les caisses, je rencontre des cadres à la fois investis et engagés. Ils attendent beaucoup de l'échelon national, ce qui témoigne de leur engagement. Pour les agents de direction, ceci est lié à l'EN3S, qui représente une réelle chance parce qu'elle diffuse cette culture et cette ouverture. L'École est commune aux diverses branches, ce qui permet de proposer des parcours professionnels et une culture managériale commune malgré les fortes identités de branches. Je me félicite du fait que l'EN3S porte cette culture commune. De plus, l'EN3S est ouverte à l'encadrement, notamment par le biais de CapDir, qui constitue une réelle filière de promotion interne.

PARTIE A : LE PILOTAGE

Un modèle de gestion structuré et responsabilisant

Laurent GALLET, Directeur de la Caisse des Français de l'étranger (CFE)



Laurent GALLET est ingénieur de formation. Ancien élève de l'ENA, il a été affecté à la Direction de la sécurité sociale (DSS) à sa sortie et exerce depuis dans le domaine de la protection sociale. Après avoir été, notamment, Chef du bureau de la gestion budgétaire et comptable à la DSS, Directeur adjoint de la CANSSM, Adjoint au sous-directeur des retraites et de la protection sociale complémentaire ou encore Sous-directeur de la gestion et des systèmes d'information à la DSS, il est depuis 2016 Directeur de la Caisse des français de l'étranger (CFE).

La sécurité sociale constitue un ensemble de politiques publiques détachables de l'action de l'État en ce sens qu'elle fait l'objet d'un budget propre résultant de lois de financement spécifiques (LFSS), même si la part des cotisations sociales dans son financement tend à se réduire au profit de l'impôt. Son poids dans les dépenses publiques nécessite une gestion rigoureuse et la direction de la sécurité sociale (DSS), placée sous la double tutelle du ministre chargé des affaires sociales et du ministre chargé des comptes publics est comptable à la fois de ses recettes et de ses dépenses, donc de l'équilibre des comptes de la sécurité sociale. Cela fait de la DSS une spécificité unique dans la sphère publique, et l'a conduite à développer un modèle de tutelle et de pilotage innovant et performant et à déployer dans les organismes de sécurité sociale un mode de gestion centré sur la fixation d'objectifs vérifiables en contrepartie d'une allocation de ressources pluriannuelles permettant de projeter une action publique dynamique.

L'organisation de la sécurité sociale fait que sa gestion a été historiquement déléguée à des organismes de droit privé gérés par des partenaires sociaux (organisations syndicales et patronales) sous la tutelle de l'État (DSS pour les caisses nationales, les DRASS et plus récemment la MNC pour les organismes locaux). Si à la tête des réseaux de caisses locales (CPAM, CAF, URSSAF, CARSAT pour le régime général) se trouvent des caisses nationales, celles-ci avaient historiquement un pouvoir d'orientation très limité sur les caisses locales. Ainsi les DRASS exerçaient essentiellement une tutelle

juridique *a priori* sur les décisions des conseils d'administration, souvent perçue comme tatillonne, mais en réalité se bornant à s'assurer que la réglementation était respectée, sans entrer dans une logique d'appréciation en opportunité des décisions.

La règle de l'annualité était la norme pour le vote des budgets qui ne donnaient aucune perspective pour développer des projets à horizon pluriannuel et leur caractère inflationniste et décorrélé de la recherche de performance de gestion n'était pas le gage d'une gestion efficiente. Si les caisses nationales ont reçu initialement le pouvoir d'approuver ces budgets, la véritable rupture dans la modernisation est intervenue à partir de 1996, lorsque les ordonnances dites « Juppé » ont créé, entre autres mesures structurantes pour la sécurité sociale, les Conventions d'objectifs et de gestion (COG). Cet outil a été le point de départ de la mise en place d'un modèle de gestion original dans la sphère publique, qui s'est enrichi depuis.

I- LES COG ONT INTRODUIT LA LOGIQUE OBJECTIFS/ RÉSULTATS DANS LES RELATIONS ENTRE L'ÉTAT ET LA SÉCURITÉ SOCIALE ET FAIT ÉMERGER UNE TUTELLE BEAUCOUP PLUS STRATÉGIQUE DE L'ÉTAT

Les COG ont introduit une nouvelle modalité de pilotage de la sécurité sociale, fondé sur la relation conventionnelle et déclinée ensuite dans les réseaux au travers des contrats pluriannuels de gestion (CPG). Cette modalité de pilotage n'a cessé au fil du temps de renforcer sa verticalité. Elle a en outre responsabilisé les acteurs, à tous les niveaux et a eu des effets très structurants sur la modernisation et l'amélioration de la performance de la sécurité sociale, tant en matière de qualité de service que d'efficience ou de maîtrise des risques.

D'abord limités au régime général, les premières COG étaient très centrées sur des objectifs de qualité de service. Cela a permis de rendre acceptable ce nouvel outil et de roder la notion de pluriannualité budgétaire dans un contexte à l'époque moins contraint budgétairement ainsi que la logique objectifs-résultats, innovante à l'époque dans la sphère publique.

La Sécurité sociale a ainsi été pionnière dans l'utilisation de cette démarche d'analyse de la performance qui s'est diffusée ensuite à l'ensemble de l'action publique. Cette réforme s'est traduite par un large abandon de la tutelle *a priori*, par la fixation d'objectifs de résultats pluriannuels et l'allocation de budgets de gestion qui sont attribués en fonction de ces objectifs, dont l'atteinte est suivie par des indicateurs qui donnent lieu à une évaluation ou à audit.

Les COG ont progressivement été étendues au RSI, aux régimes spéciaux et à la MSA, de telle sorte qu'aujourd'hui, l'ensemble des acteurs de la sécurité sont régis par ce mode de gestion conventionnel, y compris les GIP (union Retraite) ou l'EN3S. Elles ont également petit à petit couvert l'ensemble des champs d'activité des organismes (l'action sociale par exemple n'était pas traitée dans les COG initiales) et ont été des leviers actifs de mise en œuvre des politiques publiques. Ainsi, la nécessité de rétablir l'équilibre des comptes de la sécurité sociale a conduit à renforcer les objectifs de maîtrise des risques et de performance de la gestion, les COG devenant à cet égard un

outil extrêmement performant de réalisation d'économies de gestion et de réduction des effectifs, couplés à des projets permettant de les réaliser dans la durée (mutualisation, fusion d'organismes) ou sous-tendus par des engagements de simplification de la réglementation de la part de l'État.

Elles ont également été des vecteurs performants de mise en œuvre des politiques publiques, qu'elles soient directement liées au cœur de métier des branches concernées (réforme des retraites, réforme de l'assurance maladie...), soient transversales (développement durable, actions en faveur des personnes handicapées...).

Ce mode de pilotage aussi poussé est unique au sein de la sphère publique. Si des contrats d'objectifs peuvent être conclus entre l'État et certains opérateurs, ils sont littéralement vidés de leur efficacité et de leur capacité à engager l'opérateur dans la durée dans la mesure où la direction du budget (DB) s'est toujours opposée à y inclure la dimension budgétaire pluriannuelle. Cela aboutit *de facto* à rendre les objectifs de ces contrats purement indicatifs et à les vider de leur réelle substance puisque les moyens doivent être négociés annuellement, ce qui rend aléatoire la capacité à piloter correctement des projets de modernisation et de transformation de moyen terme.

II- UN MODE DE PILOTAGE STRUCTURANT QUI MOBILISE LES RÉSEAUX ATOUR DES OBJECTIFS FIXÉS ET QUI A PRODUIT DES RÉSULTATS IMPORTANTS

Il est notable que la mise en place de l'outil COG, même s'il peut être contesté par le caractère de plus en plus orienté sur le pilotage financier, est devenue irréversible. Même les organisations syndicales qui refusent de voter les COG se réfèrent ensuite aux objectifs qu'elles fixent et rentrent dans le jeu qui consiste à les respecter, ce qui démontre l'importance de disposer de cette référence. Car l'absence de cadre conventionnel créerait un grand vide, en particulier pour les gestionnaires locaux et rendrait plus difficile la mobilisation des cadres et du personnel autour d'objectifs absents ou mal définis. C'est pourquoi, lorsque pour des raisons politiques, il n'est pas possible d'enchaîner une nouvelle COG après la fin de la précédente, un avenant de prolongation est systématiquement négocié comme ce fût le cas pour la branche maladie en 2004-2005 pour enjamber la réforme de 2004.

L'alignement collectif est également très positif pour la réussite et l'atteinte des objectifs fixés par les COG. Ainsi, la mobilisation du personnel, très fortement impacté par les réformes législatives et réglementaires de plus en plus fréquentes dans les réseaux, mais également par les transformations internes (outils informatiques nouveaux, mutualisations...) est assurée grâce aux accords d'intéressement conclus avec les organisations syndicales sous l'égide de l'UCANSS qui reprennent les objectifs des COG et pour la part locale, des CPG. Cela constitue une pierre supplémentaire à la structuration d'un édifice aujourd'hui solide qui associe tous les acteurs.

Les apports des conventions d'objectifs et de gestion sur l'amélioration de la qualité de service a été rapides et notables. L'exemple de la COG État CNAMTS 2001-2003 peut de ce point de vue être mis en avant. Les premiers objectifs chiffrés dans les COG furent essentiellement des objectifs de qualité de service, au nombre de trois, à l'époque, en direction des assurés.

Le temps d'attente à l'accueil ne devait pas dépasser 20 minutes pour 90 % des assurés. Le délai de traitement des demandes de remboursement devait passer en 3 ans de 12 jours pour 80 % des assurés à 6 jours pour 90 % d'entre eux en fin de COG. Enfin, s'agissant de l'accueil téléphonique, 90 % des appels devaient être pris en 30 secondes

Pour qui se souvient de la relation des assurés sociaux avec une CPAM dans les années qui précédèrent la mise en œuvre des COG, il était presque impossible de joindre un interlocuteur pour traiter un dossier. Et s'il fallait rappeler, l'interlocuteur qui était joint, après un délai pouvant être de plusieurs minutes, ignorait qu'un contact avait déjà eu lieu et devait tout reprendre à zéro. Les engagements pris dans les COG, notamment dans la branche maladie, de temps de réponse au téléphone, au début des années 2000, ont conduit à la mise en place de plateformes téléphonique, permettant aux agents en charge de la liquidation des feuilles de soins de se consacrer à leur tâche sans être régulièrement dérangés et de garantir un taux de prise en charge téléphonique rapide et de qualité croissante grâce aux outils permettant de tracer la relation « client ».

Il est notable qu'au travers du mode de pilotage que constitue les COG, l'État a voulu fixer des objectifs chiffrés, mais n'a pas été prescriptif sur les modalités de les atteindre, laissant au gestionnaire, national ou local, le soin de définir la meilleure modalité pour cela. Ainsi, la mise en œuvre de plateformes téléphonique, sans avoir jamais été exigée par l'État, a non seulement permis d'améliorer qualitativement et quantitativement l'accueil téléphonique, mais également d'améliorer l'organisation interne afin de traiter dans des délais maîtrisés les demandes de remboursement papier.

La mise en place d'indicateurs de résultat associés à des objectifs chiffrés dans l'ensemble des COG a ensuite conduit la DSS à constituer dès 2003, sur une base volontaire, un groupe de travail interbranche et inter régime de « *benchmarking* » afin d'harmoniser la méthodologie d'élaboration des indicateurs permettant une comparaison fiable de la performance de chacun des acteurs. Cela a également permis de rendre compte aux Parlement ainsi qu'aux autorités de contrôle de la performance de la sécurité sociale sur des bases solides. Ce groupe de travail a développé au fil du temps ses travaux sur l'ensemble des domaines traités par les COG, qui reprennent en priorité des indicateurs du groupe *Benchmark* pour fixer les objectifs. Il les a étendus à des études thématiques inter régimes (éditique par exemple) permettant d'identifier les bonnes pratiques et d'accroître la performance collective de la sécurité sociale.

III- UN PILOTAGE PLUS DIRECTIF DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

La culture de la sécurité sociale était marquée par une très forte déconcentration et une très large autonomie des organismes locaux par rapport à l'échelon national. La mise en place des COG, dont il convient de souligner qu'elles procèdent d'une véritable négociation entre l'État et les caisses nationales, dans laquelle sont pleinement associées les différentes composantes politiques (partenaires sociaux), ainsi que, selon des modalités propres à chaque branche, des représentants des caisses locales, a clairement remis en cause ce haut degré de déconcentration. En effet, les caisses locales ont une marge de manœuvre limitée dans la négociation des CPG à l'adapt-

tation des objectifs au regard de leur performance de départ, et marginalement aux moyens associés puisque le cadre budgétaire global est fini au niveau national dans le cadre de la COG.

Cela a permis à l'État de se recentrer sur un véritable pilotage stratégique consistant à s'assurer que les objectifs et les échéances annuelles fixés étaient respectés dans le cadre budgétaire prédéfini.

Par contre, les caisses nationales sont devenues un rouage essentiel de la performance des organismes de sécurité sociale, et cela s'est traduit par un renforcement de leurs prérogatives et de leurs capacités de pilotage de leur réseau. Le pouvoir de conclure les CPG est d'approuver les budgets découle mécaniquement de la nouvelle architecture. Le bon alignement des caisses locales sur les objectifs de la branche a rendu nécessaire le renforcement du pouvoir du directeur de la caisse nationale dans la nomination des directeurs locaux (mais également les agents comptables) et de les démettre en cas de besoin, même si les conseils ou conseils d'administration conservent un pouvoir d'opposition limité. Ce pouvoir s'accompagne de celui de leur fixer leurs objectifs personnels qui conditionnent l'acquisition de leur part variable.

Le développement des outils informatiques a également contribué à renforcer le pilotage des caisses nationales. La complexité et les coûts croissants des outils informatiques ont conduit à mettre progressivement fin aux développements locaux et les compétences informatiques ont été progressivement rattachées à l'échelon national, soit directement comme dans les branches famille ou recouvrement, soit par une évolution de la gouvernance qui place de fait les centres informatiques sous l'autorité de la DSI nationale.

Cette dimension informatique est toutefois depuis longtemps très verticale, mutualisée au sein des branches du régime général et au sein des différents régimes, mais très cloisonnée dans cette dimension. Or, les similitudes des règles de droits entre régime permettent d'envisager la mutualisation de briques ou de modules informatiques au-delà des branches ou des régimes. De même, l'obligation faite aux administrations de ne pas demander de pièces justificatives dont dispose déjà une autre administration impose d'organiser des échanges de données entre systèmes d'information de différents organismes, utiles également en matière de lutte contre la fraude. Des outils communs, interbranches ou inter régimes ont été décidés par le législateur (RNCPS, RGPU) pour atteindre ces objectifs de performance et de service de haut niveau. Cette articulation entre différents acteurs très mobilisés dans la mise en œuvre de leur propre SDSI, comme le pilotage de ces projets transversaux, ne peut que relever de l'État, donc de la DSS. La durée d'amortissement d'un outil informatique et le décalage temporel des différentes COG ne facilite pas l'organisation de développement mutualisés. C'est pourquoi le législateur a créé dans le cadre de la LFSS pour 2012 (article L 114-23 du code de la sécurité sociale) le **schéma stratégique des systèmes d'information** (SSSI). Une première version a été élaborée en 2013 et a irrigué les COG conclues postérieurement dont les objectifs métiers et les schémas directeurs informatiques ont été conçus en cohérence avec ce SSSI. Il a été mis à jour en 2017 et sa mise en œuvre s'en trouve renforcée par la concomitance des COG du régime général sur la période 2017-2022.

La nécessité de produire des comptes certifiés au niveau de la branche ou d'un régime a également permis de renforcer le pilotage des réseaux. Si la Cour

des Comptes, pour le régime général, a pour mission d'approuver les comptes des branches présentés par la caisse nationale, c'est cette dernière qui a la charge d'arrêter les comptes des organismes locaux et de les intégrer dans les comptes de la branche en apportant à la Cour des Comptes toutes les garanties concernant ces comptes. Cela a conduit l'agent comptable national à mettre en œuvre des actions structurantes, *via* la CPG, vis à vis des caisses locales pour garantir une certification avec un minimum de réserve.

Pour autant, si la logique COG a renforcé le rôle de l'État dans le pilotage stratégique de la sécurité sociale, il a laissé une grande latitude aux acteurs sur les moyens et les modalités à mettre en œuvre pour atteindre les objectifs. Cela crée sans doute plus d'espace de liberté qu'auparavant, dès lors que cela ne remet pas en cause l'atteinte de la cible fixée.

IV- DES OUTILS NOUVEAUX ONT ÉTÉ PROGRESSIVEMENT MIS EN PLACE POUR PERMETTRE À L'ÉTAT DE PILOTER PLUS FINEMENT LA SÉCURITÉ SOCIALE

Le modèle de gestion de la sécurité sociale s'est progressivement enrichi d'outils innovants qui ont contribué sur 20 ans à moderniser en profondeur la sécurité sociale, à mettre en œuvre efficacement d'importantes réformes voulues par les pouvoirs publics, à renforcer son efficience et à élever le niveau de service, notamment digital, en direction des utilisateurs et partenaires de la sécurité sociale, qu'ils soient assurés sociaux, professionnels de santé ou entreprises. Il a aussi très largement permis de réduire son déficit pour qu'en 2018, la sécurité sociale soit en situation de se retrouver en excédent.

En 2011, dans le cadre de la LFSS pour 2012, le législateur a voulu doter la puissance publique d'outils nouveaux pour renforcer le pilotage de la sécurité sociale dans le sens d'une plus grande coordination au service des assurés et pour une plus grande efficience. En effet si le système des COG a structuré l'activité par branches ou régimes, il trouve ses limites dans une logique de recherche de performance collective qui impose mutualisation d'activités ou de systèmes d'information, ou d'échanges de données.

Si la sécurité sociale s'est approprié le schéma stratégique des systèmes d'information (cf *supra*), deux autres outils créés dans le même cadre législatif n'ont à ce jour pas eu de suite, alors qu'ils auraient pu, dans le contexte et au moment de leur adoption, permettant à la sécurité sociale de franchir un nouveau palier qualitatif. Il s'agit de la **convention cadre de performance (CCP)** et du **fonds de performance et de prospective de la sécurité sociale (FPPSS)**. On peut le regretter.

Tous deux relevaient d'une logique similaire visant à favoriser des perspectives de mutualisation interbranches ou inter régimes ou de travail en commun pour simplifier la relation client et améliorer le service rendu.

Le FPPSS se veut un fonds modeste (quelques M€), autofinancé par une participation des budgets de gestion des organismes de sécurité sociale, eux-mêmes encadrés par les COG. Géré par l'UCANSS, sa vocation est de conduire des études permettant de valider des solutions de mutualisation interbranches ou inter régimes, pour lesquelles

aucun acteur n'est en situation de se positionner en leader. A titre d'exemple, la mutualisation de la paie avait été envisagée entre les différentes branches du régime général dans la mesure où elles sont soumises à la même convention collective. Pour des raisons diverses, qui tiennent pour une part à une volonté des branches de rester maîtresse de leur gestion, le FPPSS n'a à ce jour pas été effectivement mis en œuvre.

La convention cadre de performance (CCP) relève de la même logique que le SSSI. Considérée comme une sorte de COG des COG, elle devait être conclue entre toutes les branches et régimes et fixer des orientations transversales. Ces orientations auraient eu vocation à être obligatoirement reprises dans les COG à venir. Cela a été perçu par les caisses nationales comme une possibilité de contraindre leur capacité de négocier les COG, alors même qu'elles sont signataires de la CCP. La CCP n'a pour l'instant pas vu le jour.

Il est sans doute regrettable que ces deux derniers dispositifs ne soient pas entrés en vigueur, ce qui aurait parachevé un dispositif de gouvernance globale de la sécurité sociale où le rôle de la DSS s'est trouvé renforcé, au sein de l'État.

V- LE RÔLE DE LA DIRECTION DE LA SÉCURITÉ SOCIALE RENFORCÉ DANS CE MODE DE GOUVERNANCE INNOVANT

Le modèle de gouvernance de la sécurité sociale mis en place depuis un peu de 20 ans s'est progressivement étoffé et enrichi. La DSS se trouve être la pierre angulaire de ce pilotage qui est ensuite relayé par les caisses nationales dans les structures en réseau.

Au sein de l'État, d'autres directions au sein du ministère chargé des affaires sociales, ou d'autres départements ministériels sont impliqués dans les négociations des COG. C'est le cas de la direction du budget (DB) dont le rôle s'est toutefois amoindri. Cela est physiquement visible dans les séances de négociations des COG où la DSS est le négociateur central et la DB occupe un strapontin en bout de table. Ce rôle majeur est lié à la caractéristique de la DSS de prendre pleinement en compte la dimension budgétaire puisqu'elle est comptable de ses recettes et de ses dépenses dans la mise en œuvre des politiques publiques qui sont de son ressort. Ce rôle est renforcé depuis 2008 avec le rattachement de la DSS au ministre du budget et des comptes publics. Cela pourrait même poser la question de la légitimité de la 6^e sous-direction de la DB dans le pilotage financier de la sécurité sociale tant sa plus-value est aujourd'hui limitée et tend à faire double emploi avec celle de la DSS, l'expertise technique en moins.

CONCLUSION :

Depuis 1996, un mode de gouvernance innovant basé sur la contractualisation entre l'État et les organismes de sécurité sociale s'est développé et a permis à la fois de faire progresser qualitativement le service public de la sécurité sociale et de maîtriser des coûts de gestion. Ce mode de gestion et de gouvernance, différent de celui mis en œuvre par l'État vis-à-vis de ses opérateurs, est sans doute plus performant car il est basé sur la confiance et la responsabilisation.

La négociation des objectifs par la DSS pour le compte de l'État dans le cadre des COG, dans le respect des orientations politiques légitimées lors des échéances électorales, ne doit être considérée comme une preuve de faiblesse, mais au contraire comme un moyen « d'embarquer » tous les acteurs (caisses nationales, et locales, partenaires sociaux, personnels des caisses) dans la mise en œuvre des objectifs en les laissant maîtres des solutions et en leur donnant de la visibilité sur les moyens budgétaires dont ils disposeront sur plusieurs années.

Elle donne, au sein de la sphère publique, à la DSS un rôle central puisque cette dernière est comptable de la performance globale du système, qui inclut la maîtrise des dépenses de gestion et la performance financière. De ce point de vue, le rôle de la DB devient clairement subalterne.

En tout état de cause, ce mode de gestion original a démontré sa plus-value dans la durée, et même s'il est perfectible, peut être source d'inspiration pour le management des opérateurs publics dépendant de l'État, dans un contexte de transformation publique et de contraintes budgétaires importantes.

PARTIE B : LE FINANCEMENT

La CADES, un acteur de la gestion et de l'amortissement de la dette sociale

Patrice RACT-MADOUX, Ancien Président de la Cades

Geneviève GAUTHEY, Inspectrice des finances publiques



Patrice RACT-MADOUX a été président du conseil d'administration de la Cades de 1999 à 2017. Auparavant, il était membre du conseil d'administration, directeur financier et responsable du développement international de CNP assurances. Il a également occupé différents postes au sein de la Direction Générale du Trésor dont celui de conseiller auprès du Directeur.

Geneviève GAUTHEY est inspectrice des finances publiques, responsable du budget et de la communication et secrétaire générale adjointe de la CADES depuis 2001.



I- LE CONTEXTE DE CRÉATION DE LA CADES

Historiquement, la Sécurité sociale fondée en 1945, a été conçue selon le principe qu'elle devait s'équilibrer et qu'il n'y avait pas lieu qu'elle constitue des dettes. Elle devait financer des dépenses courantes et non des investissements. Jusqu'en 1970, le financement des dépenses de protection sociale a pu être assuré sans créer de tension excessive, ni sur le niveau de l'endettement public, ni sur les revenus des ménages, ni sur les comptes des entreprises. Les conséquences du premier choc pétrolier ont toutefois menacé l'équilibre des comptes sociaux.

Puis, la première moitié des années 1980 a confirmé la déconnexion apparue entre l'évolution de la masse salariale et l'évolution du PIB et a vu de nouvelles formes d'exonération de cotisations.

Au milieu des années 90, la situation est devenue progressivement insupportable pour les comptes publics, qu'il s'agisse du budget de l'État jusque-là financeur des déficits sociaux ou des comptes de la sécurité sociale eux-mêmes. En 1993, avec l'affaiblissement fort des recettes due à la récession et la permanence d'évolution des dépenses, la Sécurité sociale s'est retrouvée brutalement avec 110 MdF d'endettement, soit 17 Md€.

Quarante ans après sa création, les acquis de la sécurité sociale se trouvaient désormais menacés par la gravité extrême de sa situation financière. Aussi, à l'automne 1995, le gouvernement d'Alain Juppé annonçait la mise en place d'un plan de sauvegarde ambitieux devant être mis en oeuvre au moyen d'ordonnances. La première de ces ordonnances était la création de la CADES, établissement public à caractère administratif.

Plusieurs raisons légitimaient le choix de créer cet établissement public :

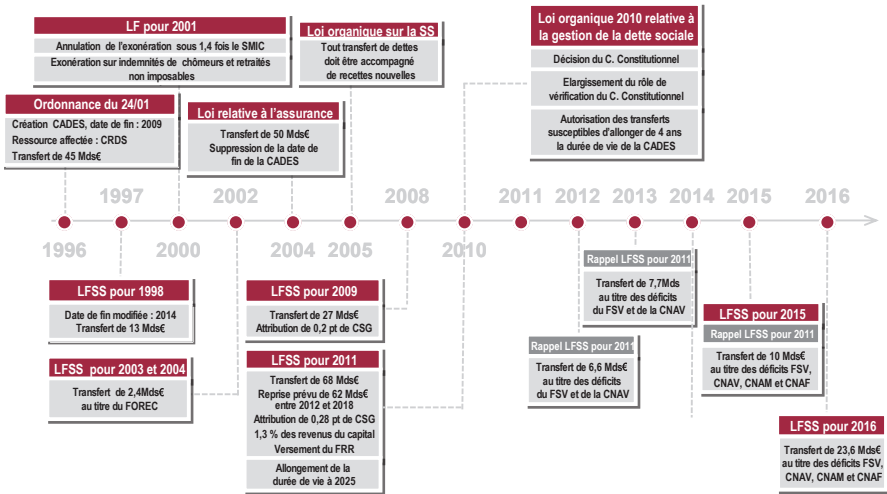
- ▼ le poids désormais insupportable des déficits sociaux pour le budget de l'État. Une solution devait donc être trouvée au sein de la sécurité sociale ;
- ▼ cette solution avait en outre une vertu pédagogique que n'aurait sans doute pas eue la consolidation de la dette sociale avec la dette de l'État. Elle permettait ainsi à chaque contribuable d'identifier clairement que le paiement de la CRDS était la contrepartie d'une réalité, « le trou de la sécurité sociale » ;
- ▼ elle s'inscrivait naturellement dans le cadre du plan Juppé consacrant l'autonomie du champ des finances sociales par rapport à la tutelle du budget de l'État ;
- ▼ elle préservait enfin un affichage vertueux ; le choix d'une structure *ad hoc* et transitoire avait donc aussi pour fonction d'afficher un refus définitif de la dérive jusqu'alors constatée des comptes sociaux.

II- LA MISSION

La Caisse d'Amortissement de la Dette Sociale (CADES) a ainsi été créée par l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996. La CADES s'affirme donc comme indissociable des actions de rééquilibrage des comptes de la Sécurité Sociale.

Sa mission est de financer et d'éteindre la dette cumulée du régime général de la Sécurité Sociale. Au 31 décembre 2018, il restera 105.4 Mds€ de dette à amortir sur les 260.5 Mds€ repris depuis l'origine.

En effet, de nombreux textes sont venus modifier les missions de la CADES depuis l'origine soit dans des lois de finances soit dans des lois de financement de la sécurité sociale.



Le verrou organique : il est à noter la puissance de la Loi n°2005-881 du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la sécurité sociale (LOLFSS) qui a renforcé le cadre des reprises de dette.

L'article 20 de la loi n° 2005-881, déclaré de nature organique par le Conseil Constitutionnel n'a vu sa mise en œuvre effective qu'en 2009 lors de la reprise de dettes de 27 milliards d'euros. Cet article précisé dans la loi organique n°2010-1380 du 13 novembre 2010, validée par la décision n° 2010-616 DC du 10 novembre 2010 du Conseil Constitutionnel consacre le fait que la CADES bénéficie de ressources affectées, protégées et sanctuarisées. Saisi par la CADES sur le cadre constitutionnel des règles la régissant, le président du Conseil Constitutionnel, dans sa réponse du 2 mars 2012, a confirmé la conformité de l'interprétation de la CADES : « *Le Conseil Constitutionnel a eu à se prononcer à plusieurs reprises sur cette question, notamment dans ses décisions n°2005-519DC du 29 juillet 2005 et n°2010-616DC du 10 novembre 2010. Il a alors constamment jugé que la loi de financement de la sécurité sociale est dans l'obligation de prévoir l'ensemble des ressources affectées au remboursement de la dette sociale jusqu'au terme prévu par celle-ci. Ainsi le Conseil est à même de vérifier que ces ressources sont suffisantes pour que ce terme ne soit pas dépassé.* »

III- LA GOUVERNANCE ET L'ORGANISATION OPÉRATIONNELLE

Établissement public administratif, la CADES est un démembrement de l'État classée parmi les ASSO « administrations de sécurité sociale ». Sa tutelle est exercée conjointement par le Ministre de l'Economie et des Finances et par les Ministres chargés de la Sécurité sociale qui nomment ses instances dirigeantes et contrôlent étroitement son activité. Sa gouvernance est celle d'un EPA classique. Le conseil d'administration règle les affaires de la caisse d'amortissement de la dette sociale. Il délibère sur toute question relative au fonctionnement de l'établissement, et notamment sur son budget, son compte financier et sa stratégie de financement. Il adopte le

règlement intérieur de l'établissement, qui précise notamment les règles de délégation de pouvoirs et de signature. Le comité de surveillance émet un avis sur le rapport d'activité de l'établissement. Le conseil d'administration peut le consulter sur toute question. Le comité de surveillance élit en son sein son président. Il se réunit au moins une fois par an, sur convocation de son président. Ses membres sont nommés pour trois ans renouvelables. Par ailleurs, la CADES est dotée d'un comité d'audit chargé de suivre le processus d'élaboration de l'information financière (comptes semestriels et annuels), vérifier l'examen et l'efficacité des systèmes de contrôle interne et de gestion des risques et enfin rendre compte régulièrement au conseil d'administration et éventuellement au comité de surveillance.

L'organisation de la direction opérationnelle de la CADES est conforme à celle des établissements financiers. Elle respecte une stricte séparation des activités de marché (« *front office* ») et de post-marché (« *back-office* »). En outre, une cellule « Contrôle interne et gestion des risques » a été mise en place. La gestion administrative ainsi que les fonctions transversales de la CADES sont assurées par un secrétariat général.

Dans la perspective du rapprochement de la date d'extinction de la CADES prévue à ce jour pour 2024, une réforme de l'organisation de la CADES a conduit en 2017 à une mutualisation des missions opérationnelles de la CADES et de l'Agence France Trésor (AFT), service à compétence nationale (SCN) placé sous l'autorité du directeur général du Trésor. La CADES est maintenue en tant qu'entité indépendante afin de garantir l'effectivité du principe de cantonnement de la dette sociale mais les personnels dédiés à la gestion de la dette sociale et aux missions opérationnelles de la CADES sont mis à disposition de l'AFT. Deux conventions ont été conclues entre les deux entités, une convention de mandat entre la CADES et l'AFT confiant à l'État, pour le compte de la CADES, la responsabilité des activités de financement et la gestion du service de la dette sociale et une convention de mise à disposition des personnels contractuels de la CADES à l'AFT. Par ces conventions, la CADES confie à l'AFT la responsabilité opérationnelle de ses activités de financement et la charge de l'exécution du programme d'émission de la CADES. L'AFT agit ainsi au nom et pour le compte de la CADES et les équipes de l'AFT et de la CADES sont réunies sur un même site et sous une même direction à compter du mois de septembre 2018. Ces conventions, approuvées par les ministres de tutelle, sont entrées en vigueur le 1er octobre 2017.

La CADES est dotée d'un agent comptable chargé d'enregistrer dans la comptabilité de la caisse les opérations initiées par l'ordonnateur. Dès l'origine, dans la mesure où le plan de comptes des établissements publics, directement inspiré du plan comptable général, était peu adapté à l'activité particulière de la CADES, le conseil d'administration a décidé d'adopter le plan comptable des établissements de crédit. Dès lors, l'enregistrement des opérations et les comptes annuels rendus par l'agent comptable sont présentés selon les normes propres à ces établissements et un compte financier est établi selon la norme réglementaire des établissements publics pour transmission aux organismes de contrôle.

IV- LA STRATÉGIE DE FINANCEMENT

Depuis 1996, la France a choisi de gérer en parallèle la dette négociable de l'État et sa dette sociale.

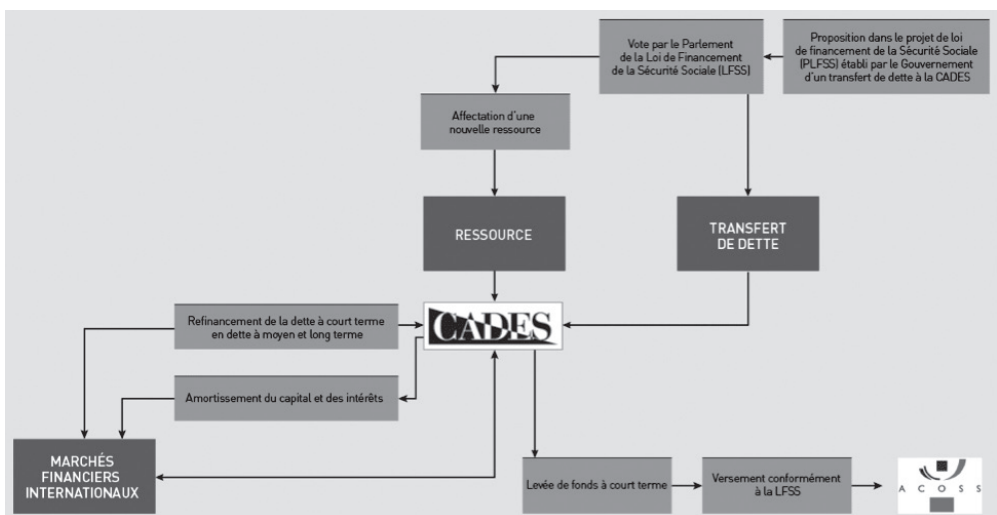
La solvabilité et la liquidité de la CADES sont garanties par la loi : l'article 7 de l'ordonnance de 1996, dispose ainsi que « si les prévisions de recettes et de dépenses annuelles de la caisse sur la durée restant à courir de la période pour laquelle elle a été créée font apparaître qu'elle ne serait pas en mesure de faire face à l'ensemble de ses engagements, le Gouvernement soumet au Parlement les mesures nécessaires pour assurer le paiement du principal et des intérêts aux dates prévues ».

L'État est l'ultime responsable de la solvabilité de la CADES. Les procédures de redressement et de liquidation judiciaire ne sont pas applicables à un établissement public et, s'il est dissout, ses actifs et passifs éventuels sont transférés à la collectivité qui l'a créé (l'État dans le cas de la CADES). Enfin, La CADES est notée par deux agences de notation sélectionnées par appel d'offres. La dette long terme et court terme de la CADES est, respectivement notée Aa2 et P-1 (perspective positive) par Moody's France S.A.S. et AA et F1+ (perspective stable) par Fitch France S.A.S.

La stratégie de financement de la CADES, depuis sa mise en place en avril 1996, a permis, conformément aux principes d'émissions définis par son conseil d'administration, de la positionner comme un émetteur international de tout premier rang. Elle doit permettre d'assurer un accès constant à la liquidité dans les meilleures conditions de coût possibles. Le financement se fait prioritairement par l'émission de titres sur les marchés de capitaux. La stratégie repose ainsi sur la qualité la signature de la CADES et sur une diversification optimale des sources de financement.

De plus, depuis plus de vingt ans, la CADES a consolidé sa crédibilité sur les marchés financiers en démontrant la fiabilité d'exécution de ses emprunts, sa réactivité aux changements d'environnement et sa capacité à innover, notamment par une volonté stratégique d'étendre sa base d'investisseurs via une large palette d'instruments de marché.

Schéma de reprise de dette

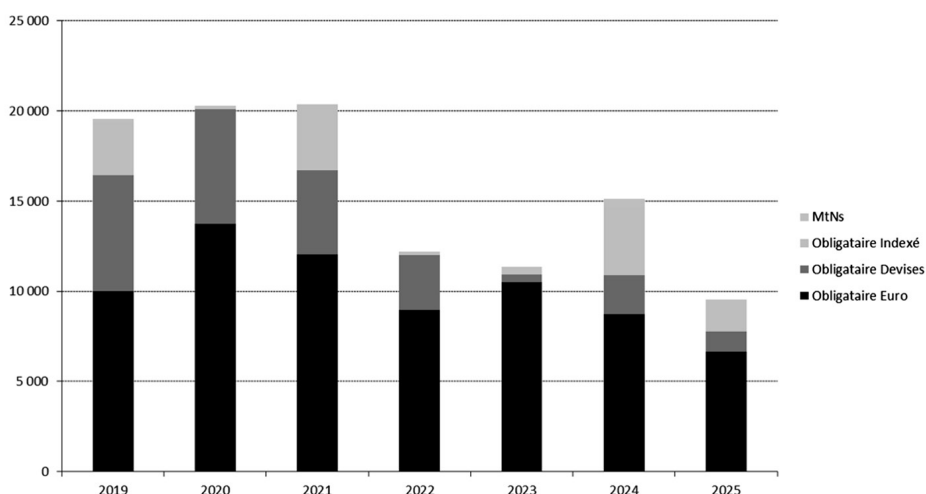


Pour effectuer les reprises de dette successives, la CADES a recours à une gamme très diversifiée d'instruments. Les financements obligataires à long terme se caractérisent par une grande flexibilité dans l'utilisation d'une large variété de produits, de maturités et de devises. Cette souplesse lui permet de s'adapter aux besoins des investisseurs et de ne pas introduire de perturbation sur les marchés. Les émissions d'emprunts obligataires et de titres assimilés sont effectuées sous un programme d'emprunt approuvé par le Ministre de l'économie et des finances:

Elle est également un acteur majeur sur le marché international des financements à court terme. Cette diversité des sources de financements est également un gage de sécurité en termes d'accès à la liquidité et contribue à asseoir la crédibilité de la signature.

Ainsi les opérations de financement de la CADES ne sont-elles initiées qu'avec l'objectif de garantir la crédibilité de la signature : répondre aux attentes des investisseurs, assurer une exécution irréprochable, une visibilité optimale et une liquidité forte.

L'échéancier en millions d'euros de la dette à court, moyen et long terme à la fin de 2018 est ainsi représenté comme suit :



V- LA RESSOURCE

Pour mener à bien sa mission, la CADES dispose de ressources qui ont évolué au fil du temps et des lois de financement de la sécurité sociale.

Les ressources actuelles de la CADES sont de trois natures :

La CRDS (Contribution au Remboursement de la Dette Sociale) est la ressource historique et exclusive de la CADES. Elle a été créée en 1996 afin de doter la CADES de recettes qui lui permettent d'amortir la dette qui lui est transférée. Son taux est de 0,5 %. Elle s'applique à l'ensemble des revenus d'activité et de remplacement, des revenus du patrimoine et des placements ainsi qu'à la vente des métaux précieux et aux gains des jeux de hasard. Les exonérations concernent essentiellement les

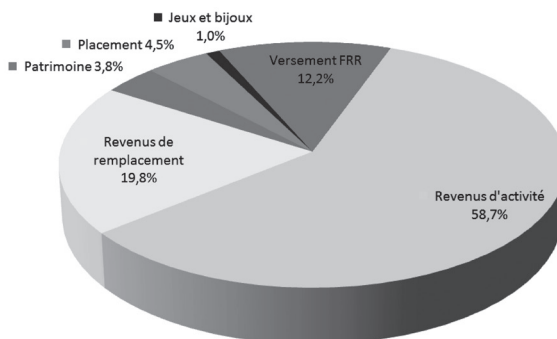
revenus de remplacement et touchent dans cette catégorie les minima sociaux et certaines allocations de solidarité, ce qui comprend principalement, lorsqu'elles ne sont pas imposables, les allocations de chômage et de préretraite, les pensions d'invalidité et de retraite. La loi du 13 août 2004 a élargi l'assiette de calcul de 95 à 97 % des salaires bruts et des allocations chômage. La Loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 l'a étendue à 98,25 %.

La CSG (Contribution Sociale Généralisée) a été créée en 1991. Jusqu'en 2008, la CSG était répartie entre le Fonds de Solidarité Vieillesse, la Caisse nationale des allocations familiales, les régimes de base d'assurance maladie et la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.

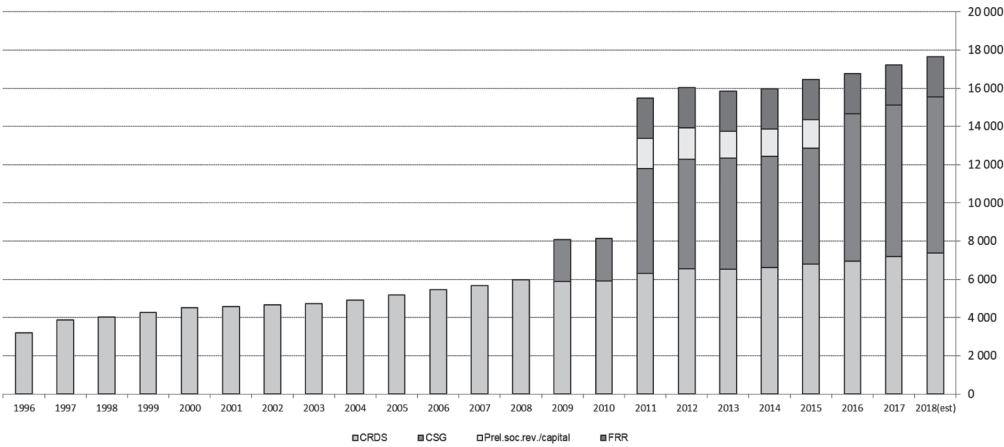
En contrepartie d'une reprise de nouvelle dette de 27 milliards d'euros votée par le Parlement dans la Loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 et conformément à la loi organique du 2 août 2005, une nouvelle ressource correspondant à 0,2 point de CSG a été affectée à la CADES. La loi n°2010-1594 du 20 décembre 2010 a porté la part de la CSG affectée à la CADES à 0,48 point. Enfin, la loi n°2015-1702 du 21 décembre 2015 a affecté 0,12 point supplémentaire portant ainsi la contribution à 0,6 point en supprimant la part de 1,3 % des revenus du capital affectée à la CADES. La CSG est très semblable à la CRDS. Elle est issue principalement des revenus d'activité et est également perçue sur les revenus de remplacement, du patrimoine, des placements et des jeux.

Le versement annuel du Fonds de réserve des retraites : la loi n°2010-1594 du 20 décembre 2010 de financement de la Sécurité sociale pour 2011, a, dans le cadre de l'équilibre du financement de la réforme des retraites, prévu un versement annuel de 2,1 milliards d'euros de 2011 à 2024 en faveur de la CADES, soit un versement total de 29,4 milliards d'euros.

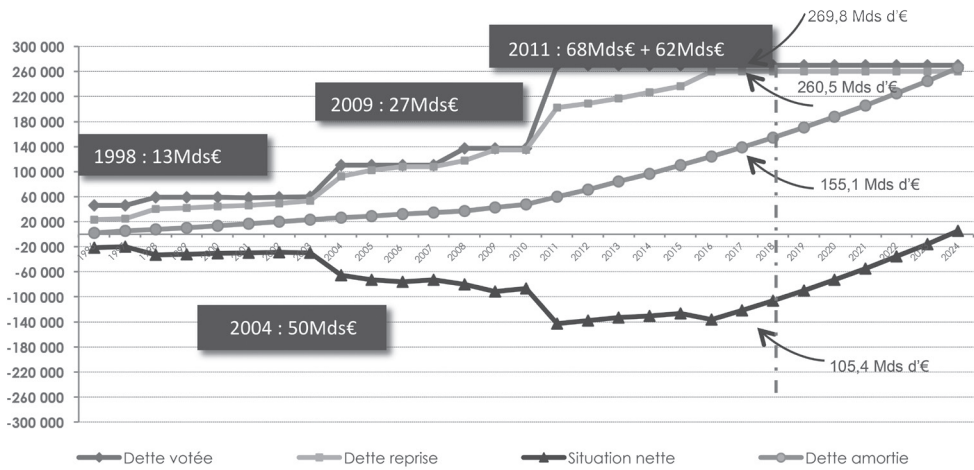
Les ressources nettes de la CADES s'élèveront en 2018 à 17,6Mds€. Ce sont des ressources solides principalement corrélées à l'évolution de la masse salariale. Ces recettes sont principalement basées sur les revenus d'activité moins cycliques que les revenus financiers. En effet, à partir de 2016, compte tenu de la nouvelle structure des ressources de la CADES, les contributions assises sur les revenus d'activité et de remplacement représentent près de 80 % du total. La part plus fluctuante sur les revenus du capital et des jeux ne représente désormais que 10 % du total de la ressource.



Evolution des recettes de la CADES (en millions d'euros)



VI- LA SITUATION ESTIMÉE À LA FIN DE 2018 ET L'EXTINCTION DE LA DETTE EN 2024



Il convient de distinguer les montants de dette mis à la charge de la CADES par la loi -dette votée- des montants qu'elle a déjà repris -dette reprise- et enfin des versements effectifs qu'elle a effectués.

- La dette votée atteint 269,8 Mds d'euros : depuis l'origine de la CADES, son ordonnance fondatrice et les nombreuses lois qui l'ont modifiée, a été mis à la charge de la CADES un montant total de 269,8 Mds d'euros.

- ▼ La dette reprise atteint 260,5 Mds d'euros : au 31 décembre 2018, la CADES a effectivement repris 260,5 Mds d'euros.
- ▼ Les ressources de la CADES : la CADES a utilisé les rentrées de CRDS et de CSG (208,6 Mds d'euros) augmentées des produits des ventes d'immeubles (pour 467 M d'euros) pour un total de : 209,1 Mds d'euros. Le reste des ressources provient des emprunts émis par la CADES sur les marchés financiers internationaux. Le montant net des emprunts émis est représenté dans les comptes par la situation nette de la CADES, qui, à la fin de 2018, sera négative à hauteur de 105,4 milliards d'euros. Cette situation nette est modifiée chaque année par l'imputation du résultat de l'exercice. Pour 2018, le résultat estimé sera positif à hauteur de 15,4 Mds d'euros.
- ▼ Estimation de la dette amortie : une estimation de la dette amortie peut être faite en ajoutant la dette reprise et la situation nette. Ce calcul n'étant ni comptable ni financier, cette estimation ne peut servir que d'indicateur de l'amortissement. A la fin de 2018, elle atteindra 155,1 Mds d'euros après un amortissement estimé pour 2018 de 15,4 Mds d'euros.

Les projections réalisées indiquent que l'intégralité de la dette reprise par la CADES devrait être amortie en 2024 soit un an plus tôt que prévu initialement en raison du rendement élevé des recettes affectées à la CADES, du niveau bas des taux d'intérêt, ainsi que de la gestion active de la dette.

VII- LES PERSPECTIVES 2020 À 2022 – L'AVENIR

Le PLFSS 2019 a prévu une reprise par la CADES des déficits portés en trésorerie par l'ACOSS. Au-delà des déficits repris progressivement par la CADES, il existe un solde de trésorerie négatif à l'ACOSS au 31 décembre 2018 qui s'élèverait à environ - 27 Md€ et représentatif des déficits passés du Régime Général (essentiellement maladie, résiduellement famille), des déficits du FSV et du régime vieillesse des exploitants agricoles soit 17Mds€ ainsi que des décalages entre encaissements et décaissements correspondant au besoin en fond de roulement de la sécurité sociale pour 10 Mds€.

Les excédents des comptes sociaux qui se profilent dès 2019 libéreraient des ressources mobilisables pour d'autres besoins (remboursement progressif de la dette, baisse des prélèvements obligatoires, financements de nouveaux besoins tels la dépendance), mais pourraient également conduire à relâcher les efforts de maîtrise des dépenses, la volonté d'aller au bout de la logique de destruction du « déficit de la sécu » ainsi qu'une recommandation formulée par la Cour des comptes, afin de tirer parti de l'expertise de la CADES en matière d'amortissement de dette sont autant de raisons qui ont conduit le gouvernement à procéder à une dernière reprise de dette.

Cependant il existe des contraintes liées au « verrou organique » : une reprise de dette nouvelle ne peut avoir pour conséquence d'allonger l'horizon d'apurement de la dette sociale, fixé actuellement à 2024 ; par ailleurs, les recettes affectées à la CADES pour l'apurement de la dette sociale doivent être stables et prévisibles et porter sur l'ensemble des revenus ; enfin, les recettes affectées ne doivent pas avoir

pour conséquence de créer ou de creuser un déficit pour les régimes obligatoires de base de sécurité sociale. Dans ces conditions, il est proposé d'autoriser une nouvelle et dernière reprise pour un montant de 15 Mds€ et de financer cette reprise par affectation d'une fraction supplémentaire de CSG à la CADES de 0.11 point en 2020, 0.23 en 2021, et 0.33 en 2022, permettant de voter un plafond de reprise à 15 Mds€ d'ici à 2024.

Cette reprise s'effectue ainsi sans allongement de l'horizon d'amortissement de la dette sociale, qui reste garanti en 2024 ; par affectation de recettes existantes, et donc sans hausse de prélèvements obligatoires ; sans remettre en cause l'équilibre des comptes sociaux et sans mobiliser des ressources provenant du budget de l'État.

Au-delà de cette dernière reprise de dette, il conviendra de réfléchir aux modalités d'extinction de la CADES à l'horizon 2024.

PARTIE C : LE MANAGEMENT

La Sécurité sociale : un autre modèle de management ?

Entretien avec **Xavier CAUMON**, Directeur associé du Cabinet Fonction2, Institut français du Management.



Xavier CAUMON intervient depuis plusieurs années pour l'EN3S, comme consultant dans les organismes de protection sociale. Il a mené de nombreuses missions axées sur l'évolution des pratiques managériales, le team building et l'accompagnement des équipes dirigeantes dans la conduite du changement.

I- PEUT-ON PARLER D'UN MODÈLE DE MANAGEMENT SPÉCIFIQUE AU SEIN DE LA SÉCURITÉ SOCIALE ?

Pour répondre à cette question, il faut revenir à ce que sont les organismes de Sécurité sociale : des entreprises de main d'œuvre que j'assimile à du « tertiaire industriel ». Dès leur création, ils ont été confrontés à des problématiques managériales de par le nombre de leurs salariés mais également en raison des flux de prestations qu'ils devaient servir. Ecouler la charge, payer en bon droit, rapidement, a nécessité une organisation du travail où le management – plus ou moins sophistiqué – a été au cœur de l'activité de l'encadrement.

En cela, les caisses de Sécurité sociale présentent énormément de similitudes avec d'autres entreprises du secteur privé (banques, assurances par exemples) confrontées aux mêmes problèmes de charges de production et de ressources humaines affectées.

Pour ces raisons fondamentales, je ne pense pas que l'on puisse parler d'un modèle spécifique au sein de la Sécurité Sociale. En revanche, il s'agit de manager dans un contexte qui, lui, est particulier. Je citerai quelques exemples.

En premier lieu, ce contexte est dû à une histoire et à une culture : celle du paritarisme et de la composition des conseils d'administration. Ainsi, durant toute la première période de constitution des organismes de Sécurité sociale, il y a eu une porosité forte entre les conseils et les équipes de direction. Les derniers mettaient en œuvre des politiques votées par les conseils. Cette proximité, en raccourcissant les circuits entre les décisions politiques et leur application, a d'ailleurs eu pour avantage d'asseoir la légitimité de la Sécurité sociale au sein des territoires. Elle est devenue très rapidement présente dans la vie des Français et a commencé à améliorer concrètement leurs conditions d'existence par le biais des prestations servies ou des services mis à disposition. Même si, après le décret du 12 mai 1960, les deux entités – conseils et équipes de direction – se sont peu à peu éloignées, cette première période a été structurante et laisse aujourd'hui encore des traces – des spécificités – dans le management à la Sécurité sociale.

Élément lié ou induit, on note une forte implication des conseils ainsi que des dirigeants dans leurs responsabilités sociétales locales en tant qu'employeurs. Ainsi, lorsque l'on examine les vagues d'embauches au sein des organismes, il n'est pas rare que certaines correspondent à la fin des dispositifs publics d'aide à l'emploi (Travaux d'utilité collective – TUC – par exemple dans les années 1980). Clairement, on a demandé aux organismes de participer à ces plans d'aide à l'emploi puis, une fois ces politiques achevées, de garder les salariés.

Autre élément tiré de mes interventions en organisme, le traitement social des collaborateurs avec ses aspects positifs et plus problématiques. Ainsi, l'obligation d'intégrer et « de faire avec » les personnes qui sont dans l'équipe, du fait d'une faible mobilité des collaborateurs. Les managers déploient parfois une énergie folle à monter tout le monde en puissance, à faire évoluer les équipes dans un contexte très contraint. Ils s'en sortent d'ailleurs plutôt bien lorsque l'on regarde le nombre incroyable de changements législatifs induits par les différentes réformes de la Sécurité sociale, tous champs confondus. Reste cependant le cas de collaborateurs problématiques. On observe encore – mais cela change aujourd'hui – que l'on sanctionne très peu à l'exception – notable et heureuse – des fraudes avérées. Du fait des statuts ou des conventions collectives très protectrices, cela peut provoquer l'acceptation par les managers de comportements qui, ailleurs, seraient considérés comme inacceptables. De même, la prégnance du climat social à ne pas dégrader peut induire le risque d'une forme de complaisance face aux instances représentatives du personnel. Ainsi, dans les négociations, au mieux on résiste, mais sans pour autant avoir une culture des contreparties (qu'êtes-vous prêts à donner pour obtenir ce que vous demandez ?)

Une autre des spécificités ayant un impact sur le management est la complexification exponentielle du corpus réglementaire – les fameuses 15 000 règles de droit qu'un technicien conseil de CAF devait assimiler pour exercer son métier. Vrai ou pas dans le cas spécifique des CAF, cette complexité est réelle et se traduit par une forte attention des managers au maintien de leurs compétences techniques et de celles de leurs collaborateurs.

Cette culture que l'on retrouve encore aujourd'hui s'est ainsi construite sur la légitimité technique parfois plus importante que la légitimité managériale. On est chef car on « sait faire » et on « conseille » plus que parce que l'on pilote les activités et accompagne les équipes. On retrouve d'ailleurs cette question de manière récurrente sur le profil attendu pour les futurs agents de direction : doivent-ils être des experts ou bien des managers ? On en conviendra, c'est une question artificielle. Elle trouve le plus souvent une réponse dans le pragmatisme des agents de direction qui comprennent très vite qu'ils doivent être les deux. Ils doivent comprendre ce que font leurs équipes pour ne pas se faire « beurrer les lunettes » tout en les manœuvrant pour les conduire le mieux possible dans l'atteinte des résultats attendus à leurs services. Cependant, cette question est symptomatique de cette culture particulière au sein de la Sécurité sociale. Elle est, si je devais résumer, un mélange entre la culture performative du secteur privé centré sur le management au service de la performance de l'entreprise et la culture bureaucratique au sens wébérien où le respect de la règle de droit est fondamental.

II- A QUOI SONT DUES CES PARTICULARITÉS ?

A mon sens, il y a plusieurs explications à ces particularités. Tout d'abord le statut des organismes de Sécurité sociale : des structures de droit privé exerçant un service public.

Ces organismes ont souvent été dans les décennies passées des amortisseurs sociaux. Localement, ils employaient assez souvent des personnes qui ne trouvaient pas d'emploi dans un secteur industriel ou des services souvent concentrés dans les grandes métropoles. Les OSS créaient de l'emploi public – souvent à la demande de l'État – mais sans que les personnes embauchées soient fonctionnaires...

La main d'œuvre a été finalement assez peu choisie. Elle a été contrainte par le bassin d'emploi et a surtout drainé vers les organismes – n'y voyez aucun sexisme – des femmes qui apportaient un revenu de complément au foyer. Plus tard, on a vu également se multiplier les situations de monoparentalité rendant l'emploi au sein des organismes crucial.

Cette situation n'est pas étrangère aux particularités managériales que j'évoquais plus haut et notamment aux compétences attendues des managers oscillant entre du pur management et de la compétence technique. Il fallait gérer des agents – nombreux – pour leur faire accomplir des tâches complexes car nécessitant de manipuler de nombreuses règles de droit.

Cette situation particulière n'a pas été neutre pour les managers. Ainsi, un cadre stratégique d'organisme me disait : « *Pendant mes 20 premières années de carrières, ma mission était de trouver des idées, des projets pour justifier la création de postes, depuis 10 ans maintenant, je dois optimiser les processus et réduire les effectifs. Le changement de posture a été un vrai choc* ».

Autre particularité, les personnels de ces organismes ont une convention collective spécifique voire des statuts spécifiques qui créent, en quelque sorte, des corps constitués très protecteurs pour leurs membres (employés et cadres, agents de direction, praticiens conseils). De fait, même si aujourd'hui les sanctions se durcissent du haut de la pyramide jusqu'aux agents de terrain, il est encore très rare que des collaborateurs risquent des sanctions extrêmes (licenciement).

Très protecteur socialement, cet environnement est également très stable. Il n'est pas rare qu'une personne passe toute sa carrière dans le même organisme, souvent au même poste ou dans la même spécialité technique. Cette situation pose de multiples difficultés managériales, notamment l'accompagnement du vieillissement des agents « historiques » et l'arrivée des jeunes générations (les fameux Y). Le défi est en fait d'adapter la culture managériale de la Sécurité sociale pour concilier des populations aux aspirations parfois différentes...

Historiquement, les dirigeants restaient très longtemps en poste (plus de 15 ou 20 ans dans la même fonction). Cet état de fait ne favorisait pas l'évolution de la gouvernance des organismes et de son management.

Cependant, depuis près de 15 ans, à l'initiative des caisses nationales des différentes branches, les choses ont évolué. Je constate cependant d'un côté une forte obligation de mobilité pour les agents de direction et les directeurs alors qu'elle demeure faible pour les collaborateurs de terrain, les cadres de proximité et même (très souvent) les cadres stratégiques.

Cette situation n'est pas sans conséquences managériales. Ainsi, quand les dirigeants souhaitent impulser un changement fort qui risque de heurter la culture de l'entreprise, la tentation de l'inertie est forte pour les collaborateurs stables, souvent enclins à résister au changement le temps que le chef parte.

Il me semble que ces mécanismes ont été la règle pendant plusieurs décennies avec pour conséquence une « usure » des managers, contraints notamment par les caisses nationales à faire évoluer leurs organismes sans réellement avoir l'appui de leurs agents. Au final, les choses ont fortement évolué, les réseaux se sont transformés, réorganisés mais les managers en ont payé le prix.

La situation est différente aujourd'hui. Dirigeants et managers de la protection sociale se forment régulièrement au management et osent déployer des méthodes innovantes.

Les réorganisations, les mutualisations, les régionalisations ont permis aux dirigeants et aux collaborateurs d'expérimenter de nouvelles façons de diriger. Le management matriciel, l'organisation en mode projet, les processus transverses ou délégués, etc. sont couramment utilisés. Par ailleurs, les organismes de la Protection sociale se sont lancés dans des innovations techniques et managériales liées à l'évolution des technologies (entreprise numérique) et de la société (intégration des concepts d'agilité ou « d'entreprise libérée » et de la génération Y).

Je suis frappé de voir le foisonnement actuel des expérimentations en cours. La Sécurité sociale a investi les réseaux sociaux et montre ses initiatives, ses réussites... Elle semble s'ouvrir sur le monde en se donnant à voir. Pour intervenir très souvent dans les organismes, je constate que ce ne sont pas seulement des effets de communication même si ce secteur (400 organismes tout de même) reste très hétérogène.

III- QUELLES SONT AUJOURD'HUI LES INFLUENCES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE EN MATIÈRE DE MANAGEMENT ?

Aujourd'hui, beaucoup de dirigeants de la Sécurité Sociale sont percutés dans leur capacité à mobiliser leurs collaborateurs dans un contexte de profondes réorganisations des réseaux. Ils le sont d'autant plus qu'ils peinent parfois à trouver des managers pour faire le relai des changements. Ils se laissent séduire par les sirènes de « l'entreprise libérée ».

En effet, quoi de plus tentant qu'une entreprise autoorganisée, dont les collaborateurs assument directement la responsabilité de l'adaptation aux changements.

Il n'est pas impossible de tendre vers ce résultat, sans pour autant « entrer en religion ». Il est avant tout nécessaire de connaître les avantages et les limites du système « entreprise libérée ». J'ai essayé de mettre en exergue quelques-unes de ses caractéristiques.

Avantages	Risques
Changement de la posture des dirigeants : - Ils communiquent un cadre global porteur de sens et mobilisateur, - Ils sont au service des initiatives de leurs collaborateurs pour aider à mettre en œuvre les innovations proposées par le terrain - Ils sont garants de l'autonomie des acteurs et du raccourcissement des circuits de décisions - Ils défendent l'intérêt du collectif même si cela devait être au détriment de leur propre valorisation - C'est le principe dit « de la pyramide inversée » chaque responsable est au service de ses équipes, au lieu d'en être le pilote	Ces modes de management ne tiennent que tant que les dirigeants sont fortement impliqués pour les faire vivre : - La plupart des entreprises dites « libérées » sont revenues aux modèles traditionnels de gestion peu de temps après le départ des dirigeants charismatiques qui les avaient « libérées » - La mise en place de l'autonomie décisionnelle et des capacités des collaborateurs pour s'autonomiser est un processus très long et souvent supérieur à la « durée de vie moyenne » d'un Directeur dans les organismes de la Protection Sociale Les réseaux, jusqu'à présent, sont des espaces d'émulation entre organismes, cette émulation peut aller jusqu'à la compétition : - Classement national des Caisses - Part variable de la rémunération des Directeurs calée sur l'atteinte des objectifs

Changement des structures et processus : - Cela commence par une forte diminution du nombre de niveaux hiérarchiques directs - Les processus de prise de décision sont raccourcis et ramenés au plus proche du terrain, là où est la compétence - La conformité tâches/processus n'est plus un objectif, seule compte la performance et le respect du contrat de service	Un environnement prescrivant la conformité : - Les tutelles, qu'elles soient de branches ou d'État (Cour des comptes, Ministères Sociaux) contrôlent de façon détaillée l'emploi des fonds publics (ce qui semble normal) ainsi que le fonctionnement interne des Organismes - Les branches déploient des systèmes de pilotage qui visent la conformité et l'uniformité des processus pour garantir l'équité de traitement des usagers
Changement de l'implication des collaborateurs : - Chacun, étant libre de ses choix dans le cadre de son domaine de responsabilité, trouve une importante source d'épanouissement dans la gestion autonome de ses activités - Les équipes, très autonomes, s'autoorganisent et d'autoadaptent en fonction des évolutions du contexte et des réponses à apporter pour garantir le contrat de service	La réalité d'un corps social : - Les collaborateurs sont issus d'une culture de la conformité et souvent de la spécialisation (ce qui est antinomique avec le fonctionnement en autonomie) - Le carcan des grilles statutaires gêne la valorisation de certains personnels qui ont du mal à exprimer leur potentiel d'initiative. Combien de fois ai-je entendu « on ne peut pas donner cette responsabilité à un niveau 4, car ensuite on ne saura pas le valoriser » ? - L'expérience montre qu'entre 20 % et 40 % des collaborateurs ne supportent pas le changement de modèle : - Ceux qui ne veulent pas lâcher le pouvoir - Ceux qui ne veulent pas assumer de responsabilités supplémentaires

Ce travail d'analyse nous amène *in fine* à être prudent et à se saisir du concept d'entreprise libérée avec une approche très pragmatique : quels sont les éléments dont je peux me saisir en tant que manager et qui pourront faire progresser mes équipes et mon organisme ? Cependant, au-delà de l'effet de mode, Il semble clair que les modèles managériaux historiques ne sont plus de mise. « Le chef est le plus compétent », « le chef arbitre tout », « le chef distribue le travail », etc. n'est plus possible. Pour autant le « tout responsabilité sur le terrain » semble aussi difficile à mettre en place qu'une colonie humaine sur Mars. En fait, ce qui, à mon sens, est faisable, c'est de saisir toutes les opportunités pour diminuer le nombre de niveaux hiérarchiques ; déléguer la décision et la signature au niveau le plus bas possible, dans le cadre d'une supervision sécurisante ; respecter la « règle de 10 » : un manager pour 8 à 12 agents (soit 10 en moyenne).

L'analyse globale des effectifs des organismes ne montre pas vraiment d'écarts à cette règle, mais lorsqu'on regarde de près, on peut constater un manque de managers de proximité (1 pour 15 ou 20 collaborateurs) et un excès de managers de managers. La raison en est simple, les collaborateurs restent longtemps dans les organismes et il faut bien leur « faire une carrière ». Donc ils montent les échelons, même si l'organisme n'en a pas besoin. Cette structure hiérarchique est aujourd'hui percutée par les plus jeunes qui sentent peser sur eux un couvercle de plomb. Ces jeunes appelons-les Y ou Z entrent dans les organismes pleins d'enthousiasme. Ils ont des compétences, l'envie de faire et de faire rapidement car les outils technologiques le leur permettent. Dans ce contexte, leur dire que leur initiative est intéressante mais qu'elle devra être validée par trois chefs avant d'être effective est pour le moins démotivant.

De la même manière, et cela au-delà de l'effet d'âge, je suis frappé que le concept d'entreprise libérée apparaisse à un moment où les organismes ont poussé très loin la démarche par processus. Je comprends parfaitement le besoin de sécurisation des activités et, de ce fait, des comptes qui doivent être certifiés. Le management par les processus a ainsi permis une amélioration de la fiabilité des activités. Les managers me disent cependant qu'ils n'en peuvent plus. Ils doivent réaliser des revues de processus et les agents n'y adhèrent plus. L'entreprise libérée est donc, à mon sens, plus une réaction, un appel à plus de confiance dans leur professionnalisme qu'un réel besoin d'être libre. Ils veulent plus d'autonomie, de marge de manœuvre et d'expérimentation. Cette mode est pour moi la manifestation de ce désir qu'il faut savoir entendre.

IV- DOIT-ON/PEUT-ON MAINTENIR UN MODÈLE MANAGÉRIAL PARTICULIER ?

L'histoire du management, depuis le milieu du 19^e siècle, nous montre qu'il n'y a pas de modèle idéal. Il y a juste ce qu'il est possible de faire en prenant en compte les conditions sociologiques des populations managées.

Taylor, si souvent critiqué de nos jours, apporte à son époque une réponse juste pour : produire en masse ; des unités standardisées ; avec des collaborateurs d'un très bas niveau de compétences ; qui restent moins de 3 ans dans l'entreprise.

Ces conditions de l'Organisation Scientifique du Travail ne sont plus celles des caisses de Sécurité sociale d'aujourd'hui. Il faut donc trouver d'autres modes d'organisation et de management, d'autant que de nombreuses activités encore réalisées au sein des organismes vont disparaître. L'essor de l'intelligence artificielle et de la coproduction avec les assurés ou les professionnels via les applications va accélérer ce phénomène. Sans essayer de faire de la prospective, dès que les conditions changent, il faut être avant tout vigilant à mettre en place des modèles plus élaborés qui prennent en compte de façon équilibrée deux dimensions. La dimension structure et processus (l'entreprise vue comme une machine) qui donne solidité, fiabilité, robustesse ; et la dimension de la communauté humaine (l'entreprise vue comme un système vivant) qui donne dynamique, adaptabilité et innovation. La conjugaison de ces deux dimensions se fait au travers du dialogue managérial, à tous les niveaux, dans lequel chacun est porteur de ses enjeux dans l'équilibre des valeurs d'exigence et de bienveillance.

Exigence et bienveillance me semblent être, au final, un bon résumé de ce que pourrait être l'ossature du modèle managérial de la Sécurité sociale. A partir de ces deux valeurs, on peut mettre en regard des compétences et réconcilier ainsi la gestion et le pilotage avec un management de collaborateurs exigeant au service d'une mission plus que jamais au cœur de la société qu'est la protection sociale. C'est un vrai challenge mais je sais que l'EN3S et d'autres s'y emploient !

Quelles particularités dans la gestion du personnel à la Sécurité sociale ?

Par Raynal Le May, Directeur général de l'Ucanss, Carole Bonvalot, directrice du développement et de l'accompagnement des ressources humaines à l'Ucanss et Marie-Gabrielle Dubreuil, directrice des Relations Sociales Institutionnelles à l'Ucanss.



Raynal LE MAY est directeur de l'Ucanss depuis juillet 2018. Il était précédemment directeur général de la CPAM du Val de Marne après avoir exercé les mêmes fonctions à la Caf de l'Essonne ainsi que dans les CPAM de Chartres et Laval. Il intervient dans le cadre du cycle de gouvernance mutualiste de l'Université de Versailles et en master 2 de protection sociale à l'Université de Marne la Vallée. En lien avec l'EN3S, il coordonne la formation sur les lignes directrices de l'AISS relative à la gouvernance et coanime le module sur l'extension de la couverture sociale pour les élèves des cycles internationaux de l'EN3S. Il est membre du conseil d'orientation scientifique de l'EN3S.

Carole BONVALOT est directrice du développement et de l'accompagnement des ressources humaines à l'Ucanss depuis juillet 2014. Elle était précédemment directrice de la production et du service à la CPAM de Marseille.



Marie-Gabrielle DUBREUIL est directrice des Relations Sociales Institutionnelles à l'Ucanss depuis septembre 2013 après avoir été directrice du développement et de l'accompagnement des ressources humaines pendant 6 ans. Elle était précédemment sous directrice juridique et de la réglementation à l'ACOSS.

Le régime général de la Sécurité sociale compte 145 000 salariés en CDI qui assurent une mission de service public dans 5 branches de législation et sur tout le territoire. Les dépenses de personnel s'élèvent à 8 Mds d'euros par an, soit une part prépondérante (80 %) des frais de fonctionnement du régime.

Nos collaborateurs sont des salariés de droit privé, liés par un contrat de travail à 307 organismes, qui les recrutent et assurent leur gestion selon les dispositions du code du travail et des conventions collectives propres à la branche. Ils exercent plus de 80 métiers différents.

La gouvernance des organismes est particulière car régie par la règle du paritarisme. Les caisses sont structurées dans des réseaux animés par des caisses nationales, qui sont des établissements publics administratifs.

La gestion des ressources humaines du régime général reflète le caractère « hybride » de son organisation. C'est un « mix » entre des règles de droit privé, qui rapprochent la situation des caisses de ce que connaissent les entreprises ou groupes de taille équivalente, et une pratique, voire des règles spécifiques, qui s'inspirent des approches ayant cours dans la fonction publique, en termes de régulation budgétaire et d'homogénéité des pratiques. Pour autant, les enjeux globaux de la gestion des ressources humaines que connaît la Sécurité sociale sont largement similaires à ceux du secteur tertiaire, ce qui justifie que celle-ci reste ouverte sur cet environnement qui peut l'inspirer mais qu'elle peut aussi inspirer par ses réussites.

I- UN EMPLOYEUR ENTIÈREMENT À PART

Le cadre juridique qui régit la relation de travail du personnel de la sécurité sociale est spécifique (1). Cette spécificité se traduit aussi dans le rôle joué par l'État et les caisses nationales. Leur place s'est progressivement renforcée tant au plan budgétaire (2) qu'en terme de définition des politiques RH (3), et ce dans le cadre d'un dialogue social équilibré (4). Le rôle des dirigeants n'en reste pas moins essentiel, car ils exercent localement l'ensemble des prérogatives liées aux fonctions majeures de la GRH (5).

I.1/ Un cadre juridique et conventionnel spécifique

Le cadre conventionnel est encadré par le code de la Sécurité sociale qui prévoit trois conventions collectives nationales négociées par l'Ucanss : celle des employés et cadres conclue en 1957 qui couvre presque 142 000 salariés, celle des agents de direction signée en 1968 et réécrite en 2018 et celle des praticiens conseils, qui couvrent chacune près de 2000 salariés.

Elles sont complétées par des protocoles d'accord sur de nombreux sujets communs aux trois conventions collectives : protection sociale complémentaire, frais de santé et prévoyance, épargne salariale, égalité des chances et diversité, frais de déplacement, droit syndical....

Ce cadre conventionnel est spécifique à plusieurs égards.

D'abord parce qu'il ne vise pas à réguler la concurrence entre les entreprises, comme dans le secteur privé, mais à favoriser une homogénéité de traitement des salariés quel que soit leur employeur. La mobilité entre les organismes se trouve facilitée. Les règles étant les mêmes, le contrat de travail est repris avec tous les droits acquis antérieurement (rémunération, ancienneté, congés, épargne salariale...). Dès

lors, la négociation sociale au niveau de la branche professionnelle n'a pas pour objectif de créer un socle minimal complété par la négociation d'entreprise, mais de définir les garanties conventionnelles communes aux salariés, sur lesquelles il n'est pas souhaité de dérogation par la négociation locale.

Ensuite, parce que la Sécurité sociale fait partie des deux secteurs d'activité dont les accords collectifs sont agréés par l'État pour être applicables. L'importance du financement des organismes de la Sécurité sociale par un prélèvement sur les cotisations sociales justifie que l'État agisse dans le cadre d'un contrôle de légalité *a priori* des accords et qu'il s'assure que le cadre budgétaire est respecté. L'intervention d'un troisième acteur peut toutefois rendre plus complexe la négociation dès lors qu'il s'agit de tenir compte des positions de l'ensemble des parties prenantes.

I.2/ Un cadre de gestion budgétairement contraint

Délégataires d'une mission de service public, les organismes de sécurité sociale sont placés sous la tutelle de l'État. Dans le cadre de la négociation de sa convention d'objectifs et de gestion (COG), chaque caisse nationale fixe avec l'État ses objectifs et les moyens afférents dans une approche pluriannuelle.

Les annexes de la COG fixent les budgets de gestion en les détaillant par année et par type de dépenses, en référence aux trajectoires d'effectifs sous-jacentes, le taux de remplacement des départs en retraite en constituant la principale variable d'ajustement.

Sur la période récente, l'ETPMA¹ est venu renforcer ce cadrage. La trajectoire des effectifs de chaque branche s'inscrit dans un horizon fait de missions nouvelles, de services à développer et de gains de productivité qui se traduisent par un objectif ETPMA cible à atteindre à la fin de la COG.

La décroissance des effectifs reste un élément structurant de la nouvelle génération de COG 2018-2022. Hors intégration d'autres régimes, elle implique le non-remplacement de certains départs en retraite et qui plus est d'agir le cas échéant sur le *turnover*.

Selon des critères propres à chacune des branches (productivité, coût, nombre de départs en retraite, taux de remplacement différencié par processus...), les caisses nationales assurent la déclinaison de l'ETPMA cible de chacun des organismes.

La projection de l'ETPMA sur la durée de la COG permet d'avoir une vision à moyen terme et de mieux adapter ses ressources à l'évolution de la charge, en intégrant les gains de productivité.

Depuis 2011, en complément des mécanismes de régulation évoqués *supra*, les autorités de tutelle notifient également une norme maximale de progression de la rémunération moyenne des personnels en place (RMPP). La RMPP prend en compte les mesures collectives (augmentation de la valeur du point...), les mesures conventionnelles automatiques (point d'expérience...) et les mesures individuelles.

Ce mécanisme contraint la politique salariale locale puisqu'il enferme, dans une enveloppe points, la marge laissée aux décideurs locaux. Si l'on prend la RMPP 2017

¹ Equivalent temps plein moyen annuel

qui était fixée à 1,7 %, la marge locale était de 1 % environ compte tenu de la mesure générale de 0,5 % au 1^{er} mai et des effets reports des mesures de l'année précédente. Les conditions actuelles de publication du cadrage de la RMPP ne permettent pas aux décideurs nationaux et locaux de disposer d'une vision pluriannuelle. Notifiée tardivement (généralement après le début de l'exercice concerné), parfois modifiée en cours d'exercice, elle limite la capacité à envisager une gestion pluriannuelle des politiques de rémunération tant au niveau local que national, et encourage les mesures de court terme.

La RMPP 2019 pourrait s'afficher dans un horizon pluriannuel afin d'embarquer le financement de la nouvelle classification des employés et cadres, dont la négociation vient de débiter.

La pluri annualité ne réglera pas la question de la contrainte ni celle de son niveau, mais elle permettrait aux décideurs locaux et nationaux de mieux arrimer la politique salariale à la GPEC.

I.3/ Des politiques RH nationalement cadrées

Le code de la sécurité sociale confie à l'Ucanss la responsabilité de définir les orientations générales en matière de ressources humaines applicables par les organismes du régime général. Profondément remaniées en 2016, elles portent deux ambitions : accompagner l'évolution des métiers pour répondre aux enjeux de transformation du service public, et adapter les pratiques managériales pour favoriser l'engagement et la motivation durable des salariés.

L'Ucanss, fédération d'employeurs du régime général, est également missionnée pour contribuer à la convergence de certaines pratiques ou politiques entre les réseaux. Ce rôle fédérateur s'exerce notamment sur des tâches mutualisées de la gestion des ressources humaines (formation, observation des métiers, gestion des cadres dirigeants...) dans la recherche d'une forme de cohérence en interbranches.

A côté de ces orientations stratégiques interbranches et des actions qui en découlent, portées par l'Ucanss, des schémas directeurs des RH sont déterminés par chaque réseau.

Ces SDRH ont vocation à accompagner les enjeux des métiers et des services en déclinaison des COG. De portée nationale, ils peuvent être complétés de plans d'actions locaux.

Les caisses nationales impulsent par ailleurs au sein de leur réseau des politiques propres sur certains thèmes d'intérêt commun (absentéisme, qualité de vie au travail, accompagnement des managers...).

Cette recherche d'une dynamique collective peut s'incarner jusque dans l'émission par les caisses nationales de recommandations en termes de niveau de qualification de certains emplois, alors même que les textes conventionnels réservent cette responsabilité aux employeurs locaux, de fixation d'objectifs de parcours professionnels (passage du niveau 3 au niveau 4), voire d'orientations à impact organisationnel (taux de remplacement des départs décliné par processus ou fonction). Dans le cadre des dialogues de gestion, les atypies RH (niveau d'encadrement, absentéisme, temps partiel, CDD...) peuvent aussi être mises en évidence.

Cet objectif d'homogénéisation peut se heurter à la volonté de faire perdurer les pratiques locales. Il peut même paraître contradictoire avec l'autonomie juridique des caisses locales. En réalité, ces politiques nationales sont en général coconstruites avec des organismes locaux et sont donc des exemples de coproduction national / local qui traduisent bien le caractère hybride du régime général, à mi-chemin entre groupe intégré et réseau d'organismes autonomes.

Les politiques nationales s'exercent aussi de manière particulière en termes de priorités et de conception des actions de formation. Elles s'incarnent principalement dans la construction depuis 2012 d'un ensemble de « certificats de qualification professionnelle » (CQP) destinés à certifier les compétences requises pour l'exercice de métiers propres à la sécurité sociale.

Si le suivi de ces formations est largement subventionné par les fonds mutualisés, réduisant fortement leur coût pour les organismes, les contenus et déroulés pédagogiques des CQP s'imposent aux dirigeants locaux. Ils ont toutefois la liberté de ne pas y inscrire leurs collaborateurs, sauf quand la certification est obligatoire pour l'exercice du métier (en pratique, pour les corps de contrôle). On constate des différences de pratique sur le recours aux CQP, même si cette offre de professionnalisation est largement mobilisée.

En dernier lieu, le cadrage national des pratiques s'impose jusque dans la fixation du périmètre de la négociation sociale d'entreprise. Outre l'importance du programme de négociations nationales, constituées d'accords d'application automatique dans les organismes, ceux-ci doivent tenir compte du cadre commun fixé par l'Ucanss, les caisses nationales et la DSS. Les accords locaux devant être agréés par l'État et soumis pour avis préalable au Comex de l'Ucanss, celui-ci a progressivement élaboré une « doctrine » fédératrice. Elle contient à la fois des recommandations (par exemple pour la négociation des accords CSE) et des limites qui entraînent des avis défavorables lorsqu'elles sont franchies.

I.4/ Un modèle de relations sociales construit autour d'une prépondérance des accords nationaux

Parce que la négociation collective confiée à l'Ucanss avait vocation à l'origine à définir l'ensemble des droits conventionnels applicables au contrat de travail des salariés dans tous les organismes, le champ couvert par les trois conventions collectives et les protocoles d'accord est particulièrement vaste.

De nombreux sujets négociés dans les entreprises le sont au niveau de la branche professionnelle pour les caisses de Sécurité sociale. C'est le cas de l'indemnisation des frais professionnels, de la création de dispositifs d'épargne salariale ou encore de l'accompagnement de réorganisations de réseaux qui peuvent pourtant incarner des réalités différentes selon les organismes. Ce volontarisme explique que depuis 2015, 11 accords aient été conclus en moyenne chaque année, ce chiffre étant très supérieur à d'autres branches professionnelles. Seul le sujet de la RTT a fait exception, celle-ci ayant été mise en place par des accords locaux encadrés par une lettre ministérielle en raison du contexte de l'époque faisant suite au départ du Medef.

Si ce périmètre de négociation témoigne de la volonté d'équité de traitement entre les salariés et du souhait d'avoir une politique commune de ressources humaines, il se heurte néanmoins à la nécessité de négocier au plus près de l'organisme. C'est le cas des négociations portant sur la qualité de vie au travail, la GPEC ou les IRP.

Un accord de branche peut donner une impulsion et une orientation commune, à l'instar de l'accord relatif aux conditions de travail de 2012 ; mais c'est la réalité des problématiques à accompagner et la maturité des acteurs dans l'organisme qui permettront de progresser par la voie de la négociation sociale.

Devant cette réalité et compte tenu de la multiplication des obligations légales de négocier dans les entreprises, l'Ucanss depuis plusieurs années a fait le choix de porter à la négociation nationale des « accords cadre » plutôt qu'impératifs pour les organismes. La responsabilité sociale de l'employeur a été le premier accord selon ce modèle en 2011, donnant un cadre et une impulsion commune tout en renvoyant sa déclinaison à la négociation locale. Les organismes ont ainsi respecté leurs obligations de négocier (sur l'égalité professionnelle par exemple) tout en s'inscrivant dans une dynamique commune. Cette articulation a aussi permis aux employeurs de reprendre et adapter cet accord en fonction de leur maturité, considérant qu'un organisme de 2000 salariés n'aura pas les mêmes objectifs et marges de manœuvre qu'un organisme de moins de 200 salariés. Le développement du télétravail s'est fait selon ce même schéma : un accord national décliné localement en fonction des choix des partenaires sociaux (métiers éligibles, modalités pratiques), quand le socle des droits et garanties respectives des parties reste commun.

On constate depuis plusieurs années un développement sensible de la négociation locale. Environ 560 accords ont été examinés par le Comex en 2018, le même chiffre qu'en 2017 - quand ils étaient 47 en 2005. Les obligations légales et conventionnelles de négocier expliquent ce développement, comme la nécessité sur certains sujets d'accompagner le changement dans les organismes.

L'évolution récente du droit du travail interroge aujourd'hui notre modèle historique et les évolutions qui y ont été apportées. En effet, les ordonnances du 22 septembre 2017 modifient l'articulation entre les conventions collectives négociées au niveau de la branche et les accords d'entreprise en permettant de réserver certains thèmes au niveau national (dit bloc 1), de « verrouiller » certains thèmes (dit bloc 2) mais aussi de déroger aux accords nationaux sur les thèmes qui ne sont pas réservés à la branche. Se pose alors la question de la place que pourraient prendre les accords négociés dans les organismes sur les sujets laissés à l'entreprise, quand les partenaires sociaux nationaux ont utilisé toutes les possibilités offertes pour protéger le cadre conventionnel.

I.5/ Un modèle de gestion garant de l'autonomie des dirigeants locaux

La baisse des effectifs et la contrainte budgétaire ont réduit les marges locales. Il n'en demeure pas moins que le statut d'employeur est dévolu à chaque organisme de base. Les directeurs locaux exercent ainsi la plénitude des pouvoirs en matière de recrutement, d'avancement et de discipline. Le contrat de travail lie le salarié à l'organisme local et non à la branche ou à un régime hormis pour le réseau médical de l'Assurance maladie. Les principales dimensions de la fonction RH sont en conséquence à la main des directeurs.

L'ETPMA cible n'a en rien altéré la capacité de choisir ses collaborateurs, les former, les promouvoir ou les licencier. Localement, les politiques de ressources humaines mises en œuvre au cours de ces 20 dernières années ne peuvent se résumer à la maîtrise de la masse salariale, à la contrainte pesant sur les restitutions d'emplois ou à la déclinaison de politiques définies au niveau national.

La fonction RH constitue l'un des leviers dont les dirigeants locaux se sont emparés afin de tenir leurs objectifs de performance. La performance se décline sur plusieurs dimensions qui ont toutes à voir avec la gestion de nos ressources humaines.

La performance métier est au cœur de la stratégie locale. Dans un contexte en forte mutation, la gestion des ressources est fortement mobilisée pour relever de nouveaux défis : redistribution d'activités entre les organismes, intégration de nouveaux collaborateurs, évolution des métiers, transformation numérique...

La performance sociale est un autre sujet d'attention pour les dirigeants locaux. Chaque directeur souhaite impulser « sa » dynamique RH, respectueuse de la qualité de vie au travail de ses salariés.

Au regard des enjeux, la fonction « RH » est devenue une fonction stratégique qui doit inciter et accompagner les transformations culturelles, technologiques ou organisationnelles. En déclinaison des SDRH nationaux, beaucoup d'organismes se sont dotés de leur propre SDRH afin de promouvoir une démarche locale articulée à leur projet d'entreprise.

Pour beaucoup de directeurs, la gestion des ressources humaines reste un domaine réservé à préserver des tentatives de centralisation et d'homogénéisation trop fortes.

Le point d'équilibre n'est pas facile à trouver dans la mesure où les cultures de branche ne sont pas complètement identiques et les attentes des dirigeants locaux diverses, voire contradictoires.

L'intégration de plusieurs milliers de salariés en provenance du RSI, de mutuelles étudiantes ou d'organismes complémentaires témoigne de notre capacité à cadrer nationalement tout en impulsant localement une politique d'accueil attentionnée.

II- UN EMPLOYEUR À PART ENTIÈRE

La sécurité sociale est d'abord un employeur à part entière, confronté aux mêmes défis (1) que d'autres groupes privés ou publics, et au même besoin d'attractivité (2). Socialement responsable (3) et investissant largement dans la formation des salariés (4), elle doit conserver un modèle de gestion dynamique et ouvert - y compris en termes d'innovations RH et managériales (5) - afin de garantir une performance durable.

II.1/ Un environnement et des enjeux similaires à d'autres secteurs professionnels

Transformation numérique, renouvellement des attentes des usagers, évolution des compétences, mutation des organisations : l'institution connaît aujourd'hui une révolution multidimensionnelle qui invite l'employeur à repenser ses stratégies RH, dans un contexte plus général d'accélération des changements.

Ces transformations peuvent également être considérées comme une opportunité. A titre d'illustration, notre pyramide des âges engendre un niveau élevé de départs à la retraite qui autorise, même s'il est fortement encadré par l'ETPMA - cible, un volume d'embauches significatif. Pour l'année 2017 (atypique du fait de la fin des COG), le régime général a enregistré un pic historique de plus de 8000 embauches en CDI – et une moyenne supérieure à 5000 depuis 2015.

Ce renouvellement des effectifs est un levier RH, même s'il ne constitue qu'une réponse partielle à nos problématiques au regard de l'ampleur des évolutions. On assiste aujourd'hui à une transformation profonde de la nature du travail : réduction des tâches répétitives à quelques métiers ou services, automatisation des traitements simples, complexification des situations, émergence de nouveaux métiers, impacts de l'intelligence artificielle... Parallèlement, les organisations poursuivent leur mutation, qu'il s'agisse d'évolution des réseaux ou de mutualisations d'activités.

D'une façon plus générale, notre institution est confrontée à des enjeux forts de conduite du changement, qui n'épargnent aucun secteur d'activités. Ils concernent plus spécifiquement l'ensemble des managers. Mieux accompagner ces acteurs incontournables de notre réussite collective doit ainsi rester une priorité, tout en clarifiant le rôle protéiforme et délicat des managers de proximité.

Ces enjeux questionnent notre capacité à répondre à des problématiques d'apparence simple : qui recruter, comment, avec quelles compétences, sur quel métier, avec quelle formation ; comment préserver les savoirs et les transmettre ; comment accompagner nos salariés vers davantage de mobilité... ? Au-delà des incertitudes et des contraintes exogènes, notre outillage institutionnel et nos moyens de pilotage peuvent parfois s'avérer inadaptés à la prégnance des enjeux. Pourtant, des progrès considérables ont déjà été accomplis au sein du Régime général.

L'employeur investit aujourd'hui dans la fonction d'observation en plein essor dans les réseaux et en interbranche avec la création, le 1^{er} janvier 2018, de l'Observatoire des Métiers institutionnel – en complément des travaux menés dans le cadre paritaire. Sa première étude longue portera sur l'impact de l'automatisation des tâches et du traitement de flux entrants. Cet outil commun permettra de documenter les stratégies GPEC institutionnelles, notamment au sein des bassins d'emplois, tout en facilitant demain la construction d'aires de mobilité entre les réseaux.

II.2/ Un employeur qui doit renforcer son attractivité

Entre 2016 et 2017, plus de 15000 salariés ont été recrutés. La Sécurité sociale se transforme depuis de nombreuses années mais les évolutions à venir risquent d'être plus importantes, ce qui implique d'attirer des expertises rares. Par ailleurs, sans

doute doit-on renouveler notre politique de recrutement en faveur de salariés jeunes, l'âge moyen du recrutement ne cessant d'augmenter, pour se situer désormais à 33 ans.

Pour s'entourer des compétences nécessaires à nos transformations, il nous faut être un employeur attractif. La Sécurité sociale a développé sur la période récente des actions de communication de marque représentant de plus en plus un levier central de la communication des institutions. Elle permet à la fois d'afficher une promesse concrète (des besoins de recrutement) et de communiquer sur les valeurs d'une institution, son histoire, son fonctionnement, les femmes et les hommes qui la composent.

Cette évolution est également liée à celle des pratiques RH. Là où la communication RH visait auparavant à accompagner les démarches de paie/recrutement/formation, elle doit aujourd'hui favoriser l'intégration des salariés dans leur poste, développer le bien-être au travail, montrer l'engagement à lutter contre les discriminations, favoriser l'employabilité, etc. Soit autant de discours de communication qui nourrissent l'image d'une institution, tout simplement, et pas seulement son image employeur.

Les études montrent que si l'institution est connue et appréciée des Français, elle n'est pas véritablement comprise dans son fonctionnement (la complémentarité des branches par exemple). Elle est surtout peu identifiée comme une structure moderne, dynamique et attractive. A l'heure d'une évolution profonde dans le rapport au travail, notamment dans la volonté accrue de donner du sens à sa carrière, la Sécurité sociale a l'opportunité de tenir un discours fort, en phase avec ces nouvelles aspirations.

Au service de ces ambitions, le site de recrutement *lasecurecrute* a été totalement rénové ; un partenariat a été conclu par de nombreux organismes avec la startup *Myjobglass* qui permet de mieux faire connaître aux étudiants nos métiers par un contact direct avec nos salariés transformés en « ambassadeurs ». La création de pages dédiées à la Sécurité sociale ou la présence des organismes sur les réseaux sociaux contribue aussi à développer notre visibilité.

Pour renforcer notre attractivité, il faut également moderniser notre cadre conventionnel. Des négociations récentes attendues et perçues positivement par les salariés (télétravail, mise en place d'un perco avec un abondement de l'employeur, amélioration des prestations de prévoyance -invalidité et décès- et des garanties du régime frais de santé) ont développé des éléments de rémunération indirecte. Trois négociations centrales sont au programme des partenaires sociaux en 2019. Il s'agit de la renégociation des trois classifications, dont celle des employés et cadres².

II.3/ Un employeur socialement responsable

Depuis la mise en œuvre du premier plan cadre développement durable, qui date de 2007, le régime général n'a cessé de renforcer et d'accentuer sa politique de responsabilité sociétale. Elle trouve un écho dans les valeurs inhérentes à nos missions de service public, et correspond à de réels besoins. Elle est ainsi un élément central d'attractivité et de motivation des salariés.

² Elle vise notamment les objectifs suivants : simplifier le système en envisageant la fusion des 4 grilles pour le rendre plus lisible et donc plus compréhensible, revaloriser les niveaux d'embauche, en particulier pour les cadres, afin de permettre d'attirer des experts et des managers nécessaires à la modernisation et à la performance de la Sécurité sociale, redonner des perspectives de progression professionnelle aux employés (niveaux 3 et 4) et augmenter les plages d'évolution salariale.

S'agissant du domaine de la santé et des conditions de travail, le régime général s'inscrit dans une démarche paritaire ambitieuse. Elle a été concrétisée par l'accord du 16 novembre 2012 qui a acté, d'une part, la mise en œuvre immédiate d'outils tels que la cellule d'écoute aujourd'hui accessible à tous les salariés et, d'autre part, la création de la Commission nationale santé, sécurité et conditions de travail. Cette instance paritaire permet notamment de suivre les nombreuses réalisations et expérimentations portées par les plans d'actions nationaux des réseaux, déclinés localement. Si la cohérence de ces 3 niveaux de conception et d'intervention (local, de branche et d'interbranche) peut sembler complexe à atteindre, ils offrent un terrain propice à l'initiative locale, dans des domaines présentant des enjeux communs à tous les organismes, tels que la lutte contre les incivilités, la prise en compte de la gestion du stress, la prévention du risque routier, ou encore la lutte contre les addictions.

La Commission Paritaire Santé a souhaité bâtir un tableau de bord de la performance sociale qui permet de suivre chaque année l'évolution d'une trentaine d'indicateurs³.

Tableau de bord de la performance sociale, baromètre social institutionnel, enquêtes QVT... ces outils de mesure et d'observation, qui nous éclairent, nous amènent aussi à nous interroger. Ainsi, peut-on s'en tenir à une satisfaction globale à l'égard de son travail qui « stagne », globalement, entre 59 et 65 %, là où les standards français s'établissent à 79 %, ou bien doit-on en faire un sujet de préoccupation pour l'employeur ? La réponse est dans la question, bien sûr. Mais au-delà du constat...agir n'est pas simple, et il n'est pas de réponse évidente, si ce n'est une approche pragmatique, multiforme, à la fois durable et en perpétuel renouveau.

Autre composante de notre stratégie d'employeur responsable, la politique en faveur des personnes en situation de handicap a connu une progression remarquable. Depuis 2016, la Convention signée avec l'Agefiph a permis d'accentuer la mobilisation collective, notamment incarnée par le réseau des référents territoriaux. A la faveur de l'amélioration du taux d'emploi légal (7.61 % en moyenne en 2017), la contribution versée à l'Agefiph a significativement diminué. Pour autant, l'engagement de l'employeur doit s'inscrire dans la durée tout en se renforçant dans un contexte de nombreux départs à la retraite de salariés en situation de handicap dans les années à venir.

II.4/ Un fort investissement dans les politiques de formation

L'institution est confrontée à la résolution d'une équation complexe : former ses salariés au regard de ses besoins actuels et futurs en leur offrant des perspectives de développement professionnel, le tout sans dégrader son service et en maîtrisant ses coûts.

Si l'enjeu est classique, la réponse apportée l'est moins. Ainsi, le régime général a choisi de s'appuyer sur des opérateurs institutionnels de formation : l'EN3S, dont l'offre est principalement dédiée aux formations des agents de direction et managers stratégiques, et l'Institut 4.10, créé le 1^{er} janvier 2016. Nous avons également fait le choix, après avoir longtemps financé des formations sans se préoccuper de

³ Indicateurs choisis du BSI, niveau d'accès aux dispositifs de formation, développement du télétravail, absentéisme courte durée et turnover, le nombre de jours non travaillés pour fait de grève, ou encore mobilisation de la cellule d'écoute et motifs d'appels

leur reconnaissance, d'investir dans la certification des compétences, au travers de la création de 7 Certificats de Qualification Professionnelle, qui ont permis au Régime général de certifier plusieurs milliers de salariés tout en mobilisant les fonds de la professionnalisation, qu'il s'agisse des périodes ou des contrats de professionnalisation.

En complément de la mobilisation des fonds légaux, l'existence d'un plan conventionnel, autre choix spécifique de notre branche professionnelle, permet de porter le niveau de mutualisation des fonds à 1.15 % de la masse salariale brute (soit près de 60 millions d'Euros pour 2017). Cette mutualisation vient renforcer un niveau général d'investissement de l'employeur bien supérieur, puisque les dépenses globales de formation de l'institution s'élèvent en moyenne à 5 % de la masse salariale.

Soutenir cet investissement dans les années qui viennent ne sera pas un exercice aisé. Alors que les besoins seront extrêmement importants (accompagnement de la transformation des métiers et des organisations, nouvelles missions et diversification des services, effets de la transition démographique, intégration de personnels...), une révolution est devant nous, avec la réforme de la formation professionnelle, engagée en septembre 2018, dont l'ambition est de réorienter les fonds vers les personnes éloignées de l'emploi et les moins qualifiées. Cette réforme nous bouscule et réinterroge notre politique d'alternance.

Si cette réforme constitue un risque, nous ne sommes pas totalement démunis pour y faire face. Des outils pourront être utilement mobilisés : contrats de professionnalisation, mobilisation du compte personnel de formation, développement de la Formation Ouverte et à Distance (FOAD), ou encore modularisation des formations permettant non seulement de prioriser les modules les plus utiles au salarié (et donc d'étaler les dépenses dans le temps), mais aussi faciliter les passerelles entre les métiers.

II.5/ Une forte capacité à porter des innovations RH et managériales

Le Régime général a démontré au cours de ces dernières années sa capacité à innover. Les prix gagnés par des organismes en la matière, ou encore les logiques d'émulation et d'appui à l'innovation mises en place au niveau national⁴ en témoignent.

Le premier appel à projets du LAB RH institutionnel, lancé en février 2018 sur le renouvellement des politiques d'évaluation des salariés, a suscité 24 candidatures et permis d'accompagner 4 organismes dans la modélisation d'outils locaux axés sur l'autoévaluation, le feed-back régulier, les objectifs collectifs et les retours clients. Un bilan complet est prévu en 2019, ainsi qu'une recherche-action de l'EN3S. D'ores et déjà l'année écoulée démontre à quel point l'adaptation de la posture des dirigeants et de l'encadrement est un élément central de la réussite des évolutions.

Dans ce domaine, le Régime général a des points d'appui : 80 % des salariés estiment que leur manager leur fait confiance, 74 % qu'il est disponible⁵... mais ils ont également des attentes fortes en termes de reconnaissance personnelle et d'écoute par la hiérarchie.

⁴ CAF LAB de la branche famille, Chaudron au sein de la branche recouvrement, LAB RH et LAB Numérique en interbranche

⁵ Chiffres issus du BSI

On peut également relever un faible niveau de mobilité de nos collaborateurs, donc des risques d'usure de fait plus importants que dans d'autres secteurs. On évoque aussi souvent la lutte contre l'absentéisme de courte durée dans les politiques RH. Un autre phénomène tout aussi coûteux, quoique moins mesurable, doit nous préoccuper, le désengagement professionnel. Comment réussir à maintenir dans le temps la motivation et l'investissement professionnels ?

Dans le contexte plus général d'évolution de la relation de travail et d'arrivée de générations nouvelles, un renouvellement des modèles managériaux et du principe hiérarchique est aujourd'hui incontournable. Nous devons notamment prendre en considération la nécessité de mieux associer les salariés, de solliciter leur avis, de leur laisser une part réelle d'autonomie (aujourd'hui, seuls 31 % des salariés estiment que la Direction prend en compte leur expression et leur avis⁶). Même si cela peut sembler parfois dur à concilier avec les exigences de formalisation des procédures ou l'utilisation d'outils structurant davantage le travail. Le chemin n'est pas simple, mais il sera payant : la ressource et l'intelligence collective sont aussi des facteurs de performance ...

Faut-il pousser plus loin l'intégration du local dans le national ?

Cette volonté de nationaliser les politiques RH est une tentation toujours présente dans la tête des dirigeants, qu'ils soient locaux ou nationaux.

Celle de l'État qui loue l'efficacité de notre modèle de gestion tout en encourageant l'homogénéisation et l'encadrement des pratiques.

Celles des caisses nationales qui s'interrogent parfois sur certaines décisions locales susceptibles de les fragiliser juridiquement, économiquement ou socialement en termes de gestion de réseau.

Celles de certains directeurs locaux qui réclament toujours plus de règles nationales tout en revendiquant une plus grande autonomie.

Celles aussi des organisations syndicales nationales qui souhaitent élargir le périmètre de la négociation avec l'Ucanss afin de « sanctuariser » les dispositions de la Convention collective.

Celle enfin de la Cour des comptes qui, dans son rapport de septembre 2016, souhaitait confier à l'Ucanss la « direction des ressources humaines des principales institutions de Sécurité sociale que sont le Régime général, la MSA et le RSI ».

Dans ce contexte d'attentes contradictoires, la responsabilité des dirigeants est de définir le modèle qui permettra à la Sécurité sociale de poursuivre sa transformation, et de devenir un employeur attractif et reconnu. Cela ne pourra se faire que par la mobilisation de tous dans un esprit de coopération et de responsabilité. A nous d'écrire cette nouvelle page dans les prochaines années !

⁶ Chiffre issu du BSI

Le métier d'agent de direction à la sécurité sociale : entre singularités et exigences communes pour tout dirigeant¹

Par **Christophe BEAUDOUIN**, Directeur adjoint de l'EN3S



Christophe BEAUDOUIN est directeur-adjoint de l'Ecole nationale supérieure de la sécurité sociale (EN3S). Il a été précédemment directeur de la Caf de Haute-Loire et sous-directeur à l'Urssaf de la Loire, en charge du centre national du Chèque emploi service.

La Sécurité Sociale est un objet à part dans le champ des services publics. Constituées en réseaux d'organismes de droit privé, les caisses de Sécurité Sociale des régimes de base obligatoire² gèrent un budget annuel de 477 milliards³, supérieur d'une fois et demie à celui de l'État. Les 181 429 collaborateurs des organismes⁴ sont en conséquence des salariés de droit privé. Leurs dirigeants au nombre de 2389 (1.3 %) sont recrutés et formés à l'Ecole Nationale Supérieure de la Sécurité Sociale (EN3S). L'organisation de la sécurité sociale - issue de l'ordonnance du 4 octobre 1945 et du règlement d'administration publique du 8 juin 1946 - trouve ses racines dans les principes mutualistes et du paritarisme avec une présence de l'État dès les origines.

L'action des partenaires sociaux au sein des conseils d'administration locaux, couplée à un pilotage des réseaux par des caisses nationales à la qualité d'établissements publics soumis à la tutelle de l'État confère un caractère très particulier au métier de dirigeant d'un organisme de Sécurité Sociale de droit privé (I). Les compétences attendues du dirigeant sont celles à la fois d'un entrepreneur privé et d'un développeur de politiques sociales (II). L'EN3S constitue un point de passage obligatoire pour accéder à terme à une fonction d'agent de direction. La formation tout au long de la vie incluant formation initiale et continue s'avère déterminante pour accompagner la transformation du service public de la Sécurité Sociale que les équipes dirigeantes doivent porter (III). Si le métier de dirigeant à la sécurité sociale présente certaines spécificités, il n'en reste pas moins que les besoins en termes de mobilités et de diversité du recrutement le rapproche des autres corps de dirigeants de la fonction publique (IV).

1 Devenir cadre dirigeant – Un parcours à construire – Presses de l'EHPSP

2 Les régimes de base de droit commun englobent le régime général des salariés (Cpam, Caf, Carsat, Urssaf), le régime agricole, (la Mutualité sociale Agricole pour les salariés et exploitants agricole) et le régime des travailleurs non-salariés (le RSI jusqu'au 31 décembre 2017).

3 Dépenses des régimes obligatoires de base – Tableau d'équilibre – PLFSS 2018.

4 Cahier des ressources humaines du régime général, de la Msa et du Rsi – n°11 – Juin 2017 – DSS. P3

I- LE CARACTÈRE SPÉCIFIQUE DU MÉTIER DE DIRIGEANT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Sont traditionnellement désignés agents de direction les collaborateurs des organismes de Sécurité sociale qui assument des fonctions dirigeantes : directeur, agent-comparable, directeur adjoint, secrétaire général, sous-directeur en charge d'un secteur déterminé...La taille des équipes dirigeantes varie bien naturellement en fonction de celle des organismes, mais toute caisse compte au moins à sa tête un directeur et un agent comptable⁵. L'un et l'autre ont le statut de cadre dirigeant au sens des critères du code du travail : indépendance dans l'organisation de leur temps de travail, pouvoir autonome de décision, niveau de rémunération parmi les plus élevés⁶. Les autres agents de direction relèvent le plus fréquemment du dispositif de cadre au forfait mais ils peuvent aussi se voir reconnaître le cas échéant le statut de cadre dirigeant du fait des modalités d'exercice de leurs missions.

Les agents de direction disposent d'une convention collective propre qui précise entre autres les niveaux de rémunération selon une classification croisant fonction occupée et taille de l'organisme. L'accès à un poste d'agent de direction est encadré. Il est conditionné par une inscription préalable sur une liste d'aptitude, elle-même divisée en trois classes selon la nature du poste occupé : L1 pour les postes de directeur de très grands organismes ou chefs de projets stratégiques, L2 pour tous les postes de directeurs autres que L1 et L3 pour l'ensemble des postes d'agent comptable, directeur-adjoint et sous-directeur.

L'inscription en L3 est automatique pour les élèves et stagiaires en sortie de l'En3s. Le passage d'une classe à l'autre obéit à des critères de mobilité (passage dans une autre branche ou régime de sécurité sociale) et d'exercice minimal. Il est soumis à l'avis d'une commission qui se prononce à partir d'une analyse croisée sur les compétences de la personne. L'évaluation est portée à la fois par la caisse nationale du réseau dont relève l'agent de direction, le représentant de l'État (la mission nationale de contrôle)⁷ et un centre d'évaluation extérieur spécialisé. L'inscription dans une classe est valable six ans.

Le développement de la fonction dirigeante est étroitement lié à sa professionnalisation engagée dans les années 60 et à la sanctuarisation de prérogatives propres au directeur⁸ au détriment du conseil d'administration et des partenaires sociaux.

Le directeur et l'agent comptable occupent une place bien particulière parmi les agents de direction. Le directeur endosse la pleine responsabilité d'un employeur avec tout ce que cela signifie en termes de responsabilités civiles et pénales : il a seul autorité sur le personnel de sa caisse, préside le comité d'entreprise et le CHSCT, représente l'organisme de plein droit dans tous les actes de la vie civile, soumet chaque année les projets de budget au conseil. La fonction d'agent comptable ressortit à la séparation ordonnateur-comptable qui constitue l'une des marques de type régalien dans un environnement de droit privé. La dénomination d'agent comptable n'est pas en soi très lisible pour des non-initiés. Pour autant, l'agent comptable placé sous

⁵ Loi n°50-1045 du 22 août 1950.

⁶ Art L.3111-2 du code du travail.

⁷ La MNC est rattachée à la direction de la sécurité sociale (DSS). Elle est composée de 8 antennes régionales.

⁸ Décret n°60-452 du 12 mai 1960.

l'autorité administrative du directeur établit le compte financier de l'organisme. Il se rapproche en un sens d'un directeur financier mais il reste personnellement et pécuniairement responsable des opérations effectuées. Son rôle dépasse le champ de la comptabilité et s'étend aujourd'hui à la certification des comptes, à la maîtrise des risques et aux politiques de contrôle.

Les directeurs-adjoints ou sous-directeurs sont recrutés sur la base d'un appel à candidature publié dans une bourse des emplois *ad hoc*. Comme pour toute embauche d'un collaborateur, le choix est effectué par le directeur de la caisse qui a déclaré le poste vacant. Concernant les directeurs et agents comptables, le processus de recrutement est différent et illustre au fil des décennies la prééminence de la caisse nationale dans un champ réservé jadis aux conseils d'administration et fortement marqué par les influences syndicales. Les candidatures sont analysées par un comité - le comité des carrières - présidé par un inspecteur général des affaires sociales et composé des directeurs de caisse nationale, du directeur de l'En3s, du directeur l'Ucanss⁹ et de la cheffe de la Mission Nationale de Contrôle¹⁰ représentant le Ministère des solidarités et de la santé. Le comité vérifie l'adéquation du profil des candidats au contexte du poste et prononce un avis sur la base d'une évaluation par un cabinet extérieur et par la caisse nationale de leur réseau d'appartenance. Seule la mise en adéquation totale ou partielle d'un candidat autorise sa nomination. C'est ensuite le directeur de la caisse nationale qui choisit parmi les candidats le ou la futur(e) directeur (trice) ou agent comptable et procède à sa désignation après consultation du conseil d'administration de la caisse au sein de laquelle le dirigeant prendra ses fonctions. Autrefois habilité à choisir parmi trois noms, le conseil d'administration n'a plus que la possibilité de rejeter le candidat proposé à la majorité des deux tiers. Le directeur et l'agent comptable nouvellement désignés sont soumis à une procédure d'agrément mise en œuvre sur les six premiers mois par la mission nationale de contrôle (rattachée à la direction de la sécurité sociale) et représentante de l'État.

Le code de la sécurité sociale précise que *les directeurs et agents comptables sont salariés de l'organisme*¹¹ dans lequel ils officient alors même qu'ils sont nommés par le directeur de la caisse nationale et que celui-ci est seul habilité à mettre fin à leur fonction. Il s'agit là d'une ambiguïté qui a pu amener la Cour des comptes à préconiser un rattachement direct des directeurs à leur caisse nationale. Une évolution de ce type ne serait pas sans incidences nonobstant les effets juridiques. Elle n'aurait pas nécessairement de vertu « responsabilisante » alors que l'efficacité dirigeante réside dans une action décentralisée et une articulation bien comprise entre le local et le national. Elle pourrait potentiellement déposséder pour partie les dirigeants de ce qui constitue l'intérêt de leur métier, à savoir leur rôle d'employeur de plein exercice et de régulateur des relations sociales au plus près du terrain. Il n'en reste pas moins que le directeur jouit d'une autonomie relative dont le cadre se construit à travers un processus de contractualisation négocié avec la caisse nationale. Le paradoxe d'un positionnement à la fois autonome et encadré par une stratégie définie au plan

⁹ UCANSS : Union des caisses nationales de sécurité sociale. Elle exerce pour le compte des caisses nationales des tâches qui leur sont communes (gestion RH, négociation des conventions collectives, formation des personnels...).

¹⁰ Les compétences des agents de direction des organismes de sécurité sociale – Horizon 2000-2005 - Rapport Michel Bauer – 1996.

¹¹ Art L.217-3 du code de la sécurité sociale : les directeurs et agents comptable sont salariés des organismes dans lesquels ils exercent leur mission.

national donne toute sa spécificité à la fonction de directeur qui ne peut faire au final de sa caisse sa petite entreprise au mépris d'une logique de réseau impliquant une part d'homogénéisation pilotée par le national.

A ce titre, d'aucuns y décèlent dans ce mode de relation local – national une forme virtuelle de co-employeur à l'instar des relations entre une maison-mère et ses filiales.

II- VERS UN NOUVEAU RÉFÉRENTIEL DE COMPÉTENCES ?

Les compétences attendues d'un agent de direction participent de la vision que l'on se fait de ses missions.

Elles ont été structurées pour la première fois en 1996 à partir d'une analyse réalisée par Michel Bauer, directeur de recherche au CNRS¹². Ce dernier avait identifié quatre composantes principales constitutives du métier de dirigeant : une composante entrepreneuriale, métier, managériale et partenariale. La dimension entrepreneuriale renvoyait à la capacité du dirigeant de porter des stratégies de développement et d'innovation par l'expérimentation et l'écoute de son environnement (logique de marketing social et de segmentation des publics). La composante « métier », jadis très juridique, visait l'émergence d'une fonction de régulateur d'une production de plus en plus automatisée et partagée avec l'utilisateur (logique de *servuction*). La composante managériale s'intéressait à l'action du dirigeant en faveur du développement des compétences de ses collaborateurs dans une dynamique du changement de plus en plus fréquent et rapide. Enfin, la composante partenariale relevait l'exigence pour le dirigeant d'un travail en réseaux et en coopération avec des acteurs tant internes (ex : son conseil d'administration) qu'externes (élus, pouvoirs publics, associations,...). Dès 1996, l'analyse de Michel Bauer mettait en évidence un double mouvement de fond qui s'est confirmé au fil des ans : d'une part, une pression croissante des usagers, des pouvoirs publics et des caisses nationales et d'autre part, le passage pour les dirigeants d'une légitimité technique fondée sur la norme juridique à une légitimité de type managérial et stratège, fondée davantage sur le résultat et le leadership.

La réflexion (travaux de la mission Morel) lancée en 2013 et relative à la dynamisation de la carrière des agents de direction a débouché sur un ajustement partiel du cadre initial. A présent, les compétences des agents de direction sont appréciées dans cinq domaines : les compétences stratégiques, les compétences liées à l'entrepreneuriat et à l'innovation, les compétences liées à la maîtrise de l'environnement de la sécurité sociale, les compétences managériales et les compétences liées aux synergies partenariales et institutionnelles. Ce cadre de référence est systématiquement utilisé pour l'évaluation des dirigeants dans l'exercice de leur fonction, pour leur inscription sur l'une des classes de la liste d'aptitude et à l'occasion d'une candidature sur un poste de directeur ou d'agent comptable. À chaque fois, le dirigeant est invité à illustrer par des actions probantes la maîtrise des compétences requises.

Sur les 25 dernières années, le sujet du financement de notre modèle de Sécurité Sociale est devenu toujours plus prégnant. Les tensions sur les ressources et la pression relative à l'absorption des charges de production ont accentué considérablement

¹² Les compétences des agents de direction des organismes de sécurité sociale – Horizon 2000-2005 - Rapport Michel Bauer – 1996.

la dimension de « gestionnaire » du dirigeant. L'importance des objectifs et des résultats s'est traduite par le développement d'indicateurs de performance autorisant des classements individuels entre caisses. Cela étant, le point d'équilibre est censé se jouer entre un cœur de métier toujours centré sur la régulation d'une production et le principe de conformité (distribuer des droits ou opérer des prélèvements conformément à la norme en vigueur) et une fonction d'investisseur social en situation de décliner une politique publique nationale sur un territoire donné et de créer les conditions d'une efficacité accrue d'une dépense sociale (exemple : comment mieux consommer et mieux distribuer les soins ?).

Compte tenu de la pression sur le service rendu à l'usager, la propension est d'évaluer prioritairement la performance du dirigeant d'une caisse à l'aune de l'atteinte d'objectifs quantitatifs de production et de relation-client. Le tout renforcé et encouragé par un intéressement collectif et une logique de prime variable adossés aux résultats de l'organisme. Au-delà de ces compétences de gestionnaire, il est aussi attendu d'un dirigeant qu'il soit en capacité à la fois de contribuer à l'adaptation continue du service public de la sécurité sociale en faisant preuve d'innovation dans un environnement sous fortes contraintes (cela peut passer par le développement de nouveaux services à des segments d'assurés) et de promouvoir le sens et les valeurs de notre système de protection sociale dans une démarche de responsabilité citoyenne de l'agent de direction.

En 2013, la réflexion engagée sur la dynamisation de la carrière des agents de direction (travaux de la mission Annick Morel) a débouché sur un ajustement partiel du cadre initial. Cinq domaines de compétences furent identifiés en appui de l'évaluation des cadres dirigeants : compétences stratégiques, compétences liées à l'entrepreneuriat et à l'innovation, compétences liées à la maîtrise de l'environnement de la sécurité sociale, compétences managériales et compétences liées aux synergies partenariales et institutionnelles. Pour la première fois, la dimension innovation faisait son apparition.

Début 2018, l'Ucanss a lancé un nouveau chantier relatif à la rénovation des attendus de la fonction d'agent direction pour tenir compte des transformations de l'environnement métier : transition digitale, évolutions des réseaux des caisses, développement de nouvelles pratiques collaboratives, prégnance et intérêt marqué pour les dimensions liées à l'innovation. La réflexion engagée a mobilisé une centaine d'acteurs et elle s'est appuyée sur des regards extérieurs et un questionnaire auquel 61 % du public des agents de direction ont répondu.

Aux cinq domaines de compétences issus de la « grille Bauer » s'est substituée une vision circonscrite à trois enjeux : l'agent de direction, porteur de la performance opérationnelle, économique et sociale, l'agent de direction porteur des transformations, et l'agent de direction porteur de l'ouverture sur l'extérieur.

Cette nouvelle vision ne se sépare pas naturellement des composantes majeures du dirigeant : les dimensions managériales et partenariales y demeurent largement, mais le poids relatif des compétences se modifie au profit du leadership et des capacités à anticiper des évolutions, à mesurer leurs impacts, à conduire des projets de transformations, à mettre en œuvre des pratiques professionnelles innovantes, à construire des coopérations internes et externes, et à être un ambassadeur du service public de la sécurité sociale et de ses valeurs.

Ce dernier item fait écho au 70^e anniversaire des ordonnances des 4 et 19 octobre 1945, lequel a révélé l'intérêt de développer une culture citoyenne et républicaine de la sécurité sociale auprès notamment des jeunes. En effet, il appartient au dirigeant de s'impliquer dans des programmes de vulgarisation et de promotion de la sécurité sociale comme élément de la cohésion sociale. Faire comprendre la sécurité sociale, l'expliquer auprès des jeunes comme du grand public sans en réduire le fonctionnement à des truismes simplistes, voire même l'enseigner, c'est pour le dirigeant le moyen de donner sens à son action et de créer par une pédagogie active les conditions d'une adhésion à un système où la confiance compte autant que la performance du service rendu.

III- L'EXIGENCE DE LA FORMATION TOUT AU LONG DE LA VIE

Un nouveau regard sur le métier d'agent de direction ne sera pas sans conséquences sur le processus de formation de la ressource dirigeante. L'En3s, en charge de la sélection et de la formation, a déjà intégré dans son offre de formation des éléments en phase avec les exigences de l'innovation et de la promotion de la sécurité sociale.

En moyenne, chaque année, selon des voies d'accès différenciées, l'En3s recrute et forme¹³ sur une période de 15 à 18 mois 84 personnes pour exercer les fonctions d'agent de direction. Le nombre de places ouvertes aux concours et sélection est fonction d'une estimation des besoins en agent de direction calculée selon les départs potentiels à la retraite et le taux de remplacement envisagé par chaque caisse Nationale. La formation initiale de l'En3s est étroitement corrélée aux compétences attendues d'un agent de direction. Elle épouse à plein le cadre de référence des compétences. Alternant stages pratiques et enseignements théoriques, elle s'articule autour de trois axes : déployer les politiques publiques sanitaires et sociales, assurer la performance de gestion d'un organisme en interface partenariale avec des organisations extérieures, et acquérir la posture de dirigeant au plan personnel et éthique. Au titre de ce dernier objectif, chaque élève bénéficie, tout au long de son cycle, d'un accompagnement personnalisé par un référent institutionnel. La formation des élèves aux enjeux du bien-être au travail complète à dessein ce travail sur la posture individuelle, tout particulièrement dans la perspective d'une fonction managériale.

Conformément à l'objectif de ne pas faire seulement des élèves de brillants gestionnaires agissant en conformité d'orientations stratégiques nationales, l'école organise un temps dédié à l'innovation avec *les trophées de l'innovation*. Sur une semaine, les élèves doivent développer un projet selon une approche de type *design thinking*. L'exercice vise à démontrer qu'il est possible d'innover dans un contexte à priori jalonné de contraintes de toute nature. Le schéma pédagogique de l'exercice est construit avec la coopération de designers et l'appui de jeunes *Start-up*. Autre élément de la scolarité en appui de la vision stratégique du dirigeant : les recherches-actions. Les élèves se voient confier par groupe un thème de réflexion sur une politique sociale ou managériale. Là aussi l'exercice vise à pousser les élèves à penser la matière qui sera demain le terrain de leur action. La recherche menée se veut pragmatique et doit déboucher sur des préconisations pouvant nourrir la réflexion de l'action publique.

¹³ L'En3s n'a pas de corps enseignant permanent. Elle sollicite annuellement 950 intervenants pour ses activités de formation initiale et continue.

Dernier élément de la scolarité en phase avec le dirigeant promoteur de la sécurité sociale : la participation des élèves à des Journées Portes Ouvertes (JPO). Depuis six ans, les élèves contribuent à l'animation des journées portes ouvertes préparées avec les onze organismes ligériens de sécurité sociale et les caisses nationales (en 2018). Cet événement accueille plus de 1200 personnes dont 700 lycéens au sein d'un village-sécu. Il est un moment de pédagogie citoyenne. Il est destiné à leur montrer de façon ludique voire décalée comment la sécurité sociale accompagne chacun d'entre nous tout au long de la vie et se révèle un service public moderne et innovant.

La formation continue des agents de direction reste un défi à part entière. L'activité de la formation continue enregistre 6000 à 8000 participations annuelles dont 50 % sont des cadres supérieurs. Le constat reste que les agents de direction se forment trop peu. La contrainte du temps est assez souvent évoquée. À l'occasion de la signature de sa deuxième convention d'objectifs et de gestion (COG 2017-2020), l'école s'est donné pour objectif de porter une obligation de formation pour les agents de direction. A titre d'exemple, toute personne qui viserait un poste de directeur ou d'agent comptable ou demanderait son inscription ou sa réinscription sur l'une des classes de la liste d'aptitude devrait justifier le suivi de cinq jours de formation au cours des trois dernières années. Le principe de l'obligation ne saurait néanmoins constituer la seule réponse à l'exigence de formation. Le contenu de l'offre de formation¹⁴ est tout aussi déterminant. L'Ecole a fait le choix depuis quelque temps de proposer des cycles dédiés au bénéfice de publics spécifiques. Elle propose ainsi le cercle des directeurs qui sur un format court d'une journée et demie permet à des dirigeants de caisses de partager entre pairs des préoccupations communes (le leadership, les négociations complexes...). Autre exemple de formations dédiées : le cycle SNDR (Stratégie Nationale de Dynamisation des Réseaux). Créé il y a une dizaine d'années, ce cycle s'adresse à des agents de direction confirmés que les réseaux des caisses nationales identifient avec un potentiel d'évolution important. Ce cycle de 23 jours propose des clés de compréhension de l'environnement politique, économique et institutionnel ainsi qu'une vision prospective des impacts des mutations organisationnelles sur le rôle de dirigeant. Interbranches et inter-régimes, le dispositif est un lieu unique de réflexion et d'échanges. Plus des deux tiers des stagiaires connaissent une évolution professionnelle à l'issue du cycle et un tiers d'entre eux accède à un premier poste de directeur.

Les résultats du questionnaire adressé début 2018 aux agents de direction ont révélé plusieurs attentes concernant : tout d'abord les modalités de la formation avec des souhaits en termes de coaching, d'échanges entre pairs, de tutorat et de co-développement, et ensuite la structure même de l'offre qui pourrait prendre davantage la forme de parcours à la main de l'intéressé et conçus sous forme de briques de compétences.

14 Accès à l'offre de formation continue : www.en3s.fr

IV - MOBILITÉ ET DIVERSITÉ : UNE EXIGENCE PARTAGÉE AVEC D'AUTRES CORPS DE DIRIGEANTS

Nonobstant des conditions spécifiques d'exercice évoquées plus haut, les dirigeants de la sécurité sociale partagent des préoccupations semblables à leurs homologues du secteur de la fonction publique.

Les attendus repérés dans les référentiels de directeur général de service d'une grande collectivité ou de directeur d'hôpital illustrent les mêmes exigences en termes de valeurs, d'engagements, d'innovation, de performances et d'exemplarité propres à la gestion d'un service public.

Les aspirations à des mobilités hors de son corps ou de sa communauté d'origine sont aussi largement partagées. Si en moyenne 50 % des agents de direction ont changé une fois de poste dans les dix dernières années, les mobilités hors sécu sont beaucoup plus rares. Le champ des ARS est potentiellement un terrain de mobilités pour des agents de direction sécu mais il reste sans doute insuffisamment exploité et valorisé. Les mobilités ailleurs qu'en ARS sont très souvent le fait de trajectoires personnelles gérées dans le cadre d'un détachement prévu par l'article 7 de la convention collective des agents de direction. Faut-il en déduire que la sécurité sociale enferme ? Pas plus qu'ailleurs en tous les cas. Par comparaison, les mobilités inter-fonctions publiques ne semblent guère plus dynamiques malgré le dénominateur commun de la fonction publique. Dans le rapport annuel de l'état de la fonction publique de 2017, il est indiqué que le taux de mobilité entre fonctions publiques reste inférieur à 1 %. La proportion des directeurs d'hôpitaux en position de détachement est estimée à 10 %. « *Mais cette mobilité reste très faible entre fonctions publiques et rares sont les directeurs d'hôpitaux en position de détachement au sein des autres fonctions publiques.* »¹⁵

Les différences de statut au sein même de la fonction publique constituent autant de freins à cette mobilité. Il n'en reste pas moins que la mobilité des agents de direction hors de la sphère sécu demeure un enjeu, tant du point de vue de la motivation que de l'intérêt d'organiser des allers-retours entre secteurs professionnels dans une logique d'employabilité durable et d'enrichissement continu. Le dialogue entre dirigeants d'horizons différents représente un gage de performance des services publics obligés de coopérer de plus en plus au titre de la mise en place de stratégies de parcours pour les usagers-citoyens. L'évolution des réseaux de sécurité sociale a réduit le nombre de directeurs de plein exercice et le développement de fonctions transverses et matricielles va se poursuivre. Ces changements nécessitent une adaptation des formations pour répondre à des besoins en termes d'expertises de haut niveau dans des structures de grande taille comme elles obligeront à multiplier les mobilités entre des univers différents et décloisonnés.

Des mobilités dynamiques inter secteurs contribueraient d'une certaine manière à la diversité de la ressource dirigeante présentée comme l'antidote au risque d'endogamie auquel sont confrontés tous les corps constitués autour d'un statut, qu'il soit public ou privé.

¹⁵ Devenir cadre dirigeant, Un parcours à construire. Article de Nelly Fesseau – La mobilité interministérielle territoriale – Presses de l'EHESP – P 85 et 87

Chacun s'accordera pourtant à reconnaître que la richesse de la ressource dirigeante est étroitement liée à la variété des profils recrutés. Il est déjà possible pour des fonctionnaires de la catégorie A de demander leur inscription sur la liste d'aptitude des agents de direction dans la limite de 10 % du nombre de places ouvertes aux concours d'entrée de l'En3s¹⁶. Cette faculté se traduit néanmoins par très peu de recrutements effectifs. En effet, elle n'est assortie d'aucun dispositif d'accompagnement alors qu'une formation ad hoc pourrait sans doute favoriser le passage réel d'un univers professionnel à un autre et renforcer l'employabilité de cadres de haut niveau venus d'ailleurs au sein de la sécurité sociale. L'En3s s'est donné d'ailleurs pour objectif de mener une réflexion sur les passerelles entre les trois fonctions publiques et la Sécurité Sociale de droit privé freinées aujourd'hui en partie par des logiques de statut. De même, l'ouverture d'un 3^e concours ouvert à des cadres ayant huit ans d'expérience professionnelle dans le secteur privé ou public est en débat toute comme la question d'une Validation des Acquis et de l'Expérience (VAE) dont la mise en œuvre se heurte au cadre très normé du principe des concours et de l'inscription sur liste d'aptitude. En tout état de cause, l'ouverture du métier de dirigeant à d'autres profils nécessitera à son tour une révision du processus de formation initiale et continue pour prendre en compte l'individualisation des parcours et leur intégration à l'univers spécifique de la sécurité sociale.

Enfin, faut-il rappeler que la diversité se prépare dès le recrutement initial ? Différents rapports¹⁷ se sont intéressés ces dernières années à cette question. Dans le prolongement des conclusions du rapport d'Olivier Rousselle, l'En3s a mis en place un suivi annuel de la diversité au sein des promotions. Il en ressort globalement une diversité sociale plus marquée à l'En3s que dans les autres grandes écoles. 32 % des élèves de la 57^e promotion et des stagiaires des cycles Capdir 4 et 5 ont au moins un parent ouvrier ou employé. 57 % ont leurs deux parents qui travaillent hors de la fonction publique et de la sécurité sociale. 43 % ont au moins un parent exerçant dans le champ public. Seuls 3 % ont un parent exerçant à la sécurité sociale. Autre élément à relever : la promotion interne constitue un levier significatif de diversité. On en voudra pour preuve le fait que 40 % des élèves de la formation initiale et des stagiaires Capdir sont entrés sur un niveau d'employés à la sécurité sociale (niveau 2 à 4). Un résultat variable d'une promotion à l'autre mais qui témoigne de l'intérêt de préserver des voies d'accès internes à des fonctions de dirigeant compatibles avec l'ouverture sur l'extérieur.

Au-delà de ces constats, l'attractivité des métiers de dirigeants à la sécurité sociale demeure un objectif fragile malgré des efforts importants de promotion. Le nombre de candidats externes oscille autour de 550 pour 29 places. Là aussi la sphère sécu n'est visiblement pas la seule à faire le constat d'un fléchissement du nombre de candidats aux concours. C'est dire que le devenir du métier de dirigeant appelle des réflexions partagées entre écoles de service public et la recherche de coopérations pouvant aller jusqu'à une grande école des services publics structurée autour d'axes communs et de secteurs dédiés tels que des élèves de la 57^e promotion ont pu l'imaginer de manière prospective à l'occasion des 40 ans de l'Ecole fêtée le 10 septembre à Saint-Etienne.

16 Article 9 de l'arrêté du 10 juillet 2013 relatif aux conditions d'inscription sur la liste d'aptitude.

17 Rapports L'Horty (2016) et Rousselle (2017)

L'innovation dans la sphère sociale

Comment acclimater les techniques du privé dans la sphère sociale pour en faire un mode de gestion particulier ?

Par **Isabelle DOAL**, Sous-directrice à l'évaluation et Directrice du CafLab et **Arnaud ROZAN**, Directeur général délégué, en charge du pilotage stratégique et de la coordination des évaluations



Isabelle DOAL est sous-directrice à la Direction de l'Évaluation et de la Stratégie de la CNAF en charge de l'innovation et du CafLab. Cette mission porte sur l'animation d'une démarche nationale pour l'ensemble de la Branche famille, dans l'objectif de favoriser l'élaboration d'offres les plus adaptées aux besoins des usagers. Isabelle Doal s'est formée à l'innovation dans une école d'ingénieurs, à l'Ecole Centrale de Paris, dans l'optique d'introduire une disruption par rapport aux approches habituelles dans l'action publique. La démarche d'innovation a été lancée début 2015 et la sous-direction de l'innovation (démarche CafLab) a été créée fin 2016.

Arnaud ROZAN est directeur général délégué en charge du pilotage stratégique et de l'évaluation à la Caisse nationale des Allocations familiales (Cnaf). Il a été conseiller auprès du ministre de la famille et a occupé les fonctions de directeur adjoint des politiques à la Cnaf. A ce titre, il a participé à la conception et à la mise en place de la Paje et du Rsa ; il est l'auteur, avec Martin Hirsch, Jean-Louis Haurie et Delphine Chauffaut, de « Les expérimentations : quelle place pour la branche Famille ? », *Informations sociales*, 2012, n° 174, p. 106-113.



L'innovation, pour un service public de la sphère sociale tel que les allocations familiales, vise plus que l'invention de nouveaux produits pour gagner des parts de marché : c'est un projet de transformation interne qui a pour but de favoriser la capacité de l'institution à innover dans le but de produire des offres sociales et de services les plus adaptées aux besoins des usagers. Par plus adaptées on entend accessibles, simples et surtout couvrant complètement le besoin d'un public captif. Pour atteindre cet objectif, des méthodes au service d'une approche participative et ouverte sont mobilisées.

Si ouverture et hybridation sont des principes naturels de l'innovation, l'incorporation de méthodes exogènes dans le cadre de la démarche d'innovation sociale des allocations familiales pourrait aboutir à l'émergence d'un nouveau modèle responsable et durable, porteur d'inspiration.

De la recherche d'inspiration à la reprise d'idées d'un secteur ou d'une sphère à une autre, l'innovation a pour principe l'ouverture.

Il est vrai que ces pratiques, tout comme le concept d'innovation lui-même sont traditionnellement et originellement attachés au secteur privé, qu'il s'agisse de l'innovation technologique et scientifique ou de l'innovation marketing qui vise à ouvrir de nouvelles parts de marché.

L'innovation de service, puis l'innovation publique – concept dont les liens avec la transformation publique devront être clarifiés – et enfin l'innovation sociale, sont des descendants récents de ces formes originelles.

Si l'on pressent ce que ce vocable d'innovation véhicule de façon diffuse : recherche de renouvellement, de performance, une certaine ambition peut-être quant au service rendu, à sa qualité et à la satisfaction des usagers, quelle est l'ambition ou la fonction de l'innovation publique dès lors qu'il ne s'agit pas d'inventer de nouveaux produits ni de gagner des parts de marché ?

L'innovation publique s'apparente bien à une forme de réforme de l'État ou transformation publique. Cette ambition se trouve d'ailleurs portée par les organes dédiés de l'État qui la traduisent en actions de soutien aux acteurs publics : aujourd'hui la direction interministérielle à la transformation publique (DITP), succédant en cela au secrétariat général à la modernisation de l'action publique (SGMAP).

Elle a ceci d'original – et de disruptif, qu'elle vient puiser dans des concepts qui lui sont extérieurs une source d'inspiration et de renouveau. Elle fait davantage confiance au terrain, aux « praticiens », aux circuits courts du « faire » (les « makers »), aux approches pragmatiques et expérimentales, et accepte le droit à l'erreur.

L'innovation publique peut être identifiée comme une phase de la réforme de l'État qui correspond, pour les Services Publics, à une prise de conscience de l'existence d'un public, d'un marché, d'une certaine concurrence possible, et d'une contrainte sur les moyens qui invite à se préoccuper davantage de performance.

On retrouve là les injonctions à innover propres à toute entreprise commerciale.

Il nous semble que les raisons d'innover pour un service public sont différentes.

En effet, si les services publics de la sphère sociale doivent innover, c'est précisément parce que leur public est captif (et ne peut donc pas changer d'opérateur) et qu'ils gèrent des ressources publiques. C'est une injonction morale qui invite à l'excellence.

Il n'en demeure pas moins que public et privé partagent les mêmes sujets : comment s'adapter à la transformation numérique, comment évoluer dans un contexte d'incertitudes croissantes, comment satisfaire les aspirations d'une nouvelle génération à des styles de management plus horizontaux et pour les usagers à davantage de participation ?

Alors, qu'a-t-on à apprendre du privé ?

Il s'agit pour nous, service public de la sphère sociale, d'inventer un nouveau modèle adapté au service public et en s'inspirant du meilleur des méthodes appliquées dans le privé. C'est une vraie opportunité pour nos services publics mais aussi peut-être un nouveau modèle possible d'innovation et de transformation.

I- IMPORTER DES MÉTHODES DU PRIVÉ : SÉLECTIONNER ET INCORPORER CE QUI EST ADAPTÉ

A la Cnaf, dans la perspective de mettre en place une démarche d'innovation, nous avons effectué un travail de découverte et d'apprentissage (*benchmark*) des dispositifs d'innovation mis en place par toutes sortes d'organismes publics et privés, afin d'identifier ce qu'il serait utile de reprendre et qui pourrait inspirer notre démarche.

I.1/ Adopter des méthodes adaptées

Sélectionner des dispositifs et des méthodes adaptés ne signifie pas des choix minimisant leur potentiel novateur ou disruptif. Le critère « adapté » concerne l'adéquation avec les valeurs, avec ce que l'on nomme notre ADN. C'est dans cette adéquation que réside la possibilité de succès de l'importation d'une méthode, même éloignée, même très disruptive. Cela garantit que la méthode (ou le dispositif) pourra être adoptée sans choquer et sans heurter car elle se trouvera alignée avec les valeurs de l'institution partagées par les salariés.

Dès 2014, des « voyages apprenants » ont été organisés auprès d'entreprises afin de découvrir leurs dispositifs d'innovation.

Ces dispositifs, variés dans leurs objectifs et dans leur structure, illustraient la variété des approches possibles, les résultats que l'on peut attendre, les conditions de réussite et les freins inévitables.

Ainsi par exemple, un des facteurs clés de succès cité unanimement par tous les interlocuteurs comme indispensable, est le soutien affiché et vigoureux au plus haut niveau de l'entreprise. En effet, la charge disruptive de l'introduction d'une démarche d'innovation dans un organisme est nécessairement dérangeante dans la mesure où elle doit trouver sa place dans une organisation et des processus en place et qui ont une habitude de fonctionnement ancrée sans cet élément nouveau. Cela concerne toutes les étapes du processus d'innovation et chacune des initiatives prises.

A la Cnaf, nous avons pu le mesurer tant sur des éléments décisifs et uniques tels que l'obtention d'un lieu d'innovation comme le CafLab et l'introduction à l'organigramme d'une sous-direction dotée d'un budget, que dans l'attention portée aux initiatives quotidiennes comme les débats sur les enjeux de la transformation numérique que le Directeur général n'a jamais manqué d'introduire ou de conclure, marquant ainsi l'importance qu'il y attachait. Ce facteur est nécessaire pour franchir des obstacles, mais aussi, de manière plus diffuse, pour que la collectivité des salariés se sente autorisée à s'intéresser et à participer à cette démarche.

Un autre exemple concerne un aspect que nous n'avons pas souhaité retenir, à tout le moins au départ. Il s'agit des dispositifs qui fonctionnent en circuit plus fermé, où une cellule est chargée d'innover pour le reste de l'entreprise. Outre le fait que ces dispositifs permettent mal l'intégration future au sein de l'organisation et l'adoption par les métiers des innovations ainsi produites, il nous a semblé qu'un dispositif partagé, ouvert, inclusif et participatif serait davantage de nature à favoriser l'innovation. En effet, à la différence d'une entreprise dont l'enjeu essentiel est d'inventer des produits innovants qui permettront de gagner des parts de marché, l'ambition d'une

démarche d'innovation dans un service public de la sphère sociale est de devenir un service innovant. Cette différence fondamentale implique une démarche d'envergure transformative qui concerne l'ensemble des salariés.

Un dernier exemple a constitué une mise en garde des plus utiles. Il s'agit de la gestion des processus d'idéation. C'est en découvrant les organisations mises en place pour gérer les processus d'idéation que nous avons saisi la nécessité d'avoir des dispositifs de traitement et des effectifs suffisants pour évaluer les idées proposées et répondre systématiquement aux soumissionnaires d'idées. Nous avons perçu que, dans le calendrier de mise en place d'une démarche d'innovation pour les allocations familiales, un tel dispositif d'idéation ne serait pas mis en œuvre dès le début mais une perspective de plus long terme.

Les enseignements de ces « voyages apprenants » portent sur les dispositifs ou systèmes d'innovation. Nous verrons, dans la suite de nos développements, que des méthodes favorisant l'innovation et dites « de créativité » sont aussi des éléments – pas toujours issus du privé – qu'il est utile de prendre.

Ceci étant, d'autres aspects moins concrets du privé peuvent inspirer nos démarches d'innovation.

I.2/ Des caractéristiques propices à l'innovation

Qu'observe-t-on dans les entreprises innovantes que nous continuons à visiter ?

La dynamique de l'action. Ce qu'on pourrait qualifier d'esprit d'entrepreneur peut constituer une source d'inspiration pour les organismes publics de la sphère sociale plus familiers de la production de droit sous la forme de notes que d'actions. En effet, le mode de pensée conceptuel qui imprègne la culture de la sphère publique invite à progresser dans les limites préalablement identifiées : le périmètre du juridiquement possible, du budgétairement prévu et dans une temporalité toute interne liée aux échéances de la vie politique. Or, dans la vie des entreprises qui innovent (tout comme dans la vie quotidienne), c'est l'action à réaliser pour répondre à un besoin qui est première. On entrevoit aisément comment le progrès est moteur dans ce processus. Et comment ce changement de posture pourrait être source de capacité à innover dans la sphère publique.

Ce lien avec l'action amène une autre conséquence possiblement fertile pour les administrations et les services publics : il permet ainsi à chacun de retrouver le sens de sa mission, même si elle se trouve éloignée de l'action elle-même.

Ce lien avec l'action questionne aussi nos fonctions juridiques qui pourraient trouver de l'inspiration dans les principes qui guident le juridique dans le secteur privé. En effet, dans les entreprises du secteur privé, le rôle des fonctions juridiques est de trouver des solutions pour rendre possible l'action. On pourrait avancer que les fonctions juridiques y sont innovantes, dans la mesure où elles aussi trouvent des solutions adaptées à des besoins.

La culture du résultat et l'évaluation. Suite logique du premier point, les actions sont entreprises pour obtenir des résultats. En matière sociale, et notamment pour des opérateurs tels que les allocations familiales qui mènent leurs actions dans un

cadre partenarial, on mesure tout l'intérêt qu'il y a à être en capacité d'objectiver et de communiquer sur les résultats obtenus par telle ou telle action. Qu'il s'agisse d'inviter à l'action conjointe, au co-financement ou encore pour des élus, à valoriser des résultats dans le cadre d'une communication politique, l'évaluation est nécessaire. Elle est aussi au cœur de la notion d'investissement social (investissement impliquant un retour sur investissement et donc d'identifier que l'investissement a rapporté).

Le droit à l'erreur. Rouage nécessaire entre l'action et l'évaluation, certaines entreprises de la nouvelle économie, ou d'autres qui ont mis en œuvre des démarches d'innovation participative, veillent à faire exister ce droit à l'erreur. Il est à la fois la garantie de la créativité et des processus d'idéation. En effet, quand on parle du droit à l'erreur – et même si certaines entreprises ont choisi de le valoriser en tant que tel pour le dédramatiser avec des trophées du plus grand ratage avec lesquelles on peut prendre ses distances – l'erreur est bénéfique car elle est source de deux processus : l'apprentissage (à travers les retours sur expérience, on identifie les facteurs qui ont conduit à un échec afin de ne pas les reproduire) et le recyclage. Car les erreurs d'aujourd'hui peuvent être les succès de demain. Ne pas les évaluer et ne pas les identifier comme des « erreurs » obère toutes ces chances de succès.

On le voit, au-delà des systèmes d'innovation mis en place dans certaines entreprises privées, ce secteur peut être source d'inspiration pour irriguer les démarches d'innovation.

Forts de ces apprentissages et de ces inspirations, et après une période de consultations internes, un temps de co-construction du dispositif d'innovation des allocations familiales a été organisé en février 2015 avec des parties prenantes de la Cnaf et des Caf.

I.3/ Profiter de nos atouts

Les services publics acteurs de la sphère sociale ont des atouts dont il faut savoir profiter. Il faut les identifier et les valoriser pour pouvoir s'appuyer dessus et en faire des clés de réussite. Ces atouts dessinent les contours d'un modèle d'innovation publique et sociale.

Des usagers, une urgence sociale visible. Les difficultés des usagers et les besoins sociaux de la population sont aisément visibles et chacun en est informé en tant que citoyen.

Des valeurs. Le service public est porteur de valeurs fortes, connues et reprises dans le droit. La collectivité des agents travaillant dans les services publics de la sphère sociale y trouve des valeurs comme la solidarité dans lesquelles ils se retrouvent, qu'ils partagent et dont ils peuvent tirer de la fierté. Ces éléments de cohésion sont connus pour être de puissants ingrédients d'un attachement à l'institution et de motivation au travail.

Une vision usager impérative. Le fait pour les allocations familiales, de servir 11 millions d'allocataires captifs, qui n'ont aucune alternative, aucune possibilité de changer d'opérateur crée une responsabilité qui se traduit par un impératif de qualité et d'exemplarité.

Un réseau qui innove. La capacité d'innovation des Caf est un atout qu'on ne perçoit bien qu'en comparant ce système aux autres grandes entreprises ou institutions du privé (comme du public aussi). De l'identification des besoins du terrain à l'invention et la réalisation de solutions concrètes adaptées pour y répondre, le réseau des Caf pratique depuis longtemps l'innovation « *bottom up* » que tant d'entreprises cherchent à créer.

L'animation de la vie sociale et le développement social local. Les techniques habituellement utilisées dans le secteur privé pour cerner les besoins des usagers entrant dans la catégorie de l'« écoute usagers » sont pratiquées traditionnellement par les acteurs de développement social local. Les conseillers en développement des Caf et les centres sociaux élaborent avec les habitants des quartiers les projets utiles à leurs territoires.

Des spécificités juridiques. Les missions institutionnelles se révèlent un atout pour faciliter l'intrapreneuriat au sein de réseau. Au sein de CafLab, cet outil a été utilisé pour permettre à un agent de développer une innovation qui avait gagné un prix lors d'un dojo (challenge interne de type hackathon). Concrètement, elle offre une solution pour permettre à un agent de se consacrer à un projet qui peut être utile pour l'institution (en l'occurrence une nouvelle solution de contact avec les usagers) tout en « dédommageant » son employeur afin qu'il n'ait pas à pâtir de la privation de sa ressource.

On perçoit qu'il suffit peut-être simplement de favoriser et soutenir tout ce patrimoine pour faire prospérer l'innovation.

Toutefois, les organismes de la protection sociale ont besoin d'une chose essentielle : de l'ouverture. Si l'interbranche, s'agissant de la Sécurité Sociale, est généralement un horizon de coopération admis et plus ou moins naturel, des coopérations avec d'autres services publics voire avec le privé ne sont pas spontanées. Ce ne sont pas seulement, d'ailleurs, des collaborations (car bien sûr les Caf ont des partenaires dans le monde associatif et des relations avec les collectivités territoriales et les services publics tels que pôle emploi) mais une forme différente et nouvelle de relation qui permet de chercher de l'inspiration, des échanges de bonnes pratiques, la reprise de réalisations ou encore la conception de services ou d'actions en commun.

Un des enjeux majeurs, pour réussir la transformation vers un service public innovant est l'ouverture.

Si l'on considère que l'innovation, dans les services publics de la sphère sociale, a pour objectif premier de délivrer des offres les plus adaptées aux besoins des usagers – ce qui signifie des offres simples, accessibles, intuitives, qui couvrent complètement le besoin – cela implique de les concevoir pas seulement *pour* mais *avec* les usagers, parties-prenantes concernées et salariés ; et probablement de ne pas les produire et les délivrer seuls, mais en s'inscrivant dans une complémentarité avec d'autres opérateurs (publics ou privés).

Ainsi, du participatif à l'ouverture (*open innovation*), va-t-on vers un modèle d'innovation publique ?

II- LES DÉMARCHES PARTICIPATIVES

La dimension participative est au cœur du projet d'innovation de la Branche famille. Elle s'adresse à l'interne comme à l'externe, l'une ne se concevant pas sans l'autre. Dans le domaine de l'innovation, l'idée de faire « avec » est centrale, car elle permet de se rapprocher le plus possible des vrais besoins des usagers.

Elle amène également un changement de posture de l'institution qui n'est plus le seul sachant. Pour les personnes amenées à participer, cette implication les rend acteurs. Concernant les publics, ce changement n'est pas neutre dans la recherche d'une relation apaisée et équilibrée avec l'administration, en particulier dans le domaine social. En effet, dans ce domaine, la condition d'utilisateur revêt un caractère particulier avec la figure du « bénéficiaire » qui peut se charger d'une connotation passive péjorative.

II.1/ Le *design thinking*

Cette méthode a pour caractéristique de se baser sur l'observation des pratiques soit pour identifier les problèmes existants, soit pour imaginer des solutions nouvelles plus adaptées à ces pratiques. Pragmatiques, les méthodes de *design thinking* ont pour deuxième caractéristique de se baser sur l'expérience et l'usage. Ainsi, l'innovation conçue devra-t-elle s'intégrer pleinement dans l'expérience de l'utilisateur mais aussi pourra être corrigée, modifiée, ajustée et retravaillée jusqu'à être parfaitement en adéquation avec le besoin ou l'usage.

Le *design thinking* est donc différent d'un *focus group* qui va tester un produit et donner son avis. Il est aussi différent des groupes de parole et autres assemblées consultatives qui ont pour objet des échanges d'idées et de points de vue.

Car il n'est pas toujours intuitif et naturel d'exprimer un besoin, celui-ci étant souvent confondu avec une solution. Les techniques de créativité permettent, à l'aide d'exercices décentrant la question, de saisir les besoins et de se projeter sur des solutions qui seront ainsi hors du cadre habituel. En effet, en partant de l'existant, on ne peut qu'améliorer celui-ci, mais on ne peut pas inventer quelque chose de nouveau.

Le *design thinking* invite aussi à l'ouverture en diversifiant et mixant les participants impliqués dans le processus créatif. En effet, le fait de multiplier les points de vue permet d'augmenter la probabilité de voir tous les aspects d'un sujet, sous tous ces angles. Le fait de mixer les points de vue évite que le sujet soit traité par ses experts et sachants (qui produiront nécessairement toujours ce qu'ils connaissent) : c'est par la présence de néophytes et d'utilisateurs que le sujet progresse et de nouvelles idées peuvent émerger.

Le *design thinking* est la première méthode d'innovation mise en œuvre dans la Branche famille pour imaginer et concevoir des offres tant pour les usagers que pour les agents.

Au service des métiers de la Cnaf, ces méthodes sont mobilisées depuis 2015 pour concevoir, dans le cadre de séances dites de « créativité », des objets aussi divers que la nouvelle politique jeunesse des allocations familiales, la documentation métiers des

agents ou leur poste de travail du futur, designer les centres sociaux de demain ou concevoir des services utiles dans le cadre d'une naissance ou d'une séparation. Ces séances sont organisées au CafLab à Paris ou sur le territoire, en Caf par les « référents innovation » formés et membres du CafLab avec, en fonction des sujets, des salariés, des usagers, des parties-prenantes. Ce faisant, ces méthodes ont essaimé, et sont à présent pratiquées également au niveau local sur des projets des Caf. Des formations sont organisées chaque année et de plus en plus de responsables de projets à la Cnaf sont en capacité de les utiliser à leur tour pour leurs propres travaux.

Dans cette perspective d'association des usagers, il est apparu nécessaire d'élargir les consultations au plus grand nombre, de les ouvrir à tous les citoyens et de communiquer plus facilement sur les résultats obtenus.

II.2/ Une plateforme participative

C'est ainsi que se met en place, pour une ouverture en février 2019, la plateforme participative « la caf à votre écoute ».

Cette plateforme est ouverte à tous les usagers sans condition.

L'objectif opérationnel est bien d'élargir le recrutement des personnes mobilisées pour concevoir les services et offres des allocations familiales au moyen de cet outil accessible au plus grand nombre.

L'objectif stratégique – dont on perçoit bien aujourd'hui la pertinence voire la nécessité – porte sur la perception d'un service public comme bien commun, à propos duquel tout le monde peut s'exprimer ; mais aussi d'un service public qui ne se positionne pas au-dessus de ses usagers, sachant pour eux ce qui leur conviendra, mais bien en interaction avec eux. Cette démarche citoyenne est aussi pédagogique et invite les citoyens à être acteurs davantage que consommateurs insatisfaits d'une offre.

Toutefois, à la différence de la pratique courante, la plateforme « la caf à votre écoute » ne sera pas utilisée dans un objectif d'idéation dans un premier temps : on n'y postera pas son idée, pas plus qu'on y débattera de propositions de la Cnaf. On pourra certes y tester en ligne les outils de la relation de service ou voter pour des hypothèses de travail. Mais la fonctionnalité principale concerne l'inscription à des panels qui seront ensuite contactés pour participer à des séances de créativité ou autre étape du design thinking, en présentiel. Ce choix est le résultat de plusieurs observations. D'abord, comme indiqué précédemment à propos du *design thinking*, il n'a pas semblé pertinent et efficace d'avoir un système de « boîte à idée » car poster une idée n'engage à rien et de ce fait, n'a pas une valeur comparable à une mobilisation dans le cadre d'une séance de *design thinking* ; mais il faut davantage de ressources pour traiter ce flux. De ce fait, un tel système risque de se révéler déceptif et donc contre-productif. Il reste toutefois dans les perspectives de pratiquer à terme une forme de consultation en ligne qui soit complémentaire aux séances en présentiel, voire, s'en rapprochant dans la méthodologie et le déroulé, pouvant les remplacer.

II.3/ La participation interne

La participation interne est la clé de la réussite d'une démarche d'innovation.

L'innovation doit être l'affaire de tous et pas seulement d'une direction spécialisée ou d'une équipe chargée de cela (comme nous avons pu le voir dans nos voyages apprenants).

D'un point de vue opérationnel, c'est se donner une chance d'avoir plus d'idées au total car émises par davantage de personnes et aussi une chance d'avoir une plus grande diversité d'idées car elles peuvent potentiellement être émises par tout salarié, et, enfin, d'avoir des idées qui n'émanent pas des seuls experts d'un sujet donné.

D'un point de vue stratégique, c'est un l'élément central de la transformation.

Les dynamiques participatives permettent de renouveler l'intérêt des salariés, leur implication, leur curiosité. C'est à ce titre un élément fort de qualité de vie au travail et de valorisation de marque employeur. Cela implique un domaine de libertés nouvelles, qui ne peut se concevoir sans l'implication de tous les niveaux de management – et donc la valorisation de cette implication au plus haut niveau comme exposé plus haut.

Dans le cadre de la Branche famille, la participation interne est pratiquée à l'occasion des séances de créativité précitées, mais aussi de challenges (hackathon et dojo) où les agents peuvent proposer des idées puis, constitués en équipes, les développer. Mais elle réside surtout dans le dispositif de valorisation des initiatives locales.

Ainsi, le choix a été fait de valoriser d'abord les bonnes idées qui ont été mises en œuvre. Il nous a paru plus pertinent de valoriser ces bonnes idées devenues bonnes pratiques plutôt que de solliciter des nouvelles idées. En effet, les idées d'amélioration (souvent innovantes) naissent de la pratique, sur le terrain, dans les Caf où elles sont réalisées simplement avec une spontanéité qui ne pourrait pas exister dans un cadre national. Si elles apportent des résultats, il est alors inutile que d'autres dépensent à leur tour des ressources pour trouver des solutions aux mêmes problèmes. C'est une façon d'encourager l'idéation.

Enfin, au niveau des Caf, on observe que de nombreux directeurs mettent aujourd'hui en place des démarches participatives en interne avec leurs salariés, qu'ils les consultent sur différentes questions qui vont de la stratégie avec le projet d'entreprise à l'aménagement des locaux ou aux questions de bien-être au travail.

Si consulter, associer, co-construire est important et aujourd'hui devenu naturel, l'ambition porte plus loin. Doit-on fabriquer tout seuls ? Doit-on être tout seuls à couvrir les besoins ? Cette réflexion, engagée avec la notion d'État Plateforme, invite à reconsidérer la façon dont le service est produit. Par qui est-il le mieux produit ? Quel est dans cette perspective le rôle des grands opérateurs publics ?

III- L'OPEN INNOVATION

Rappelons l'objectif premier de notre démarche d'innovation : il s'agit de délivrer des services plus adaptés aux besoins des usagers.

La couverture du besoin des usagers est l'ambition de cette démarche. Par couverture, on entend la prise en compte complète d'un besoin, qui s'étend sur une expérience dans sa totalité de bout en bout. Cette réponse au besoin porte aussi sur une temporalité : être en capacité de produire le service dans les bons délais avant que l'état des usages, pratiques, technologies ait changé.

III.1/ Couvrir le besoin

La notion d'« expérience usager » ou de « parcours » fait son chemin et nombreux sont les services publics qui abordent ainsi l'étude des besoins de leurs usagers. Elle est promue par la DITP, et avant elle par le SGMAP.

Ce faisant, on s'aperçoit vite qu'aucun service public ne peut couvrir à lui seul la totalité d'un parcours ou d'une « expérience ».

Ainsi, à la Cnaf, avons-nous étudié, par exemple, le « parcours naissance ». Entre le moment où la grossesse est connue des futurs parents et l'entrée de leur enfant à la maternelle, il est évident que la Caf n'est pas le seul interlocuteur administratif des parents.

Cette démarche, d'emblée menée sous un angle élargi à l'interbranche, avait été initiée dans le cadre d'une recherche-action d'élèves de l'En3s sous la conduite d'une direction métier de la Cnaf. Après une étude de sources documentaires sur les différentes démarches effectuées par les parents autour de la naissance, des comparaisons avec d'autres pays, de nombreuses parties-prenantes ont été rencontrées et interrogées. Une séance dite de « créativité » a été organisée afin d'élaborer ensemble, sur la base du parcours établi par les élèves, des solutions permettant de simplifier l'expérience des parents en leur évitant par exemple des démarches redondantes, en facilitant leur orientation d'un service à l'autre, voire, en leur permettant de tout effectuer à partir d'un seul point d'entrée, sorte de guichet unique numérique et virtuel, sous la forme d'une application ou d'un service web.

C'est la logique de guichet unique, l'idée de gommer les silos administratifs pour offrir une expérience sans couture à l'utilisateur. Un tel guichet unique est rendu possible grâce au numérique qui peut agréger en façade les offres des différents services publics. Le nouveau SSSI (schéma stratégique des systèmes d'information inter-branches) y invite et de tels objectifs figurent dans les COG des branches de la sécurité sociale.

III.2/ Reprendre des offres du privé pour les associer à la réponse aux besoins sur nos missions

Sur un sujet plus circonscrit et qui touche au cœur de la mission de la branche famille, l'accueil des jeunes enfants (avant l'entrée à l'école), un travail avec des groupes de parents dans le cadre d'une réflexion sur la refonte du site institutionnel monenfant.fr, a fait très vite apparaître que les besoins, s'agissant de l'accueil de leur enfant, ne se limitent pas au fait de trouver une place en crèche ou une assistante maternelle. S'agissant de ces dernières, notamment, est apparu un questionnement sur la relation employeur et la réglementation du travail. Ce besoin est directement lié

à la contractualisation avec une assistante maternelle lorsqu'elle travaille au domicile des parents. Toutefois, ce sujet n'est pas du ressort des Caf qui n'ont pas vocation à développer un service de conseil juridique en droit du travail. Faut-il pour autant laisser les parents dans l'incertitude avec leurs questions sans réponses ? Il serait à cet égard judicieux de proposer, sur un portail qui indiquerait les différents modes d'accueil et leurs modes de financement, un onglet opéré par l'Urssaf voire par des d'autres opérateurs qui apporterait les informations voire des services concernant le volet droit du travail. Ainsi, l'expérience usager serait couverte.

Si l'intention ne peut qu'être partagée, elle se heurte à la difficulté conceptuelle de s'ouvrir au secteur privé, et de considérer que les offres émanant du privé peuvent contribuer à compléter le service offert dans le cadre de la mission des allocations familiales.

Se pose ainsi la question de l'accès à ces services : sont-ils payants ? Comment s'assurer de leur neutralité et de l'absence de pratiques discriminantes ?

D'autres interrogations concernent la responsabilité du service public garant de la qualité du service proposé sous son égide : que se passe-t-il si l'opérateur privé disparaît ? Si son service est interrompu ? Si son service n'est pas conforme à la législation de la gestion des données ?

Toutes ces questions sont pertinentes et doivent être étudiées. Elles ne doivent toutefois pas se transformer en obstacles et en alibi pour ne pas s'engager dans ce chemin qui serait utile pour faciliter la vie des citoyens.

III.3/ Co-développement et autres formes d'hybridation

Il arrive, dans le cadre des processus d'innovation, que l'idée d'une offre ou d'un service qui n'existe pas émerge (c'est un peu le principe de l'innovation).

Se pose alors la question de sa fabrication. Comme toute fabrication, elle nécessite des ressources humaines (en temps et en compétences), matérielles, et financières.

Il s'agit souvent d'utiliser une « nouvelle technologie » qui a déjà cours dans d'autres secteurs, pour en faire un usage dans le cadre du service public des allocations familiales, usage qui, lui, est nouveau. C'est dans cet usage d'une « nouvelle technologie » existante pour le service des allocations familiales que réside l'innovation.

Se pose dès lors la question suivante : doit-on investir des ressources pour fabriquer ces offres depuis le commencement pour avoir un produit parfaitement sur mesure, alors qu'elles existent pour partie dans leurs fondamentaux technologiques et que d'autres acteurs sont en capacité de les réaliser avec un savoir-faire éprouvé ?

Cette question s'est posée avec le projet dit « Géodon ». Ce service avait été conçu dans le cadre d'un hackathon organisé par la Cnaf en 2015. Il s'agissait d'une plateforme d'appels à projets adossée à un service de diagnostic territorial faisant apparaître les forces et faiblesses d'un territoire et pouvant ainsi orienter tant les porteurs de projets que les apporteurs de soutien. La partie diagnostic étant réalisée dans le cadre d'un projet de la direction concernée à la Cnaf, restait la question de la plateforme. Allait-on mobiliser des ressources pour développer nous-mêmes une plateforme participative ? Allions-nous financer un prestataire afin qu'il développe pour nous dans le cadre de nos marchés habituels ? Ceci alors qu'il en existe de nombreuses. Certes, aucune ne correspond à notre besoin précis et ne contient les fonctionnalités et adaptations qu'il nous faudrait.

L'option que nous avons retenue a consisté à travailler avec une startup qui avait développé une plateforme la plus proche de notre besoin et, dans le cadre d'une expérimentation, la tester en la faisant évoluer de façon à se rapprocher de notre besoin, qui lui aussi a été questionné au fil de l'expérimentation.

Si l'expérimentation a conclu qu'au final, nous n'avions pas besoin d'une telle plateforme pour notre politique jeunesse, cela a permis de faire ce constat à moindre frais.

Des instruments juridiques existent aujourd'hui qui permettent ce type de partenariat. Ils ont tout d'une démarche qu'on peut qualifier de « gagnant-gagnant ». Le service public obtient rapidement, à faible coût, et sans risque en cas d'échec, un service parfaitement adapté à son besoin et en phase avec l'état d'avancée des usages et des technologies ; la startup a grandi, diversifié son produit et son offre qu'elle peut ensuite revendre à d'autres clients.

Il convient de particulièrement veiller à l'équilibre de la relation et à ne pas risquer d'emmener la startup dans une aventure dont elle serait incapable de se relever, si le service public contractant devenait son unique client par exemple. Des cas de ce type existent fréquemment dans les relations entre les startups et des structures privées qui les portent ou les aident selon différents modes (pépinières, incubateurs, autres investissements). Cette responsabilité déontologique est aussi une marque distinguant un modèle public d'innovation d'un modèle privé auquel il emprunte néanmoins la forme.

III.4/ État plateforme : un rôle de chef d'orchestre

On le perçoit à travers ce qui précède, les formes de collaboration sont variées et la gradation du partage des tâches infinie.

Car des exemples qui précèdent, on peut imaginer divers niveaux d'implication du partenaire startup et du partenaire institutionnel. Ainsi, chacun pourrait développer une partie d'un objet qui deviendrait une « œuvre collective » comme on les qualifie dans le droit de la propriété intellectuelle.

Pour l'État, un type de partage est impulsé dans le cadre de la stratégie de l'open data, dans la perspective de l'émergence d'un État Plateforme.

Cette stratégie consiste à mettre à disposition des données, des codes sources, des algorithmes pour que tout acteur de la société (société civile, chercheur, journaliste, mais aussi startupper ou entreprise privée de toute taille) puisse les utiliser afin d'en produire toute forme d'exploitation. Cette création de richesse à partir d'un patrimoine public, qui n'est pas toujours reçue sans réticence, peut aussi permettre de produire des services qui seront utiles à nos publics et pourraient donc être intégrés à l'action menée dans le domaine social.

Cette notion d'État plateforme, conçue à l'origine dans une perspective numérique, nous semble porteuse et en phase, pour ce qui est de la Branche famille, avec un rôle d'ensemblier qu'elle joue déjà en matière d'action sociale et qui vise à orchestrer l'action de divers acteurs au niveau d'un territoire. Il s'agit là certainement d'une évolution possible du rôle d'un service public dans la sphère sociale, davantage centré sur une fonction de cadrage, d'orientation et d'animation, qui aurait pour rôle de créer les conditions de possibilité d'un service rendu par une grande diversité d'acteurs.

On observe aujourd'hui le phénomène des « tiers-lieux ». Ces initiatives spontanées sont le fruit d'auto-organisation d'acteurs de l'économie sociale et solidaire, mais pas exclusivement, pour répondre à des besoins d'habitants sur des territoires. Cela se traduit par des lieux offrant tous types d'activités tels que des espaces de *co-working*, ateliers de réparations, recycleries, cafés solidaires etc. Ce qui fait l'intérêt de ces structures, c'est leur capacité à favoriser la création de lien social et surtout d'entraide entre les publics les fréquentant. Cette entraide pourrait constituer un relais dans l'aide apportée par l'institution et permet, là aussi, de considérer un service en étoile, multi-acteurs autour d'un opérateur public.

Conclusion

On le voit, ces hybridations brouillent les frontières entre public et privé dans l'organisation du service rendu aux publics comme dans les modes de collaboration, bousculent les cadres prévus par le droit et les structures selon lesquelles les systèmes d'information des services publics ont été conçus. Elles sont directement le produit de l'innovation dont le moteur est l'action et le service rendu à l'utilisateur. Ce qui se compose en amont pour ouvrir le champs des possibles est entièrement au service de cette action. Il en résulte des formes hybrides et aussi, nous ne l'avons pas assez souligné, éphémères, voire *ad hoc*. Les importantes structures de ces services publics sont peu préparées à l'agilité, l'adaptation rapide, la captation des tendances, l'attraction de certains talents rares et chers : ces compétences existent ailleurs, dans la société civile. Un service public inclusif et inclus, pourrait consister à les organiser pertinemment et efficacement au service de tous.

Ces hybridations poussent à leur tour à innover, pour créer les services publics du futur, efficaces, transparents, mais empathiques, adaptés, agiles, intelligents.

C'est un nouveau modèle de service public, mais aussi, un nouveau modèle d'innovation qui peut inspirer au-delà du secteur public et faire progresser une innovation plus efficace car plus durable, car responsable, intégrée, inclusive, soucieuse de ses ressources humaines autant que de ses partenaires et de ses usagers.

Accompagner l'innovation : la présence de l'Urssaf à la Station F

Thibaut LAHANQUE, Directeur de la Médiation et des partenariats - Médiateur à l'Urssaf Île-de-France



Après une expérience de 4 ans à l'UCANSS, consacrée à l'accompagnement du changement puis à la rédaction de la COG 2017-2020, et un passage à l'EN3S dans la 56^e promotion, Thibault Lahanque a rejoint l'Urssaf Île-de-France en 2018.

Tout pourrait sembler les opposer. Les startups jeunes, agiles, porteuses d'innovation ; et les organismes de Sécurité sociale, de vieilles structures aux processus gravés dans le marbre de la maîtrise des risques, dont une partie des services numériques accuse un retard certain. Deux univers qui s'entrechoquent, l'un qui bouleverse la relation de travail traditionnellement caractérisée par le salariat, l'autre qui s'inquiète des effets de ces changements sur la structure de son financement. En quoi ces deux-là seraient-ils « amis »¹ ?

Avant tout, les nouvelles technologies et l'innovation ne sont pas réductibles à la multiplication des plateformes de mise en relation, dont les rapports avec l'Urssaf ont pu défrayer la chronique : elles transforment l'appareil productif industriel français, dans des secteurs aussi variés que l'automobile ou la défense², elles sont à l'origine de nouvelles activités, dans le champ du stockage et de la sécurité des données par exemple³, et se traduisent par la création de nouvelles structures, les startups, qui revisitent les principes traditionnels du développement entrepreneurial.

Les nouvelles technologies représentent ainsi une lame de fond qui touche tous les secteurs de l'activité économique, en même temps qu'un secteur d'activité en tant que tel : 16,6 % des 15.080 entreprises « en forte croissance » dénombrées par l'INSEE en 2015 appartenaient ainsi au secteur de l'information et de la communication. 30 % d'entre elles se situaient alors dans la région Île-de-France qui comptait, en 2017 cette fois, 22 des 50 start-ups françaises affichant le développement le plus rapide – avec des taux de croissance allant de 600... à 6000 %⁴.

1 En référence à l'interpellation formulée par un entrepreneur au Président de la République à Station F le 9 octobre 2018, sur le poids des cotisations sociales et sa relation avec l'Urssaf, à laquelle le Président a répondu « Votre amie, c'est l'Urssaf ».

2 Le *Panorama 2018 de l'Industrie du futur*, établi en collaboration avec la CCI et Business France, estime que plus de 700 entreprises proposent « des équipements, des technologies, des progiciels et d'autres prestations de service » permettant une mutation significative de l'appareil de production industrielle en France.

3 Le même panorama estime que plus de 200 entreprises ont une activité liée au développement du cloud, et plus de 100 dans le champ de la cybersécurité. A titre d'exemple, le français OVH détient avec 300.000 serveurs l'un des principaux parcs mondiaux, est implanté dans 19 pays et rassemble plus de 2000 salariés.

4 *Palmarès Technology Fast 50*, Cabinet Deloitte, 2017.

La croissance de ces entreprises représente un objectif fort qui a orienté différents types de mesures : des incitations fiscales comme le Crédit Impôt Recherche (CIR), sociales comme le statut Jeune Entreprise Innovante (JEI) ; des mesures de soutien au développement de l'activité avec la montée en puissance de BPI France et d'une kyrielle d'incubateurs publics. Plus largement, les pouvoirs publics ont décidé différentes orientations visant à rapprocher les services publics de leurs usagers, au premier rang desquels les entreprises, depuis la loi dite ESSOC du 10 août 2018, avec son volet sur le « droit à l'erreur », aux objectifs de la COG 2018-2022 de l'Acosse sur la modernisation de la relation de service.

Dans ce contexte, l'Urssaf Ile-de-France s'est mobilisée pour accompagner les porteurs de projets et les entreprises. Suivant la stratégie de la branche, elle s'est également efforcée d'innover pour proposer, depuis 2017, des offres spécifiques aux jeunes entreprises (Crescendo) et aux startups du campus Station F. Le vieux modèle de la Sécurité sociale, à travers la relative autonomie dont disposent les organismes pour définir leur organisation, la contractualisation de leurs objectifs, la place qu'il accorde à l'innovation en réseau, n'aurait-il pas fait preuve d'une agilité inattendue ? A moins que ce ne soit la jeunesse des startups qui, par un effet heureux de contagion, ait conduit l'Urssaf à réinventer ses pratiques ?

L'on verra ainsi que le mouvement est double : l'accompagnement de l'innovation représente pour l'Urssaf Île-de-France un terrain d'expérimentation qui permet, avec la participation des entreprises concernées, une amélioration globale de son offre de service (I). Dans le même temps, le modèle symbolisé par les startups nourrit le modèle de gestion publique mis en œuvre par l'organisme (II).

I- L'ACCOMPAGNEMENT DE L'INNOVATION, UN TERRAIN D'EXPÉRIMENTATION PORTEUR D'UNE AMÉLIORATION GLOBALE DU SERVICE DE L'URSSAF ÎLE-DE-FRANCE

I.1/ L'Urssaf cherche à mieux comprendre les besoins de ses différents publics

I.1.1/ L'organisation de l'écoute-client et l'association des différents publics aux offres de service

Avant même d'aborder le terrain de l'innovation, l'accompagnement des publics d'un organisme tel que l'Urssaf commence sans aucun doute avec la compréhension de leurs besoins et de leurs attentes. À ce titre, dès avant que la participation des usagers à la définition des offres de service ne figure parmi les orientations de la COG 2018-2022, l'Urssaf Île-de-France lançait ce type de démarche pour concevoir son offre Crescendo. Deux *focus groups* et une campagne en ligne ont permis d'objectiver les besoins d'un panel de 80 jeunes entreprises, dont 74 % estimaient éprouver des attentes spécifiques vis-à-vis de l'organisme : une ligne téléphonique leur étant destinée, pour 70 % d'entre elles, et des temps d'échanges personnalisés pour 50 %. De façon plus marquée encore, 80 % des entreprises sollicitées ont manifesté leur souhait d'être contactées de façon proactive par l'Urssaf pour être accompagnées dans le respect de leurs obligations sociales : les premières déclarations de sala-

riés (citées par 35 % des entreprises), les difficultés de paiement (33 %), le calcul des cotisations (29 %) et les formalités d'embauche (26 %). L'analyse de ces résultats a aussi montré les limites d'une définition de la « jeune entreprise » fondée sur sa date d'enregistrement au CFE compétent ou sur la création du compte Urssaf : elle recouvre des réalités et des attentes variées, par exemple selon le profil de son dirigeant, « primo-créateur » ou entrepreneur chevronné.

L'enquête réalisée par IPSOS pour le compte de l'Acoss, entre mai et juillet 2017, est également venue éclairer les attentes des entreprises pour en tirer toutes les conséquences sur la définition des parcours clients de la branche. Neuf objectifs ont ainsi été organisés selon quatre leviers principaux : l'accessibilité des services, leur personnalisation, le développement d'une posture d'accompagnement chez les conseillers et l'évolution du positionnement stratégique de l'Urssaf.

En complément, un diagnostic de l'écoute client a été conduit selon des modalités d'analyse innovantes fondées sur des technologies d'intelligence artificielle. Plus de 3500 réponses à l'enquête ont été analysées, de même que 20.000 appels et 26.000 courriels, et 11 immersions dans les Urssaf réalisées pour capitaliser sur leurs bonnes pratiques.

Si on voit par-là que l'Urssaf Île-de-France, à l'unisson de la branche, a multiplié les actions participant d'une meilleure connaissance de ses publics, la question se pose des spécificités des entreprises des nouvelles technologies et, partant, de l'accompagnement de l'innovation.

I.1.2 / L'approche spécifique des entreprises innovantes

Le simple repérage des entreprises innovantes ne va pas de soi. La « nomenclature des activités françaises » ne le permet pas et il faut se tourner vers d'autres types de ciblage.

De quelles entreprises parle-t-on ? La définition du secteur des technologies de l'information et de la communication, retenue par l'OCDE, n'est-elle pas trop restrictive⁵ ? Au-delà des réglementations introduisant une régulation des secteurs des télécommunications et de l'audiovisuel, et des quelques statuts d'emplois particuliers auxquels elles peuvent recourir, il n'est pas évident que les entreprises concernées éprouvent des besoins particuliers. De même, si elle peut avoir une pertinence pour l'Urssaf au regard de son champ d'intervention, la notion « d'entreprise en forte croissance » ne recouvre pas le public de « l'innovation » puisqu'elle s'intéresse uniquement à la croissance de l'effectif salarié⁶.

C'est sans doute le terme de startup qui embrasse le mieux ce que sont ces « jeunes entreprises innovantes », que l'Urssaf Île-de-France cherche à accompagner. À défaut de trouver une définition officielle, la startup a pour caractéristique d'être une « *nouvelle entreprise innovante, généralement à la recherche d'importantes levées de fonds d'investissement, avec très fort potentiel éventuel de croissance économique et*

5 Secteurs producteurs de TIC (fabrication d'ordinateurs et matériels informatiques, etc.), distributeurs (commerce de gros de matériel informatique, etc.) et fournisseurs de services (télécommunications, services informatiques et audiovisuel, etc.).

6 L'entreprise en forte croissance se caractérise par un taux de croissance annuel moyen sur trois ans de ses effectifs salariés supérieur à 10 %, avec un effectif d'au moins 10 salariés au début de la période de croissance (définition harmonisée d'Eurostat et de l'OCDE). Une « gazelle » est une jeune entreprise en forte croissance, âgée de 5 ans maximum à la fin de la période de croissance.

de spéculation financière sur sa valeur »⁷. On ajoutera que son projet s'articule le plus souvent autour d'une rupture, qu'elle soit technologique, « servicielle » ou relative au modèle économique. Elle se crée et se développe notamment dans des incubateurs, pépinières et autres accélérateurs qui deviennent les relais naturels de l'Urssaf pour toucher ce nouveau public.

Cette définition semble éclairante quant à la conception, sans doute un peu lointaine, que se font les *startups* de leurs obligations sociales. Pour le Président du Conseil d'administration de l'Urssaf Île-de-France, Jérôme Quentin-Mauroy, « les jeunes entrepreneurs sont tout à fait ouverts à l'idée qu'il faut des cotisations sociales et des impôts. Mais ils souffrent d'une relative inculture en la matière, ils ne savent pas s'y prendre et éprouvent de gros besoins d'accompagnement ». L'explication est à rechercher, d'après le directeur général de Vivatech⁸, Maxime Baffert, dans le modèle même des entreprises innovantes : « Mon sentiment est que les startups ne se focalisent pas sur les revenus du travail et leurs obligations sociales. Elles ne partagent pas le même impératif de rentabilité rapide que les entreprises traditionnelles et leurs dirigeants sont sans doute plus attentifs à l'imposition du capital, de la plus-value, desquels ils tireront à terme leurs revenus ». Ce qui invite à s'interroger, même si ce n'est pas le sujet de cet article, sur la structure du financement de la protection sociale.

I.2/ Si le développement de l'offre de services concerne tous les types de cotisants, les entreprises innovantes y sont particulièrement réactives et le nourrissent en retour

I.2.1/ Le développement de l'accompagnement à travers des services variés et adaptés aux différents segments de cotisants

Les orientations de la COG 2018-2022 de l'Acosse et les dispositions de la loi ESSOC relatives au droit à l'erreur confortent les Urssaf dans la transformation culturelle profonde qu'elles connaissent depuis le début des années 2010 : d'organismes centrés quasi-exclusivement sur leurs missions de recouvrement et de lutte contre le travail illégal, elles deviennent des organismes de services qui accompagnent leurs différents types d'usagers dans le respect de leurs obligations sociales. Comme toutes les autres, les entreprises de l'innovation en bénéficient.

Dans l'ensemble des Urssaf, cette évolution se traduit par une souplesse assumée dans le processus de recouvrement avec, par exemple, l'octroi de 148.848 délais de paiement en 2017 (34.476 en Île-de-France). Sur les 690.281 demandes de remises de majorations de retard formulées la même année par les cotisants, 622.954 ont été accordées (132.733 accordées sur 162.952 demandes en Île-de-France). Participant également de la relation de confiance que l'Urssaf cherche à développer, l'offre de sécurisation juridique permet aux cotisants d'obtenir des réponses opposables à leurs questions et connaît un grand succès : ils ont posé 18.564 questions juridiques complexes en 2017, dont 5815 en Île-de-France, et demandé 844 rescrits, dont 116 en Île-de-France. Le renforcement de l'accompagnement s'est également traduit par la mise en place de l'accueil sur rendez-vous, entre 2015 et 2016 à l'Urssaf Île-de-France,

⁷ Wikipedia.

⁸ Créé en 2016, Vivatech est devenu le salon européen de référence dans le secteur des nouvelles technologies et des startups. Il a accueilli plus de 50.000 visiteurs en 2018.

accueil dont les cotisants se montrent particulièrement satisfaits : 88 % d'entre eux trouvent les modalités de prise de rendez-vous faciles et 89 % se disent satisfaits du délai proposé⁹. Enfin, fin 2017, environ 15 % des RDV ont pu être traités par téléphone, évitant ainsi un déplacement au cotisant. L'accompagnement passe également par la promotion des offres simplifiées de la branche et notamment du TESE, qui s'adresse précisément aux entreprises de moins de 20 salariés¹⁰, et par des actions partenariales avec d'autres créanciers, par le biais des CCSF par exemple¹¹, dans le cas où l'entreprise connaît des difficultés.

En complément, l'Urssaf Île-de-France a développé sa propre stratégie d'offre de service qui articule une relation de service modernisée (avec la mise en place de rendez-vous en visio-conférence par exemple), une intensification de la communication (avec l'ouverture d'un compte Twitter en février 2016 et la publication de tutoriels vidéos sur Youtube en 2018) et la mise en place de modes de règlement amiable des difficultés : elle a ainsi créé un circuit de réclamations et, depuis 2016, expérimenté la médiation, trois ans avant sa généralisation à tous les organismes de Sécurité sociale¹².

L'Urssaf Île-de-France a également lancé l'expérimentation de Crescendo en 2017, un dispositif d'accompagnement proposé aux jeunes entreprises comptant de 1 à 11 salariés, installées dans les Yvelines, les Hauts-de-Seine et le Val d'Oise, accessible jusqu'aux 18 mois de la structure¹³. Ce dispositif conjugue :

- Un *front office* personnalisé : une ligne téléphonique spécifique, des rendez-vous accessibles en visio-conférence avec partage d'écrans.
- Un accompagnement aux étapes clés de la vie du compte : dès sa création, un mailing informe sur l'offre « jeunes entreprises » et un entretien individuel est proposé, en présentiel, par téléphone ou visio-conférence au choix de l'entreprise, pour mieux la connaître, lui présenter ses principales obligations et l'offre qui lui est destinée. Sur les six premiers mois, est effectuée une campagne d'appels sortants à J-3 de chaque échéance. D'autres appels sont réalisés en cas de difficulté déclarative ou de paiement. L'Urssaf promeut également les visites conseils qui permettent, dans une perspective pédagogique en dehors de toute action de contrôle, d'établir un diagnostic et une éventuelle demande de mise en conformité pour l'avenir.

La prise en charge de Crescendo repose sur une organisation spécifique : les gestionnaires gèrent des portefeuilles de comptes, mènent les campagnes d'appels sortants et sont positionnés en première ligne sur la réponse téléphonique aux cotisants.

En décembre 2018, 9481 comptes étaient gérés dans le cadre de Crescendo. Si les résultats de l'expérimentation demeurent à consolider, ils tendent à montrer que

9 Bilan de la mise en place de l'accueil sur RDV, sondage réalisé sur 4000 cotisants en octobre 2016, données Urssaf Île-de-France.

10 Le TESE ne gère pas, pour le moment, les exonérations liées au statut JEI (jeune entreprise innovante) et les entreprises qui en disposent ne peuvent donc pas y recourir.

11 La commission des chefs de services financiers (CCSF) réunit les créanciers publics et peut notamment accorder des échéanciers de paiement et des remises partielles de dettes aux personnes morales de droit privé qui la saisissent, sous certaines conditions.

12 Prévue par la loi dite ESSOC du 10 août 2018, la généralisation de la médiation est effective au 1er janvier 2019.

13 Les comptes TESE, CEA et certains comptes particuliers relevant d'autres modalités de gestion étant exclus de cette offre (établissements de soins, ambassades, etc.).

ces comptes font l'objet de moins de crédits que la moyenne des comptes jeunes entreprises, et de moins de restes à recouvrer. L'impact semble positif également sur le processus de recouvrement forcé, avec moins de contraintes et d'inscriptions au privilège notamment.

L'idée maîtresse de Crescendo, celle d'une communication personnalisée, simplifiée et régulière entre l'organisme et les entreprises, trouve des développements dans d'autres projets. A l'instar d'autres unions comme celle de Bourgogne, l'Urssaf Île-de-France expérimente ainsi une relation personnalisée avec les experts-comptables ; elle a également lancé une offre spécifique aux entreprises innovantes.

I.2.2/ L'offre de service de l'Urssaf Île-de-France pour et avec les entreprises innovantes

Depuis le 21 septembre 2017, l'Urssaf Île-de-France est présente dans les locaux de l'incubateur Station F¹⁴, au sein de l'espace « French Tech Central » qui rassemble une kyrielle de services publics et partenaires institutionnels des startups. Une présence motivée par différents objectifs : sensibiliser les jeunes entrepreneurs au fonctionnement de la protection sociale et aux obligations qui en découlent, mieux connaître les startups et leurs besoins pour y apporter une réponse spécifique, et approfondir les liens avec les autres partenaires représentés au sein du campus. Elle véhicule également un enjeu d'image, l'Urssaf se devant de faire savoir qu'elle est en prise directe avec les acteurs des secteurs économiques les plus porteurs, pour leur proposer de façon réactive et participative une offre adaptée.

Les startups de la Station F ont en effet été associées pleinement à la définition de l'offre de service qui allait leur être destinée. Si le directeur général de Vivatech évoque un relatif éloignement des startups vis-à-vis des problématiques sociales, celui-ci n'a pas empêché leur adhésion spontanée aux dispositifs de co-construction d'offres de services proposées par l'Urssaf. « Au moment de lancer Crescendo, témoigne Mourad Amarouche¹⁵, nous avons essayé d'associer des jeunes entreprises après les focus groups pour travailler avec l'Urssaf sur la création des offres... et nous avons suscité un engouement limité. C'est très différent à Station F : les entreprises sont sur place, nous les connaissons, elles nous identifient et elles sont sensibles au thème de l'amélioration du service qui est bien souvent au cœur de leurs propres activités ». De fait, l'Urssaf a créé un groupe de co-construction avec les startups pour travailler de conserve à la création de tutoriels sur les démarches usuelles, comme la demande d'attestations de vigilance. Sept startups ont créé leur espace en ligne, sous le regard de chargés d'études spécialisés, pour définir la communication la plus adaptée à leurs besoins. Cinq d'entre elles se sont déclarées séduites par l'expérience et volontaires pour être de nouveau associées à la conception des offres de l'Urssaf.

Au-delà de ces tutoriels, l'offre « Station F » de l'Urssaf comprend notamment des rendez-vous individuels chaque semaine : 176 créneaux ont été ouverts entre octobre 2017 et octobre 2018, avec 140 rendez-vous planifiés et 118 honorés (soit un taux de présentation au rendez-vous de 84 %). L'Urssaf a également co-animé, avec la CCI de Paris, une *masterclass* sur les démarches liées aux premiers recrutements marquée

¹⁴ Inauguré le 29 juin 2017, Station F est le plus grand campus de startups au monde, avec des locaux d'une superficie de 34 000 m² pouvant accueillir plus de 1000 entreprises. Il est situé dans l'ancienne Halle Freyssinet du 13^e arrondissement parisien, à côté de la Bibliothèque nationale de France.

¹⁵ Chargé de missions à la direction de la relation cotisant de l'Urssaf Île-de-France, Mourad Amarouche pilote le partenariat avec Station F.

par une forte affluence, et vient d'organiser en octobre 2018 son premier *workshop*. Ateliers pratiques à mi-chemin entre la session d'information et la formation-action, les *workshops* permettent aux entreprises d'appréhender de façon globale les démarches qui leur incombent et de les réaliser en direct avec l'aide des conseillers présents. Co-animé par l'Urssaf, la DIRECCTE, Pôle Emploi et l'APEC, le premier atelier était consacré au thème du recrutement.

Forte de ce premier bilan et des retours positifs reçus de la part des startups, l'Urssaf maintient sa présence et développe son programme de *masterclass* et *workshops* en 2019. Elle participe également au *Pass French Tech*, programme national d'accompagnement à destination des entreprises innovantes en hyper-croissance : en l'occurrence, des entreprises détectées par la French Tech comme comptant parmi les cent les plus porteuses de l'année, eu égard à l'importance de leurs levées de fonds ou à la croissance rapide du nombre de leurs salariés. Ce programme se traduira par la mise à disposition d'une offre d'accompagnement « premium », inspirée de Crescendo et du dispositif proposé aux très grandes entreprises.

À travers ces différentes offres, l'on peut donc constater que l'Urssaf Île-de-France s'est montrée dynamique dans la rénovation de son offre de service et la constitution de lignes de produits, en association avec les publics concernés, au premier rang desquels les jeunes entreprises et les entreprises innovantes. Mais la relation avec les entreprises innovantes ne se limite pas à cette dimension : au-delà de l'offre proposée, quels impacts cette démarche de service comporte-t-elle pour l'Urssaf ? En quoi l'union s'est-elle déjà transformée pour répondre aux besoins des cotisants, et quelles opportunités les entreprises de l'innovation laissent-elles entrevoir pour réinventer le modèle de gestion des organismes de Sécurité sociale ?

II- LE MODÈLE SYMBOLISÉ PAR LES STARTUPS NOURRIT LE MODÈLE DE GESTION PUBLIQUE MIS EN ŒUVRE PAR L'URSSAF ET PEUT LE CONDUIRE À SE RÉINVENTER

II.1/ Dans une logique servicielle inspirée de celle des startups, l'Urssaf construit son organisation, ses méthodes et son offre selon les attentes de ses différents clients

II.1.1/ Les attentes des cotisants comme principal déterminant de l'organisation

Les contraintes pesant sur l'ensemble des organismes de Sécurité sociale ont pu conduire à des réorganisations porteuses d'efficience mais parfois peu lisibles pour leurs usagers. Pour limiter cet effet, et en cohérence avec les orientations de la branche sur la constitution des lignes de produits, l'Urssaf Île-de-France a fait le choix de partir des attentes de ses deux types d'usagers principaux, les entreprises du régime général et les indépendants, pour adapter son organisation interne. Il se traduit notamment par deux projets, Urssaf 2020 et la constitution des pôles de relation de service.

Dans le cadre d'Urssaf 2020, quatre sites seront affectés à la prise en charge des indépendants et six autres à celle des entreprises du régime général ; une plateforme

téléphonique sera créée pour chaque régime. Après Melun dès 2017, chacun des sites accueillera un pôle de relation de service consacré à l'accueil et à l'accompagnement des cotisants, dans une logique de rapprochement des traditionnels *back* et *front office* – une logique d'ores et déjà amorcée, avec une augmentation de 32 % du volume des affaires traitées directement par la plateforme de service entre 2015 et 2017. À terme, cette réorganisation permettra l'élargissement de Crescendo à l'ensemble de la région Île-de-France et sa déclinaison dans une offre similaire à destination des indépendants – ce qui sera, on l'espère, un signal fort de la réussite du modèle dans lequel les attentes des clients irriguent l'organisation plutôt qu'elles ne s'y plient.

II.1.2/ De nouvelles méthodes plus agiles au service de nouveaux outils

Le constat est communément admis que les transformations organisationnelles, si elles représentent un levier essentiel pour transformer l'organisme et in fine son offre de service, doivent être complétées d'une réflexion sur les méthodes de travail des organismes de Sécurité sociale – dans le champ des systèmes d'information par exemple, avec la popularisation du développement agile au détriment du « *cycle en V* » depuis les années 2010.

L'orientation générale relative à la modernisation des services publics, au cœur du programme Action Publique 2022 notamment, se traduit dans le champ de la protection sociale par des objectifs concrets trouvant des débouchés parmi les startups : pour la directrice de la Sécurité sociale, cette dernière « *doit viser les plus hauts standards en termes de relations de service permis par le numérique (...). Les partenariats avec les startups ou les écoles du numérique doivent également être recherchés pour favoriser l'innovation* »¹⁶. Dans le cadre du Programme d'investissements d'avenir (PIA), l'Urssaf Île-de-France travaille ainsi à la création d'un chatbot des administrations avec une startup de la Station F. Disponible début 2019, l'assistant virtuel sera testé en premier lieu auprès des startups de l'incubateur et adapté en fonction de leurs retours. « *Pourquoi innove-t-on avec les startups* », interroge Carole Leclerc, directrice de l'innovation et du digital à l'Acosse ? « *Elles créent des services nouveaux dans des temps records, alors que nos anciennes méthodes de travail aboutissent à des projets trop longs. On se rapproche des startups pour comprendre leurs secrets, les appliquer aux administrations publiques pour pouvoir créer le bon service, au bon moment et pour le bon segment de cotisants* »¹⁷.

L'un des secrets évoqués par Carole Leclerc réside sans doute en l'agilité des startups. Avec son programme d'intrapreneuriat @ACOSS, le recouvrement s'en inspire : il permettra à l'ensemble des collaborateurs de la branche de proposer un projet de service digital et, s'il est sélectionné, de disposer des moyens pour le mettre en œuvre à titre expérimental. L'un des objectifs prêtés par la caisse nationale à ce dispositif est de « *donner à nos collaborateurs l'envie et les moyens d'innover et d'entreprendre* ». En liant ainsi la logique de service, l'innovation, l'engagement des collaborateurs et la notion « *d'envie* », la caisse nationale laisse entrevoir la richesse des perspectives ouvertes par le modèle des startups pour repenser celui de l'Urssaf.

¹⁶ Entretien avec Mathilde Lignot-Leloup, Espace Social Européen n°1128, 23 mars 2018.

¹⁷ Intervention du 29 novembre 2018 sur le thème de l'innovation, dans le cadre de l'événement « Une journée avec la Sécu ».

II.2/ L'accompagnement de l'innovation ouvre une perspective inédite de refondation du pacte social des organismes de Sécurité sociale

II.2.1/ Vers l'alignement des intérêts des clients, de l'organisme et des collaborateurs

Quelle nécessité y-aurait-il à interroger le modèle traditionnel des organismes de Sécurité sociale, au regard des entreprises de l'innovation – et en quoi la notion « d'envie » serait-elle révélatrice de quoi que ce soit ? La démonstration devrait être faite, à ce stade, que des organismes comme l'Urssaf Île-de-France disposent d'une marge suffisante d'autonomie organisationnelle, d'expertise et de souplesse, pour pouvoir se transformer et innover.

Toutefois, les organismes de Sécurité sociale, marqués par le poids des processus de « production » et des dispositifs exigeants de maîtrise des risques, construits selon un modèle pyramidal qui réduit l'autonomie à sa portion congrue, ne semblent pas éloignés du modèle fordo-tayloriste de l'organisation du travail. Ils satisfont difficilement les besoins essentiels de la « motivation intrinsèque », selon la théorie de l'auto-détermination popularisée dans les années 2000, reprise par D. Pink¹⁸ et apparemment validée par les résultats du Baromètre social institutionnel : dans des proportions comparables à leurs collègues du régime général, la moitié des collaborateurs de l'Urssaf Île-de-France estiment que leur travail est peu motivant¹⁹. C'est qu'ils appartiennent, selon Douglas McGregor, à des « organisations X » : les entreprises du « comment », qui définissent les périmètres et contrôlent, opposées aux « entreprises Y », celles du « pourquoi », qui développent la confiance et recherchent l'autonomie en mettant leurs collaborateurs dans des conditions de travail optimales²⁰. Sur ce point, on notera que 60 % de ceux de l'Urssaf estiment ne pas disposer des outils informatiques adaptés à leurs missions. En la matière, les discours volontiers incantatoires sur les valeurs et le sens semblent n'avoir qu'un effet performatif limité, se heurtant aux réalités des organisations.

Dans ce contexte, l'accompagnement de l'innovation représente à la fois des opportunités et un levier inédit d'engagement pour les collaborateurs de l'Urssaf. La logique de service incarnée par les startups et déclinée à l'Urssaf par les lignes de produits, la réorganisation de l'organisme à horizon 2020, la création des PRS et le rapprochement du *front* et du *back office*, ou encore la démarche entrepreneuriat @ACOSS, pourraient marquer le passage d'un organisme X à un organisme Y. La posture d'accompagnement attendue des collaborateurs le rend nécessaire, leur rôle évoluant d'une stricte application de la norme et des processus de recouvrement à une compréhension plus globale de la situation des cotisants pour les conseiller au mieux. Les collaborateurs mobilisés à la Station F en tirent une fierté légitime et y trouvent le sens de leur mission, à en croire leurs témoignages qui, pour reprendre un prisme théorique, disent la satisfaction de leur « motivation intrinsèque ».

18 Le besoin d'autonomie, de compétence (non pas au sens de compétence individuelle mais d'efficacité sur son environnement) et d'affiliation, correspondant au besoin d'être relié à autrui par une finalité commune.

Source : Pink D.H., La vérité sur ce qui nous motive, Flammarion, collection « Clé des champs », 2016.

19 Baromètre social institutionnel, réalisée par BVA pour l'Ucanss, 2018.

20 McGregor D., *The human side of enterprise*, McGraw-Hill, collection Penguin Business Library, 1960.

L'on voit ainsi qu'au-delà des organisations, des méthodes et des services, le modèle de la Sécurité sociale se nourrit d'une des caractéristiques essentielles du secteur des startups, mise en lumière par le directeur général de Vivatech : « *Exception faite de certaines plateformes, les intérêts des collaborateurs des startups et de leurs dirigeants sont normalement tout à fait alignés avec le projet de l'entreprise* ».

II.2.2/ Le pouvoir d'amplification encore balbutiant du numérique

Alors qu'elle accusait un retard certain en la matière, les orientations fortes prises par la branche en matière de développement numérique sont de nature à amplifier la transformation globale des organismes : s'agissant des services proposés aux cotisants, avec la refonte de l'ensemble des sites et le déploiement des services sur *smartphones* par exemple ; s'agissant des outils métiers, avec la poursuite du développement de Clé-a ; s'agissant des outils bureautiques quotidiens, avec le déploiement du projet Horizon et les fonctionnalités puissantes de travail collaboratif offertes par la suite Office 365.

Les collaborateurs le comprennent et le demandent : si le discours présentant le numérique comme un facteur d'exclusion doit être pris en compte, près de la moitié des salariés de l'Urssaf Île-de-France considèrent que l'intégration du digital dans l'organisation permettra en premier lieu un meilleur service au cotisant et, pour un tiers des salariés, une meilleure efficacité dans les process de travail. Pour permettre la montée en compétences des collaborateurs dans le maniement de ces outils, tout en les préparant au changement profond qu'ils véhiculent dans les relations de travail, l'Acosse a inauguré en novembre 2017 un lieu consacré à l'acculturation au numérique où son partenaire « Le Chaudron » déploie un programme varié de conférences et d'ateliers pratiques.

Pour autant, du chemin demeure à parcourir pour tirer pleinement profit de l'alliance de la logique servicielle et du numérique. Cette alliance implique de dépasser le fonctionnement en silos qui, s'il tend à s'effacer en matière de « production », demeure dans les fonctions support. La croisée des nouveaux services dématérialisés, du repositionnement des métiers de production et des nouvelles pratiques de travail collaboratives et à distance, implique une stratégie coordonnée dans les champs SI, des pratiques managériales et de la communication interne – d'autant que les organismes du régime général seront touchés par une vague de départs à la retraite, concernant un quart du personnel environ dans les 10 ans. Menace sur leur stabilité, qui implique un effort particulier d'accompagnement, ce facteur démographique représente aussi pour les organismes une opportunité de redéfinir profondément leur projet d'entreprise, s'appuyant tout autant sur l'expertise des plus expérimentés que sur les aspirations des nouvelles générations.

II.2.3/ Une opportunité pour les instances de gouvernance des organismes de Sécurité sociale ?

La question des liens de l'Urssaf avec les entreprises de l'innovation pose celle, plus large, de l'inscription de l'organisme dans son environnement économique et social. La proximité entre l'Urssaf et ses différents publics est indispensable à la conception d'offres de services adaptées ; elle peut également contribuer à apaiser la

crise de confiance qu'expriment épisodiquement les citoyens envers les institutions et le système contributif de protection sociale.

Les Urssaf se saisissent de cette question, l'organisme francilien venant à ce titre de créer une direction en charge des partenariats, qui appelle également l'attention du Président du Conseil d'administration de l'Acoss, Jean-Eudes Tesson : *« l'objectif est de renforcer les relations entre le conseil d'administration de l'Acoss et ceux des Urssaf, concernant notamment l'axe principal de notre future COG : la relation avec le cotisant. Grâce à notre maillage territorial, avec notamment l'existence de conseils départementaux, et notre rôle de représentation des employeurs et des salariés, nous sommes au plus près des préoccupations des cotisants »*²¹.

La direction de l'Urssaf Île-de-France ne considère pas différemment le rôle des partenaires sociaux : *« la représentation des usagers, par le biais des organisations syndicales et patronales au sein des conseils, constitue un véritable atout du modèle de la Sécurité sociale – tout particulièrement dans le cadre des orientations fortes de la nouvelle COG de l'Acoss en matière de relation de service. Les administrateurs sont des capteurs de terrain en même temps que des ambassadeurs, dont la parole est libre, de la stratégie de l'organisme. Ils peuvent notamment contribuer à alimenter sa dimension prospective »*²².

Mais qu'en est-il spécifiquement du secteur de l'innovation ? Pour le directeur général de Vivatech, *« la vision partagée par les collaborateurs et les dirigeants dans une majorité de startups explique sans doute la faiblesse des organisations syndicales traditionnelles en leur sein. Du côté patronal, les startups se tournent plus facilement vers des groupes d'intérêt pour échanger et défendre leurs positions »*.

Les questions ainsi ouvertes sont nombreuses : à l'attention des pouvoirs publics et des organisations nationales, s'agissant de la définition de ce que pourrait être un tel paritarisme « de liaison » ; à l'attention des caisses nationales, des organismes et des partenaires sociaux locaux, s'agissant des modalités d'animation de cette relation réinventée ; à l'attention de l'ensemble des organisations représentatives, s'agissant des liens qu'elles entretiennent avec les secteurs innovants de l'économie.

L'on pourra conclure avec l'espoir d'avoir éclairé un apparent paradoxe : alors que le secteur de l'innovation, au premier rang duquel les startups, est loin de représenter le « premier client » de l'Urssaf Île-de-France, il appelle de sa part une attention particulière traduite par une offre de services spécifique, tant dans sa proposition que dans les modalités de sa construction. Les startups représentent la quintessence de la logique servicielle dans laquelle entre l'Urssaf en même temps que des modèles inspirant la refondation de l'organisme en interne. Il faut en prendre la mesure, pour se mettre en capacité d'accueillir pleinement les promesses que nous apportent ces jeunes pousses.

21 Interview de Jean-Eudes Tesson et Yann-Gaël Amghar, Président et Directeur général de l'Acoss, Espace social européen, 30 avril 2018.

22 Interview de Didier Malric, directeur général de l'Urssaf Île-de-France, 30 novembre 2018.

PARTIE D : GESTION ET GOUVERNANCE

La gestion paritaire et son apport dans le mode particulier de gestion de la Sécurité sociale

Interview de **Renaud VILLARD**, Directeur général de la Caisse nationale d'Assurance vieillesse (CNAV) et **Gérard RIVIÈRE**, Président du Conseil d'administration de la CNAV, conduite par **Gilles NEZOSI**, Directeur de la Formation continue à l'EN3S.



Gérard RIVIÈRE a été assistant confédéral au secteur protection sociale de la confédération CGT-FO de 1989 à 2011 en se spécialisant sur le service public de la Sécurité sociale et plus particulièrement sur l'assurance vieillesse. Il a participé à la négociation des différentes réformes des retraites depuis 2003. Son investissement sur le champ de l'action sociale l'a conduit à jouer un rôle moteur, aux côtés du président de la MSA et du RSI, dans la création du comité de pilotage interrégime de coordination des politiques d'action sociale en faveur de la prévention de la perte d'autonomie. Il a été élu Président du Conseil d'administration de la Cnav le 4 novembre 2011 et réélu le 7 février 2018. Il a également été Président du Conseil d'administration du GIP-Union Retraite à partir de 2014 et est Vice-Président depuis 2018.

Renaud VILLARD est Agrégé d'histoire et Docteur en histoire moderne. Ancien élève de l'ENA (promotion Badinter), il a été Chef du bureau « Régimes de retraite de base » à la sous-direction des retraites et des institutions de protection sociale à la DSS et Conseiller « Retraites » au cabinet de la ministre des Affaires sociales et de la santé, Marisol Touraine. Il est Directeur de la Cnav depuis mars 2016.



M. NEZOSI

On parle de gestion paritaire au sein des organismes de sécurité sociale. C'est finalement un mode de gouvernance assez méconnu. En tant que président et directeur de caisse nationale, comment le définiriez-vous ?

M. RIVIÈRE

La gestion paritaire à la sécurité sociale est atypique, et même hybride. Elle est atypique par rapport à la gestion « tout État », et à l'opposé, à la gestion paritaire pure et dure, telle qu'on la connaît encore dans les régimes de retraite complémentaire. Dans notre gestion hybride, il existe deux niveaux :

- ▼ la relation, à l'intérieur du conseil d'administration, entre le bloc des salariés et le bloc des employeurs : nous sommes là au cœur du paritarisme, qui nécessite des échanges, la recherche non de la majorité mais du consensus le plus large possible ;
- ▼ la relation entre l'émanation du conseil d'administration, à savoir le président, et le directeur.

M. VILLARD

Je rejoins entièrement les propos du Président au sujet de l'hybridation, car il s'agit en réalité d'un jeu à trois, avec une tutelle par les pouvoirs publics, physiquement présente dans l'ensemble des instances mais qui sait laisser, malgré tout, sa place au paritarisme. Cette triarchie, en quelque sorte, fonctionne bien, également parce que le paritarisme lui-même a su très bien fonctionner.

Je prendrais un seul exemple, important pour un directeur et significatif de ce bon fonctionnement. Je peux affirmer au nom du réseau qu'il n'existe pas d'adhérence entre les organisations, qu'elles soient salariées ou d'employeurs, et les organisations syndicales, au sens du droit du travail et des institutions représentatives du personnel. Il ne s'agit nullement d'un paritarisme qui déboucherait sur une forme de cogestion. Cette étanchéité, cette responsabilité très forte des partenaires sociaux permet, à mes yeux, un fonctionnement harmonieux du paritarisme et explique que l'État joue tout son rôle, mais pas plus que son rôle. Cet équilibre à trois, entre le paritarisme, la direction de l'organisme et l'État, et même un mécanisme à quatre, à savoir les organisations patronales, les organisations de salariés, la direction et les pouvoirs publics, fonctionne très bien du fait de cette forme d'étanchéité entre les organisations, représentant les salariés de l'organisme, d'une part, et celles qui représentent les assurés sociaux, d'autre part. Les mêmes organisations ne représentent pas les mêmes personnes et la « muraille de Chine » entre les deux garantit le bon fonctionnement, en tout cas en l'état actuel du paritarisme.

Je ne jurerais pas que cela a toujours été le cas dans la Sécurité sociale. Ce gage de l'équilibre a été trouvé, ce qui explique que les pouvoirs publics maintiennent un paritarisme, là où en réalité, dans une gouvernance de sécurité sociale, ils ont un rôle exorbitant et pourraient assez largement prendre la main.

Je mentionnerais l'exemple typique du budget qui, s'il n'est pas voté par le conseil d'administration, est exécuté d'office par les pouvoirs publics. Le bon fonctionnement du paritarisme fait que ces derniers n'ont pas à dégainer « l'arme atomique », ce qui permet d'assurer un équilibre qui, à mes yeux, fonctionne bien dans ce mode amoindri de paritarisme.

Il ne s'agit pas d'un paritarisme pur et dur, comme l'on en rencontre dans certains organismes de protection sociale. Mais la gouvernance paritaire conserve des prérogatives, parce qu'elle agit en pleine responsabilité. Cet équilibre fonctionne bien en raison de l'absence de mélange des genres.

M. NEZOSI

M. VILLARD met précisément en avant cette différence entre les organisations syndicales qui siègent au sein des organismes de sécurité sociale et qui représentent les assurés sociaux, d'une part, et les organisations syndicales que l'on retrouve dans la conflictualité potentielle ou dans les revendications dans la rue ou les entreprises, d'autre part. Comment, en tant que président, parvenez-vous à maintenir cette séparation, voire à faire un grand écart entre votre responsabilité de président de la CNAV et votre adhésion syndicale, qui justifie votre place ?

M. RIVIÈRE

Je ne sais si l'on peut utiliser le terme de « grand écart ». Pour autant, c'est une position parfois équilibrée. Je pense, en toute modestie, que le sens de l'intérêt général fait la qualité d'un président. Dans le cas présent, il ne s'agit pas de l'intérêt général de l'État, au sens large du terme, mais de celui des assurés sociaux et des employeurs. La position partisane légitime de chacune des organisations n'est pas toujours compatible à 100 % avec les positions d'équilibre que doit rechercher un président, même et surtout si celui-ci représente une organisation de salariés.

En effet, chaque organisation de salariés a ses propres revendications, ses congrès, ses axes revendicatifs forts, pas nécessairement compatibles avec l'exercice quotidien du paritarisme.

J'évoquerais à ce sujet la relation entre le président et le directeur. L'implication au quotidien du président du conseil d'administration en fait, non un co-gestionnaire, mais un partenaire, loyal autant que faire se peut, de la gestion. Les textes prévoient le plus clairement possible les compétences du conseil d'administration et de son émanation, le président, d'un côté, et de l'autre, du directeur de l'organisme, sous l'autorité de l'État. Pour autant, il subsiste une zone grise, car heureusement les textes ne prévoient absolument pas tous les cas de figure. On doit pouvoir trouver dans cette zone grise matière à rassembler le représentant des partenaires sociaux, à savoir le président, et le représentant de l'État, chargé de la gestion de l'organisme, à savoir le directeur.

On ignore où commence et où finit précisément cette zone grise, mais pour que cela fonctionne, il convient d'éviter que l'un ou l'autre se l'accapare. D'ailleurs, « grise » n'est sans doute pas le bon terme, car il faut rendre cette zone la plus lumineuse possible. En tout cas, la pratique quotidienne du partage de cette zone ouvre un certain nombre de possibilités pour maintenir une relation fluide. Nous ne sommes pas les meilleurs amis, nous ne sortons pas ensemble le week-end, et nous ne partons pas en vacances ensemble. Pour autant, vis-à-vis de nos interlocuteurs, on parle de complicité, ce qui est sans doute l'un des meilleurs compliments que je puisse recevoir dans ma façon d'être en tant que président. Cela signifie que nous avons une vision commune de l'intérêt général des assurés sociaux, chacun à la place qui est la sienne, et chacun avec sa responsabilité.

Il est vrai que réaliser l'adaptation entre des positions pures et dures d'une organisation et la réalité quotidienne de la fonction de président d'un organisme de sécurité sociale peut provoquer un certain nombre de circonvolutions. Mais

l'intelligence des uns et des autres, l'intelligence collective de l'organisation désignataire du président, l'intelligence personnelle d'adaptation de celui-ci lui permettent d'être en mesure d'exercer, sans franchir la ligne rouge, la plénitude de son mandat, tout en veillant à une forme de partage de la responsabilité avec les autres organisations, les employeurs, l'État et la direction de l'organisme, et ce dans le sens de l'intérêt général. Cela fonctionne plutôt bien, me semble-t-il.

M. NEZOSI

M. VILLARD, pourriez-vous donner une illustration de cette complicité entre le président et le directeur ?

M. VILLARD

J'évoquerais une illustration théorique et un cas précis. Sur le plan théorique, nous ne nous sommes pas concertés avec le président en amont de cet entretien, mais je vais filer sa métaphore. Les textes sont effectivement flous, et c'est très bien ainsi. Face à la zone grise ainsi laissée, il existe deux manières de réagir. Soit on trace une ligne, avec un *no man's land*, soit l'on considère qu'il faut y faire la lumière, en partageant l'information en transparence, en bonne intelligence. En général, un binôme campé sur ses prérogatives fonctionne mal, parce que, face à une frontière, chaque partie surveille sans cesse si l'autre est en train d'y placer un doigt de pied. Le bon fonctionnement de la gouvernance s'obtient en considérant que, dans le flou des textes, la communication, le partage d'information et la transparence permettent d'avancer.

Je pourrais citer mille exemples, dont un récent et concret. Nous nous apprêtons à envoyer des courriers sur le prélèvement à la source à tous les retraités soumis à l'impôt sur le revenu, sujet de gestion et budgétaire, nécessitant un virement « souverain » du directeur, pour alimenter les lignes en vue du paiement des timbres. Il ne s'agit pas évidemment d'acheter trois timbres, 6 millions d'assurés étant concernés. J'ai évoqué avec le président le projet de courrier et les sujets que cela pouvait poser, alors que sur le plan de l'organisation, il s'agit purement d'un acte de gestion, sous-tendu par un virement budgétaire. Dans une logique où l'on tracerait une frontière, je mets en œuvre les grandes lignes fixées par la COG et le conseil d'administration. Le courrier a commencé à être envoyé aux environs du 20 novembre, mais il y a très longtemps que j'ai pu aborder la question avec le président, et au-delà avec les chefs de file. Fondamentalement, il n'y a pas cette idée d'une étanchéité parfaite, où lors de la mise en œuvre, l'ensemble des compétences de gestion serait purement directorial, et je ne ferais ensuite que rendre compte au conseil d'administration, le 15 janvier, de l'envoi des 6 millions de courriers.

S'agissant d'une opération aussi structurante, ce serait, à mes yeux, une forme de grossièreté et de manquement vis-à-vis de la gouvernance que d'informer simplement a posteriori de l'envoi des 6 millions de courriers. En général, le président a systématiquement un coup d'avance sur les actes structurants, y compris de manière très fluide, en temps réel en quelque sorte. Cela peut passer par un SMS. Nous ne nous envoyons pas des courriers longs comme un jour sans pain. J'ai cité cette actualité brûlante comme illustration de cette complicité, mais je pourrais mentionner mille exemples, où nous parlons de manière très fluide.

M. NEZOSI

Si l'on devait définir vos rôles respectifs dans ce tandem, tels que vous les voyez, quels seraient-ils aujourd'hui, par exemple ceux d'un président plus politique et d'un directeur général plus administratif ? Est-ce aussi simple ?

M. VILLARD

Je prendrais un exemple, là aussi d'actualité, de nos auditions par le Sénat. Les échanges y sont très libres, et les sénateurs sont toujours très attentifs.

M. RIVIÈRE

Pas moins de 43 sénateurs ont participé à la séance.

M. VILLARD

Effectivement, ils sont très présents sur les sujets relatifs à la retraite. Notre positionnement s'opère de manière extrêmement facile. J'aborde les enjeux, qui sont politiques mais impacteront la mise en œuvre de réformes, de projets d'amendements ou du PLFSS. Le président pourra présenter la vision d'ensemble de l'équilibre du fonctionnement de la branche et aura une liberté de ton, que je n'ai pas, pour analyser en son nom propre et au nom du conseil d'administration, telle ou telle perspective, telle ou telle évolution.

Ainsi, j'éviterai certains sujets, en raison de mon devoir de réserve. Le président le fera aussi à d'autres moments, non parce qu'il n'a pas la réponse, mais parce que la matière est plutôt technique. Cela se passe de manière très fluide, et je n'ai pas souvenir d'une audition où, à un moment ou à un autre, nous nous soyons « marché sur les pieds », alors même qu'il s'agit d'auditions publiques, que les agendas sont tellement chargés que nous avons la même note sous les yeux, et que nous nous concertons uniquement en direct, pour savoir qui traite tel ou tel sujet. Le pilotage d'une branche retraite implique tellement d'événements et d'activités, qu'il faut pouvoir se parler, se comprendre et se faire confiance sans fonctionner par notes interposées.

M. RIVIÈRE

Je me proposais également de mentionner cet exemple, qui constitue une démonstration vivante, et nous pratiquons cet exercice depuis un certain temps. La commission des affaires sociales du Sénat est composée de plusieurs groupes et certains se retrouvent plus facilement dans notre propos que d'autres. Concernant le PLFSS, mon expression sera davantage politique, notamment eu égard à l'avis du conseil d'administration en la matière. Les sénateurs commençant à bien me connaître, puisque je suis convié à ces auditions depuis sept ans, certains d'entre eux s'autorisent, très justement d'ailleurs, à me poser des questions un peu plus personnelles. Ils titillent ainsi ma sensibilité pour voir si je suis totalement en conformité.

Par ailleurs, nous répondons à un certain nombre de questions, où je précise lesquelles nécessitent une réponse du directeur, ou celui-ci signale qu'il me revient de répondre à telles autres. Et même si nous opérons ce partage, nous constatons l'un ou l'autre lors de la réponse que, dans le cadre de notre responsabilité ou notre fonction, un complément peut être apporté, sans pour autant se contredire ou se corriger. Cela constitue chaque fois un test en gran-

leur nature pour nous. En effet, comme l'a souligné M. VILLARD, nous ne nous rendons pas à ces auditions après en avoir préparé les détails du partage des questions. Nous connaissons les limites et la place qui sont les nôtres. Enfin, nous allons l'un ou l'autre, ou l'un et l'autre, dans la zone restant à éclairer et cela se déroule parfaitement.

Il en va de même chaque mois devant le conseil d'administration, qui suit une procédure formelle, avec la participation d'un commissaire du gouvernement et en respectant un ordre du jour. L'informel intervient pendant les débats et nous sommes alors en *live*, en fonction des questions et des excitations qui peuvent monter de tel ou tel côté de la table. J'improvise dans la réponse et les interpellations sont partagées, dans la quasi-totalité des circonstances. Je réponds à ce que je considère être ma part de l'interpellation. Étant maître de la distribution de la parole en conseil d'administration, je la donne bien évidemment au directeur, lorsqu'il la demande ou plus régulièrement, je lui propose de compléter mon propos. Inversement, je peux lui donner la parole en premier pour apporter ensuite un complément à son intervention.

Nous avons cette pratique qui a installé la confiance. Je travaille avec Renaud de cette façon. Je ne pense pas que je pourrais durer dans l'exercice de président avec un directeur qui aurait installé un mur au milieu de la zone grise.

M. NEZOSI

Comment ce tandem de la gestion paritaire gère ses relations avec le troisième acteur, le grand absent de nos échanges, qui est l'État, appelé la tutelle pour la Sécurité sociale ?

M. RIVIÈRE

Il y a la part formelle du rapport entre le conseil d'administration et la tutelle, mais au quotidien, je pense que la relation entre les présidents des conseils et conseils d'administration du régime général et la tutelle pourrait être davantage institutionnalisée ou organisée. La tutelle s'adresse à moi quand elle recherche, pour des raisons parfaitement légitimes la plupart du temps, le soutien du conseil d'administration sur tel ou tel projet ou situation. À l'inverse, je dois avouer, dans une forme de mea culpa en direct, que je ne suis pas persuadé que le conseil d'administration et moi recherchions le contact formel et institutionnalisé avec la tutelle. Elle est une forme de gendarme, que nous respectons profondément, de même que les fonctionnaires de la direction de la sécurité sociale représentant l'État, mais que nous n'avons pas nécessité de fréquenter au quotidien.

M. VILLARD

J'ai un rapport avec la tutelle doublement compliqué, d'abord parce que je suis moi-même une sorte d'être hybride, étant nommé par le président de la République en conseil des ministres, ensuite je ne suis pas complètement étranger à cette tutelle.

M. RIVIÈRE

Et vous êtes un ancien commissaire du gouvernement.

M. VILLARD

En effet, j'ai eu à connaître assez intimement la direction de la sécurité sociale. Cela étant dit, je rejoins assez fortement les propos du président dans l'idée que la tutelle est bien physiquement présente, avec des prérogatives très fortes. Elle exerce avant tout un pouvoir de contrôle de la légalité et de la conformité. Elle peut, d'un trait de plume, annuler une décision du conseil d'administration, modifier tel ou tel équilibre, tel ou tel texte, ou considérer que tel ou tel élément de l'établissement public n'est pas en conformité.

Par ailleurs, je considère que le travail assez étroit et plutôt partenarial du gestionnaire avec l'État fonctionne plutôt bien, avec toute la complexité, que j'ai connue de l'intérieur, de l'exercice de la tutelle de gros opérateurs, qui repose beaucoup, là encore, sur la confiance. En effet, la tutelle, à travers une poignée de personnes, d'une branche de 14 000 salariés, avec une masse salariale de 800 M€, qu'est la CNAV, est somme toute relative. En réalité, si les pouvoirs publics veulent exercer leur tutelle, cela suppose que l'établissement remonte en toute transparence les éventuels besoins, difficultés, fragilités, souhaits d'évolution, etc.

Cette forme d'asymétrie très forte concerne d'abord l'information. Lorsqu'elle me demande des informations, je la renvoie régulièrement à l'intranet destiné aux membres du conseil d'administration, où est versé un nombre considérable de documents, ce qui est logique. Il se trouve que les commissaires du gouvernement y ont accès.

Cela étant dit, éviter le syndrome de la tutelle, qui la conduit à considérer que la branche retraite est dans une forme de dissimulation, nécessite de se reposer sur la confiance et les relations interpersonnelles. Pour des raisons matérielles, les pouvoirs publics ne peuvent pas, en réalité, avoir une vision fine et permanente sur tout ce qui se passe, ce qui serait le rêve de toute tutelle. Cela suppose donc des relations de confiance à tous les étages. Il n'y a dysfonctionnement de la tutelle que lorsque celle-ci ne passe que par la directrice de la sécurité sociale téléphonant au directeur général de la CNAV. Le bon fonctionnement peut en être assuré par un travail direct des équipes du bureau retraite de la DSS avec la direction juridique, chacun partageant sur ses difficultés, ses problèmes et remarques éventuels. Il convient d'établir dans ce domaine une forme de fluidité et de facilité des relations.

Il est normal qu'une tutelle soit très présente mais elle est, par construction, dans un rapport un peu dissymétrique avec l'opérateur. Le seul moyen d'en sortir est d'instaurer une grande transparence, et personnellement, j'y suis très attaché. Nous n'avons rien à cacher et nous nous efforçons d'être le plus efficace, le plus efficient et le plus performant possible.

M. NEZOSI

La gestion paritaire est souvent très fortement critiquée pour ses difficultés à gouverner la sécurité sociale. Quel est votre jugement sur cet avis commun quant aux dysfonctionnements de la gestion paritaire ?

M. RIVIÈRE

Si l'on remonte à une vingtaine d'années avant les ordonnances Juppé de 1995-1996, qui ont sans doute conduit, pour partie, à la publication de textes ayant

porté un coup assez fort au droit à la représentation paritaire dans la sécurité sociale, cette situation est née, vraisemblablement, de ce qui était considéré comme une incapacité des partenaires sociaux et des conseils d'administration à prendre des décisions difficiles, notamment en termes d'équilibre des comptes de la sécurité sociale.

En fin de compte, le paritarisme hybride à la sécurité sociale a sans doute quelque utilité. Prenons l'exemple de l'assurance maladie devenue universelle, la place de l'État y est prépondérante mais les seuls partenaires sociaux pourraient-ils prendre les décisions d'intérêt général – Le vrai cette fois, celui concernant une population beaucoup plus large que les seuls salariés – sans doute pas.

S'agissant de la prise par les partenaires sociaux de trop ou trop peu de responsabilité, on n'assiste que très exceptionnellement à ce que l'on pourrait appeler des dérives autoritaires.

Pour que le conseil d'administration et les partenaires sociaux exercent la plénitude de leurs attributions, il faut qu'ils le veuillent, mais aussi qu'ils le puissent. La qualité de la relation directeur-instance est essentielle pour ce faire.

M. VILLARD

Le paritarisme de gestion est-il si critiqué ? Je pense qu'il existe une défiance envers tous les corps intermédiaires, tels que les organisations syndicales, les organisations patronales, les élus, etc. Cependant, je ne perçois pas si fortement cette critique, et je nuancerais peut-être un peu votre question. À supposer même que le paritarisme de gestion soit critiqué, je citerais assez volontiers la facétie sur la démocratie, qui est le pire des systèmes, à l'exception de tous les autres. Je veux bien tout entendre, mais il s'agit tout de même d'un sujet à 130 Md€, sur lequel un regard bienveillant mais vigilant, extérieur à l'organisme, me semble de bonne méthode et pleinement en phase avec ce qu'on peut dire sur la démocratie participative.

Par ailleurs, un conseil d'administration ne coûte pas cher, et l'on n'y attribue pas de jetons de présence. La gestion paritaire est hyper performante, en termes de performance publique. Elle fonctionne, et même si on peut toujours la critiquer, elle possède les bonnes propriétés de ce que doit être ce regard extérieur vigilant mais bienveillant : avoir une forme d'adhérence forte avec le corps social dans sa diversité et avoir un niveau de formation et d'information suffisant, s'agissant d'une matière un peu technique. En outre, ce rôle essentiel, vis-à-vis d'un risque à 6 % du PIB de la France, est joué par des acteurs qui sont prêts à s'y investir par conviction personnelle, car on ne fait pas fortune en siégeant au sein de la CNAV. Il existe sans doute d'autres systèmes, mais ils ne sont certainement pas nombreux.

En tout cas, à la sécurité sociale, le paritarisme hybride possède nombre de bonnes propriétés de cette vision de la démocratie participative, sur le fait que les assurés, les cotisants doivent être autour de la table. Je sais que d'aucuns sont nostalgiques de l'élection directe des membres du conseil d'administration, mais ce n'est pas mon cas. Je ne dis pas que le paritarisme est un système parfait, et que le monde entier nous l'envie, mais je ne connais pas non plus de nombreuses alternatives.

De ce fait, je suis toujours quelque peu sceptique sur cette critique un peu facile. J'ai volontairement parlé d'aspects financiers, car celle-ci se focalise parfois sur l'idée d'un enrichissement hypothétique des membres du conseil d'administration. Je rappelle que même le président du CA ne perçoit aucune rémunération, ne serait-ce que symbolique. À cet égard, j'ai toujours été choqué par une publicité, représentant le président de la CNAV de dos, sous des dorures, donnant l'impression d'un nanti qui extorquerait des fonds à mon insu. Il donne simplement de son temps pour le bon fonctionnement de la sécurité sociale, et cela est vrai de l'ensemble des membres des conseils d'administration de caisse nationale ou de caisses locales.

M. NEZOSI

Nous terminerons sur la question de la réforme de la retraite. Quelle place voyez-vous pour la gestion paritaire dans ce futur système ?

M. RIVIÈRE

Sans jugement de valeur sur la nécessité de cette réforme, qui ferait sans doute le choix d'un système universel, si tel devait être le cas, je pense qu'elle devrait être l'occasion de replacer le paritarisme au cœur de la gestion. On fusionne des systèmes de sécurité sociale avec des systèmes totalement paritaires, comme AGIRC-ARRCO, par exemple, pour ce qui concerne les salariés. Du côté des professions libérales, il existe un socle sécurité sociale aux côtés de régimes de retraite professionnels créés au fil du temps, avec leur propre gestion. Les salariés et les non-salariés ont été particulièrement compétents et exigeants en matière de gestion et de prise de décisions au sein de leurs régimes complémentaires. Cela a permis à ces derniers de traverser de grandes difficultés, notamment lors des périodes de crise, en 2008 pour la plus récente, grâce à des règles prudentielles, en particulier la constitution de réserves, amortisseurs de périodes difficiles. Ils ont également pris des décisions courageuses sur la valeur d'acquisition et de liquidation du point et diverses autres règles.

Je pense qu'un système universel ne peut ignorer ce fonctionnement paritaire. Pour autant, un système universel ne signifie pas un régime universel. À cet égard, les conditions d'exercice du salariat sont différentes selon les secteurs ; différentes de l'exercice libéral et indépendant, de même s'agissant de la capacité et/ou la volonté contributive des uns et des autres. Ces spécificités devraient pouvoir s'exprimer à l'intérieur de régimes, gérés par les représentants des salariés et des entreprises notamment.

M. VILLARD

Les pouvoirs publics en décideront, bien entendu. J'aurais, à ce sujet, un point de fuite un peu facile. Nous observons aujourd'hui trois modèles très différents de régimes : gouvernance paritaire classique, pure en quelque sorte, gestion directe par l'État, s'agissant notamment du service des retraites de l'État, et l'hybridation que sont les caisses de sécurité sociale. À ce stade, nous nous situons au barycentre, au point d'équilibre. Il s'agit clairement de choix politiques, comme l'a souligné le président. Tous les modèles ont leurs vertus et leurs limites, mais en tout cas, ce barycentre a su prouver sa performance, en termes de qualité et d'efficacité de la gestion.

Pour rejoindre les propos du président, il s'agit aussi d'une question de cohabitation de différentes origines et territoires professionnels. Les régimes travaillent très bien ensemble, leur représentation reflétant dans cette coopération la nature de leur gouvernance. Cela fonctionne très bien et nous collaborons de manière tout à fait satisfaisante aussi bien avec le service de retraite de l'État, représenté par son seul directeur, qu'avec les régimes de retraite paritaires, où le conseil d'administration a plus de poids. L'essentiel tient à l'intelligence collective et à la vision partagée sur la sécurité sociale.

De mon point de vue, les écarts entre les gouvernances ne sont pas nécessairement des sources de dysfonctionnement. Une bonne gouvernance est une gouvernance particulièrement adaptée à son objet, en l'occurrence le risque vieillesse de la sécurité sociale, mais aussi à son origine. En effet, il n'est pas interdit de penser que les professions libérales n'auront pas les mêmes attentes, en termes de gouvernance, que les salariés, qui eux-mêmes n'auront pas les mêmes attentes que les régimes sous statut.

Ces particularités peuvent aussi peser, comme on l'a observé en ce qui concerne la réforme du RSI. Celui-ci disparaît, mais il a été créé une gouvernance, le conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants, permettant de garantir une représentation des particularités des travailleurs indépendants, un pilotage des réserves et un rendu de comptes en termes de qualité de service. Le rapprochement des régimes n'empêche pas qu'il faille entendre ces particularités de la gouvernance, et j'en veux pour preuve sa prise en compte dans la réforme du RSI, le CPSTI devant être mis en place en janvier prochain.

Le rôle singulier de la branche recouvrement dans la Sécurité sociale

Interview de **Yann-Gaël AMGHAR**, Directeur général de l'Agence centrale des organismes de Sécurité sociale (ACOSS) et de **Jean-Eudes TESSON**, Président du Conseil d'administration de l'ACOSS, conduite par **Christophe BEAUDOUIN**, Directeur adjoint de l'EN3S.



Yann-Gaël AMGHAR est Directeur général de l'ACOSS depuis 2017. Agrégé d'histoire et ancien élève de l'ENS et de l'ENA dont il est sorti Inspecteur général des affaires sociales, il a également eu différentes expériences en cabinets ministériels.

Jean-Eudes TESSON est Président du conseil d'administration de l'Acoss et également Président du COR de l'Ucanss. Ingénieur de l'École Centrale de Paris, il est président du Groupe TESSON, entreprise vendéenne centenaire.



M. BEAUDOUIN

Selon vous, quelles sont les spécificités du recouvrement social au sein de la sécurité sociale ? En quoi la gestion paritaire constitue-t-elle un mode original de gouvernance ?

M. TESSON

C'est l'assiette qui constitue la première spécificité du recouvrement social. Cette assiette est unique. Il s'agit du salaire et des éléments de rémunération qui y sont associés.

La seconde spécificité est à rechercher dans le fait que les employeurs cotisent pour leur propre compte ou pour celui de leurs salariés. Il n'en va pas de même pour l'impôt et le prélèvement à la source est le prélèvement d'un acompte sur impôts. Ce lien entre cotisants – cotisants assurés à travers l'employeur est essentiel. Il a pour corollaire la procédure de recours amiable, qui fonctionne bien et qui permet à la fois la concertation et l'analyse objective des dossiers. Cette seconde spécificité est une vraie richesse.

M. AMGHAR

J'ajoute que le recouvrement social est un recouvrement de cotisations créatrices de droits. À cet égard, il est intéressant que notre gouvernance inclue des représentants des « utilisateurs de premier rang », autrement dit des employeurs et des travailleurs indépendants, et des « bénéficiaires de second rang », c'est-à-dire des cotisants assurés sociaux. Chacun est en effet porteur d'un point de vue légitime. Les cotisants directs sont les représentants de nos usagers, ceux-là même que nous accueillons par téléphone ou physiquement. Ce simple fait nous oblige à rendre compte de notre qualité de service, ce qui ne serait pas nécessairement le cas si la gestion n'était pas paritaire. Ceci nous oblige aussi à tenir compte du second objectif de la collecte des cotisations, qui est la sécurisation des droits sociaux. Le recouvrement s'inscrit en effet dans le cadre d'un éco-système social, qu'il s'agisse des prestations sociales et du droit du travail. Que l'on parle de retraites, de chômage, d'affiliation, de lutte contre la fraude, on est dans quelque chose d'indétachable des prestations sociales et du droit du travail. C'est aussi ce qui justifie la représentation des partenaires sociaux.

La double présence de représentants des utilisateurs et des bénéficiaires dans les instances constitue un élément de légitimité du prélèvement. Comme nous l'avons vu lors de la préparation de la COG, elle favorise également l'équilibre entre la prise en compte des intérêts des employeurs et des assurés sociaux.

M. TESSON

Cette génération de droits par les cotisations est insuffisamment connue du grand public. Ainsi, en cas de fraude, le salarié payé au noir a l'impression de faire une bonne affaire mais il est privé de droits à la retraite. Nous devons faire preuve de pédagogie et développer les informations relatives aux droits que les cotisations engendrent. Le mouvement actuel des « gilets jaunes », qui met en cause les prélèvements obligatoires, oublie que ces derniers ont une contrepartie générale, la fourniture des prestations, et que cette contrepartie est directe s'agissant de la retraite.

M. AMGHAR

Dans le débat sur les prélèvements obligatoires et les dépenses publiques, il sera important de rendre davantage visible pour les cotisants à la fois les services financés et les droits qu'ils se créent grâce aux prélèvements.

M. TESSON

Le recouvrement par les Urssaf a été institué pour faciliter la tâche des cotisants. Sans les Urssaf, ceux-ci seraient obligés de cotiser séparément aux différentes branches de la sécurité sociale. Les Urssaf n'ont pas été conçues comme une administration perceptrice mais comme un service de simplification pour les cotisants. Les objectifs de la COG en cours mettent du reste l'accent sur ce point. Le conseil d'administration et la direction de l'Acoss de même que les conseils d'administration et les directeurs des Urssaf sont particulièrement attachés à la notion de service rendu. Nous sommes dans l'esprit de service, et pas de taxation.

M. BEAUDOUIN

Avec le chèque emploi service universel, vous proposez un réel service aux particuliers employeurs qui dépasse le simple recouvrement des cotisations. Faut-il y voir la manifestation concrète de l'orientation majeure de la branche ?

M. AMGHAR

Il s'agit en effet de la principale orientation de la branche pour plusieurs catégories d'usagers.

Le service rendu à l'employeur repose de plus en plus sur l'accompagnement, notamment par la fourniture d'informations juridiques. Ainsi, la mise à disposition à partir de 2019 du Bulletin officiel de la sécurité sociale facilitera l'accès à l'information.

Les délais de paiement sont un autre aspect de l'offre de la branche, qui est important dans la période actuelle. De ce point de vue, nous souhaitons être encore plus pro-actifs que nous ne le sommes actuellement.

Nous savons que certains publics ont un grand besoin d'accompagnement. Je pense en particulier aux particuliers employeurs, aux petits employeurs qui utilisent le titre emploi service entreprise (TESE) ou le chèque emploi associatif (CEA), et aux travailleurs indépendants. L'un des objectifs de la réforme du RSI consiste du reste à permettre au régime général d'offrir un accompagnement global aux travailleurs indépendants, lequel doit reposer sur les Urssaf puisque plus de la moitié des contacts des travailleurs indépendants avec la sécurité sociale sont motivés par le recouvrement. Or, à cette occasion, d'autres problématiques, y compris d'action sociale, peuvent être identifiées.

M. TESSON

Il convient de préciser que l'innovation dans l'offre de service est le résultat de l'écoute attentive des besoins des cotisants de la part de l'Acoss et des Urssaf, à la fois localement et par l'intermédiaire des conseils d'administration. C'est notamment grâce à l'implication des partenaires sociaux qu'il est possible de prendre en compte les besoins et d'y répondre. Cette offre est très connectée avec l'expression d'un besoin.

M. AMGHAR

Cette priorité a fait l'objet d'un réel consensus lors de la construction de la COG. Elle traduit l'aspiration de la plupart des collaborateurs de la branche, de la société dans son ensemble ainsi que des pouvoirs publics. Elle répond en outre aux attentes exprimées par le conseil d'administration de l'Acoss et par ceux des Urssaf.

M. TESSON

Permettez-moi de souligner une spécificité du recouvrement social : son faible coût de gestion, qui est très inférieur au coût du recouvrement d'autres prélèvements, fiscaux ou sociaux.

M. BEAUDOUIN

Estimez-vous que le processus d'universalisation en cours dans la sécurité sociale qui va de pair avec la modification de la structure de son financement et la montée en puissance de la CSG risque d'avoir des incidences sur la gouvernance de la branche du recouvrement ?

M. TESSON

Je considère que le mode de gouvernance de la branche se justifie par autre chose. Les conseils d'administration sont les seuls lieux où les partenaires sociaux peuvent s'exprimer sur des projets de texte à travers les saisines. Ils sont une enceinte de dialogue social et toute organisation qui y prend position suscite la réaction des autres ou un changement de perception. Ce lieu d'échanges n'existe pas ailleurs. La consultation des partenaires sociaux représente une vraie valeur ajoutée car ceux-ci portent un regard complémentaire à celui des services de l'Acosse sur les projets qui leur sont soumis.

M. AMGHAR

Concernant l'universalisation, il ne faut pas la confondre avec la non-contributivité. La protection universelle maladie représente un bon exemple de l'alliance entre l'universalité et la contributivité. Elle ne bouleverse donc pas fondamentalement la conception traditionnelle des relations entre les droits et les contributions. Malgré les évolutions du financement, la dimension contributive demeure pour certains risques, parmi lesquels le risque maladie (indemnités journalières) et le risque chômage. Pour la retraite, il est même envisagé de rendre plus manifeste la contributivité. La situation n'est du tout à rebours de la contributivité. Par ailleurs, les partenaires sociaux ne sont pas uniquement les représentants des salariés et des employeurs.

M. TESSON

Ils peuvent aussi représenter une branche d'activité ou une compétence.

M. AMGHAR

De plus, les organisations patronales et les syndicats de salariés prennent également en compte les intérêts des personnes qui, sans être en activité, sont couvertes par la protection sociale. Je pense évidemment aux chômeurs et aux retraités. La légitimité des partenaires sociaux ne se réduit pas aux personnes en activité.

M. TESSON

L'autre contribution des partenaires sociaux à la gestion concerne leur participation aux décisions relatives aux moyens, aux marchés et aux budgets. Les services tirent ainsi partie des compétences techniques de certains d'entre nous pour objectiver plus facilement certaines situations. Les regards croisés sont toujours bons. Inversement, on peut être très bétotien. A travers des questions naïves mais non moins pertinentes, on peut pousser nos interlocuteurs à aller plus loin dans l'expression de la situation et faire ressortir d'éventuelles incohérences.

M. AMGHAR

La participation des partenaires sociaux est de surcroît source d'exigences quant à la qualité des prestations de la branche. Les services doivent rendre compte de leur activité, ce qui contribue à empêcher des dérives en termes de qualité de service. Si le recouvrement était opéré par une administration aveugle, les enjeux de qualité de service ne seraient peut-être pas perçus avec autant d'acuité. Il en va de même pour ce qui concerne les projets de grande ampleur dont il doit être rendu compte au conseil d'administration.

M. TESSON

Si le conseil d'administration n'existait pas, la tutelle se ferait encore plus sentir. Elle pourrait imposer plus facilement certaines mesures aux branches parce que le directeur est nommé par le conseil des ministres et que les services lui résistent moins aisément qu'un conseil d'administration, lequel est plus libre. Il ne faut surtout pas en conclure que le conseil d'administration s'érige en contre-tutelle. En tout cas, il est plus facile de poser les choses sans être dans un rapport de force ou d'atténuer ce dernier dans lequel la tutelle se met de temps en temps.

M. AMGHAR

La présence des partenaires sociaux permet également de rendre effectifs les dispositifs de contractualisation, qui sont au demeurant tout à fait sains. Les dispositifs de contractualisation, grâce auxquels des missions de service public peuvent être confiées à des opérateurs externes, permettent de conjuguer des objectifs de long terme avec une gestion qui elle-même se projette dans la visibilité. De tels dispositifs posent des problèmes à l'État car ils l'obligent à s'engager et à renoncer à toute régulation annuelle et même infra-annuelle, et ce malgré les aléas externes auxquels il doit faire face. La présence des partenaires sociaux contraint précisément l'État à tenir ses engagements, lesquels sont le gage d'une meilleure gestion que si nous étions sur un pilotage à courte vue.

M. TESSON

J'aimerais insister sur le recours amiable. Le paritarisme dans le recours amiable oblige à objectiver les situations parce que les questions soumises aux commissions de recours amiable sont examinées selon des points de vue différents. Dans la branche du recouvrement, les commissions de recours amiable sont strictement paritaires, ce qui n'est pas le cas partout. Ces commissions fonctionnent bien et les décisions qu'elles prennent sont certainement plus justes et objectives que si les dossiers étaient traités par les seuls services.

M. BEAUDOUIN

Comment la branche du recouvrement se prépare-t-elle à appréhender le volet « action sociale des travailleurs indépendants » à l'occasion de l'intégration du RSI dans le régime général ?

M. AMGHAR

Nous allons reprendre une partie de l'action sociale en allant plus loin que ce que nous faisons actuellement pour les entreprises, auxquelles nous accordons déjà des délais de paiement en cas de besoin.

En ce qui concerne les travailleurs indépendants, les cotisations peuvent être prises en charge, le fonds d'action sociale se substituant alors aux intéressés. Le fonds d'action sociale dispose de quelque 30 M€ à cet effet. Les décisions correspondantes relèveront de la compétence du Conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants (CPSTI), qui fixera les principes et le barème de la prise en charge. Ce sont les instances régionales du CPSTI qui traiteront les dossiers. Elles se substitueront donc aux actuelles commissions d'action sociale du RSI. L'instruction sera réalisée par les services de la branche du recouvrement alors qu'elle est aujourd'hui effectuée par les services du RSI. Seuls les partenaires sociaux qui siègent au CPSTI seront donc associés.

Nous avons de plus l'ambition de maintenir une véritable articulation entre les diverses formes d'action sociale dont bénéficient les travailleurs indépendants, entre celle qui s'exerce dans les champs de l'assurance maladie et des cotisations par exemple. Ceci nécessitera des échanges d'informations entre la branche du recouvrement et l'assurance maladie.

M. BEAUDOUIN

Alors que le sujet des relations entre l'État et la sécurité sociale est assez prégnant, la nouvelle COG modifie-t-elle les relations entre la branche du recouvrement et l'État ?

M. TESSON

Je ne perçois pas la moindre modification et j'estime au contraire qu'il nous appartient d'exercer toutes nos prérogatives, ce qui n'est pas toujours le cas actuellement. On se laisse peut-être entraîner par l'exercice de la tutelle par la tutelle.

M. AMGHAR

Certains des chantiers qui vont démarrer pendant la durée de la COG vont conduire la branche du recouvrement à être en relation avec des ministères et des composantes de l'État qui ne sont pas nos interlocuteurs habituels. C'est le cas pour la formation professionnelle et l'apprentissage ou pour les travailleurs handicapés.

M. BEAUDOUIN

Quels sont selon vous les atouts de la branche du recouvrement dans le débat autour de l'agence unique de recouvrement ?

M. TESSON

Je pense que notre système d'information est particulièrement adapté au recouvrement des cotisations sociales.

M. AMGHAR

La branche assume sa mission de façon à la fois performante et évolutive. S'agissant de la performance, je ne veux pas seulement parler des coûts de gestion mais aussi de la capacité de la branche à recouvrer les cotisations et à assurer l'exhaustivité des déclarations. Par ailleurs, la branche prend régulièrement en charge de nouvelles missions. Elle fait également évoluer son offre et sait s'adapter à des publics différenciés. En bref, la branche s'est toujours transformée sans la moindre difficulté, si l'on met de côté l'épisode du RSI, qui n'est pas imputable à la branche mais au contexte global du projet lui-même.

M. TESSON

Si notre fonctionnement est satisfaisant, la lutte contre la fraude et le recouvrement forcé peuvent être améliorés, d'autant plus que le comportement des fraudeurs évolue et que la branche doit s'adapter en conséquence. C'est pourquoi la branche doit développer sa collaboration avec d'autres organismes qui luttent contre la fraude, de la même façon que la police et la gendarmerie doivent coopérer pour être plus efficaces.

M. AMGHAR

Notre capacité d'adaptation et de prise en charge de nouvelles missions est très liée à notre modèle de gestion. Notre organisation est la même que celle des caisses de sécurité sociale. Elle se caractérise par la mise en œuvre d'une convention collective commune aux organismes de sécurité sociale et par une gestion décentralisée des ressources humaines, chaque directeur d'Urssaf étant employeur. Cette organisation représente un réel atout, notamment parce qu'elle permet d'attirer des compétences et de les retenir. Je l'affirme d'autant plus volontiers que, venant de l'État, je suis conscient des difficultés créées par la gestion statutaire des fonctionnaires de l'État. Je vois mal comment je pourrais affronter les défis actuels, comme le déplacement d'activités ou l'adaptation au numérique, si je devais le faire dans le cadre statutaire de la fonction publique d'État.

M. TESSON

Je souhaite parler à nouveau des textes dont nous sommes saisis pour consultation. Si notre conseil n'était pas consulté, les services n'auraient pas à les examiner. Nous avons aujourd'hui un processus de saisine relativement contraignant qui oblige les services à aller au fond des sujets et l'analyse qu'ils réalisent à cette occasion est de grande qualité.

M. AMGHAR

Ce travail permet notamment d'identifier des difficultés et de confronter des points de vue, d'autant plus que le conseil réunit actuellement à la fois des experts et des acteurs de terrain.

M. BEAUDOUIN

On ne le sait pas toujours mais l'Acoss dispose d'une compétence d'émission pour sécuriser un volume conséquent de refinancement quotidien au meilleur coût. En quoi est-ce une spécificité ?

M. AMGHAR

Ceci illustre une fois encore le fait que nous ne sommes pas seulement un collecteur. Notre activité de trésorerie est très différente de celle qui est réalisée par l'État parce que notre gestion se limite au court terme. Nous n'émettons en effet pas au-delà d'un an, ce qui nous distingue de la CADES par exemple. De plus, notre gestion de trésorerie est indissociable de l'activité des caisses prestataires, notamment de celle de la CNAV, qui doit payer les retraites chaque mois. Toutes les évaluations externes saluent la qualité et la fiabilité de notre gestion de trésorerie, laquelle repose du reste sur un petit nombre de personnes.

M. TESSON

La CADES confie l'émission de sa dette à l'Agence France Trésor. Pourquoi l'Acosse ne ferait-elle pas de même ? Pour répondre à cette question, il faut prendre en compte le chaînage entre toutes les opérations. Nous gérons avant tout des flux et il est difficile de gérer les stocks sans maîtriser les flux. Or la maîtrise des flux est directement liée au métier de recouvreur social. Il ne serait donc pas opportun de transférer l'émission de la dette.

M. AMGHAR

La charge d'activité ne se situe pas dans le placement de quelques milliards sur les marchés mais dans la prévision de trésorerie, qui repose à la fois sur le suivi des dates de versement dans les Urssaf et sur la maîtrise des flux sortants dans les caisses prestataires.

M. TESSON

L'équilibre actuel, assez remarquable, s'est construit pendant des décennies. Toute modification risquerait de fragiliser l'ensemble du dispositif. Nous sommes solides chez nous mais serions fragiles à l'extérieur.

Pour conclure, je souhaite Les partenaires sociaux, qui disposent d'une plus grande liberté d'expression, sont en quelque sorte les « gardiens » des valeurs de la sécurité sociale. Heureusement, ils n'ont pas à exercer ce rôle trop souvent. Je ne plaide pas pour l'immobilité mais il ne faut jamais oublier que la société française est organisée autour des valeurs de la sécurité sociale. Je pense notamment à l'accompagnement de toutes les vulnérabilités, qui repose sur le socle des valeurs fondatrices de la sécurité sociale. Ce socle peut certes évoluer mais à condition que le reste évolue également dans le cadre d'un projet de grande ampleur.

La CRPCEN, un modèle spécifique de gestion

Olivier MANIETTE, Directeur général de la CRPCEN



Olivier MANIETTE est Directeur général de la Caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires (CRPCEN) depuis 2014. Il était auparavant directeur adjoint de la CRPCEN. Ancien élève de l'EN3S, il a été successivement chef d'un centre d'assurance maladie à la CPAM des Yvelines, sous-directeur à la CAF de l'Essonne en charge des budgets, de l'informatique et du secrétariat du conseil, puis sous-directeur à la CNAF en charge de la gestion et du financement de l'action sociale de la branche.

Tout semble être dit sur les régimes spéciaux et les caisses qui les gèrent. Produits d'une Histoire qui a pris un autre cours, porteurs de privilèges d'une autre époque, ils contrecarrent l'esprit cartésien épris de simplicité et de clarté dans une protection sociale déjà bien foisonnante.

Le directeur qui prend sa plume pour parler de la caisse qu'il dirige et gérant l'un des régimes en question sera, au mieux, soupçonné de partialité, au pire, accusé d'exercer une action forcément pernicieuse et contraire à l'intérêt général : « C'est du lobbying et c'est mal ». Et si la vérité, faute d'être ailleurs, était moins manichéenne ?

Aux trois reproches classiques adressés aux régimes spéciaux (être dépendant de la solidarité nationale, isolé du reste du monde la protection sociale et versant des avantages exorbitants) la CRPCEN peut répondre qu'elle n'est pas concernée. Elle dégage chaque année des excédents dont une partie est versée au régime général, l'âge de départ à la retraite est aligné sur celui des autres Français et nous avons un système d'information en partie partagé avec la Cnav ou la Cnam.

Dans un paysage de sécurité sociale qui tend vers une (trop ?) forte uniformité, il n'est pas inutile de s'attarder un peu sur cette petite caisse (220 agents tout de même) qui, sur un seul lieu d'activité, arrive à répondre à la clientèle redoutablement exigeante et très informée des clercs de notaires (et notaires salariés), assurés qui connaissent très bien leur droit... et leurs droits, travaillent d'arrache pieds souvent six jours par semaine dans des études notariales où l'activité explose et ne comprennent guère de ne pas être servis vite - et bien - par leur caisse alors que l'exigence qui pèse sur eux comme clercs (rédacteurs d'actes authentiques où la loi exige le zéro défaut) n'a jamais été aussi forte.

La CRPCEN ne serait pas alors un musée mais un laboratoire passionnant où certains mélanges chimiques devenus impossibles dans le régime général pourraient encore se faire.

Et dans notre pays où le paysage des retraites va se révolutionner et où le monde de la santé peine à se réinventer, coincée entre les exigences apparemment contradictoires de l'économie d'une part et de la qualité des soins d'autre part, le laboratoire CRPCEN pourrait aider à imaginer une troisième voie, celle d'un « en même temps » finalement très à la mode, fait de qualité et de frugalité, d'industrialisation et d'innovation, d'homogénéité et de diversité.

En regardant cette petite caisse, nous n'aurions finalement pas la vue de rétroviseur tant redoutée au départ mais une vision grand angle, anticipatrice, rafraîchissante et précieuse pour ceux qui souhaitent sortir - au moins un moment - des sentiers battus pour bâtir notre sécurité sociale de demain.

Notre propos s'articulera autour de trois axes :

La Crcpen est un organisme aux caractéristiques intéressantes (1) et demeure en partie atypique (2) Elle perd progressivement son originalité et devient pionnière dans plusieurs domaines (3).

I- LA CAISSE DES CLERCS DE NOTAIRES SE RÉVÈLE INTÉRESSANTE ET ATYPIQUE.

I.1 / Pourquoi est-il intéressant dans un monde du social tendant à plus d'uniformité ?

La gestion multirisques facilite les démarches des assurés.

Depuis sa création, la CRPCEN gère les risques maladie, vieillesse et assure le recouvrement des cotisations et de la taxe finançant le régime.

Ce positionnement multi-risques facilite la relation avec les assurés : le cotisant, le malade éventuel et le retraité de demain ne font plus qu'un. À un moment où les réflexions sur la relation client plaident en faveur des offres sur rebond (profiter d'un contact client, au départ ponctuel et ciblé, pour faire ensuite le point sur l'ensemble d'une situation), cette triple gestion sur un même lieu et parfois par les mêmes équipes (par exemple sur la plateforme téléphonique) apparaît comme un atout. Plusieurs événements comme la naissance d'un enfant, une période de chômage ou d'arrêt maladie, ont un impact aussi bien sur les versements de droits maladie que sur le suivi de la carrière nécessaire au calcul d'une future pension. Le traitement en une seule fois de ces événements apparaît comme générateur de gains potentiels de productivité comme d'un meilleur service.

La CRPCEN gère aussi les bénéficiaires de façon globale, notamment lors de l'affiliation. Les gains de productivité comme la facilitation des démarches pour les employeurs et les assurés sont au rendez-vous.

Pour autant, le cloisonnement des systèmes d'information (reflet de ce que connaît le régime général) freine pour l'instant un suivi plus complet des risques et du service client qui pourrait l'accompagner.

Au-delà de cette limite venant de l'outil, les collaborateurs de l'organisme ne peuvent aussi acquérir facilement un niveau de connaissances tel qu'ils puissent être compétents, de manière polyvalente, aussi bien en assurance maladie qu'en gestion des pensions ou en relation employeurs.

La CRPCEN souhaiterait contourner ces obstacles et aller plus loin dans cette gestion multi-risques :

- ▼ Les démarches d'action sociale tireraient par exemple bénéfice de liens à renforcer entre les secteurs maladie et vieillesse. Il n'est pas forcément pertinent, par exemple, quand survient le grand âge chez nos assurés, de distinguer certaines aides liées au vieillissement et d'autres induites par les maladies chroniques : le diagnostic et l'adaptation du logement, la promotion de l'exercice physique, pour ne citer que ces services, apportent un plus, quelle que soit l'origine des faiblesses ou handicaps que doit surmonter l'assuré.
- ▼ Au niveau de la relation client, nous (comme tous les organismes) répondons trop à des demandes ponctuelles (où en sont mes remboursements ? quand vais-je recevoir ma future pension ? avez-vous bien reçu mon nouveau RIB ?...) sans rechercher suffisamment une vision d'ensemble de l'assuré. Or, l'assuré est d'abord dans une situation particulière (il change de banque, il déménage, il prend sa retraite ou il est malade...) avant de se préoccuper de formuler des demandes précises. Et il n'émet des questions qu'avec la perception (assez souvent tronquée) qu'il peut avoir des différents organismes publics (ou privés) chargés de l'aider, chacun dans leur domaine. Peu de portails généralistes - à part peut-être « Service-Public.fr » - guident les usagers vers les bonnes portes à pousser et les questions à se poser. Certains sites forts bien conçus comme Caf.fr partent bien de la situation de l'assuré mais ne répondent « que » dans le champ limité de leur administration. Le fait d'embrasser, dans un même organisme, plusieurs risques, nous donne au contraire une prédisposition naturelle à proposer des parcours à nos assurés tenant mieux compte de leurs attentes réelles en s'efforçant de répondre complètement et sur le fond à leurs attentes en dépassant la formulation uniquement administrative de leur question. Par exemple, une simple question sur les conditions réglementaires de prise en charge en matière de transport sanitaire peut, en fait, cacher une vraie difficulté de l'assuré sur ses possibilités d'accès à des soins adaptés ; une interrogation sur les seules indemnités journalières maternité peut déboucher sur une proposition de suivi plus global de la future maman (accès aux droits, prévention...).
- ▼ Il conviendra bien entendu de s'interroger sur les conditions devant régir la délivrance d'une information globalisée (l'agent de la plateforme téléphonique peut disposer d'une base très complète, segmentée par champ d'intervention, sur les associations reconnues d'utilité publique présentes sur le territoire et les offres d'action sociale locale municipales ou départementale...) mais il ne peut se substituer au médecin, à l'assistante sociale ou à tout autre corps spécialisé devant lequel il doit s'effacer au bon moment, après avoir aiguillé au mieux son interlocuteur. A charge

pour lui cependant de ne pas donner l'impression qu'il se « débarrasse » du dossier. Un rappel de l'assuré une semaine plus tard pour s'assurer que le spécialiste était bien joignable, disponible et pour simplement « prendre des nouvelles » constitue une forme d'accompagnement toujours appréciée.

On peut imaginer que cet accueil plus global se substitue, en partie, à l'effort d'accueil téléphonique traditionnel devenu, pour certains assurés plus fragiles, inadapté. Il aide ainsi à absorber une partie de la « charge » d'accueil et endigue intelligemment une partie des flux entrants.

L'organisme à taille humaine : *small* certes, mais vraiment *beautiful* ?

La région parisienne abrite des organismes de sécurité sociale de taille importante - 700 à plus de 1000 collaborateurs - liés à des départements très peuplés. Cette configuration facilite les économies d'échelle mais conduit parfois à des lourdeurs et/ou des fonctionnements en silos.

Il existe en revanche beaucoup d'organismes de taille relativement modeste (200 collaborateurs) dans le réseau des caisses de sécurité sociale mais assez peu en plein Paris.

La CRPCEN fait un peu figure d'exception et abrite une équipe très motivée à proximité de la gare Saint-Lazare.

La ligne hiérarchique reste courte et les agents se connaissent tous. Une difficulté ponctuelle et urgente avec un assuré, détectée sur la plateforme téléphonique, peut être prise en charge immédiatement par un membre de la direction qui connaît, de toute façon, personnellement le responsable de l'accueil. Un blocage de production ? Un succès d'une équipe ? Un obstacle soudain sur un projet ? Le directeur aura toujours une vision rapide de ce qui se passe dans « les conditions du direct ».

Les agents travaillant sur des projets d'importance nationale côtoient en permanence ceux qui doivent assurer les activités de production. Ils ne sont ainsi jamais tentés d'oublier la finalité de leurs travaux et la nécessité d'aboutir dans des délais raisonnables. En outre, tout au long de leurs avancées, ils peuvent faire valider leurs cahiers des charges puis leurs développements par leurs collègues « de terrain » qui positionnent naturellement en conseillers et en accompagnateurs.

Le revers de la médaille de cette double dimension humaine et multi-risques apparaît néanmoins à travers une charge considérable pesant sur les équipes et leurs cadres. Il leur faut maîtriser parfois plusieurs législations ou un champ important de celles-ci dans les domaines maladie, vieillesse, action sociale, immobilier, gestion de trésorerie et/ou recouvrement... et être à l'aise aussi bien dans des dimensions opérationnelles immédiates - à l'instar des organismes locaux - que dans une vision à plus long terme de construction de la CRPCEN de demain, en liaison avec les démarches inter-régime, comme dans une caisse nationale. Cette approche panoramique, pour passionnante qu'elle soit, demande une mobilisation de tous les instants et ne va pas de soi.

Elle oblige la direction de la caisse à des efforts importants d'anticipation car toute mobilisation soudaine de ressources souvent rares peut conduire à des décalages complexes à gérer en termes de re-planification ou à des retards de mise en production.

Il n'est pas non plus évident de se tenir à la pointe de l'information, de ce que doit

savoir maîtriser une Cnam, une Carsat, une Urssaf, une agence de gestion de patrimoine immobilier et enfin un gestionnaire de fonds...

Le directeur doit assumer les risques classiques inhérents à la gestion des organismes de sécurité sociale mais aussi se prémunir de toute défaillance engageant sa responsabilité - parfois pénale - sur les multiples chantiers que la caisse gère, comme propriétaire, dans son parc de 31 immeubles haussmanniens et ses quatre résidences de vacances, toutes très éloignées de Paris.

Le climat social reste serein mais les équipes se mobilisent fortement.

Une caisse où chacun connaît tout le monde ne bénéficie pas forcément d'un climat social serein. Chacun sait que les petites familles cachent parfois des haines tenaces et il n'est écrit nulle part que la proximité entre les équipes garantit l'apaisement, au contraire.

Heureusement pour la CRPCEN, il n'en est rien. Une succession de directeurs peu portés vers le conflit, doublée d'une volonté réaffirmée des institutions représentatives du personnel d'aborder les relations sociales sous un angle « bon enfant », a longtemps prévalu et perdure. Les grèves restent rares, les tracts se contentent d'être informatifs et les séances de comité d'entreprise ne dépassent pas les deux ou trois heures.

Les visiteurs sont souvent frappés de croiser des agents qui ont le sourire et disent « bonjour » spontanément.

Des salariés très attachés à leur caisse (le *turn over* demeure faible), des cadres (très, voire trop) impliqués, une direction assez jeune (au moins d'esprit), hyper motivée par des projets très variés, expliquent en partie cet état des choses.

Les réorganisations se font de façon consensuelle et la direction ne passe pas en force, en prenant le temps de co-construire avec les intéressés et d'amender ses projets initiaux.

Nous ne baignons, pour autant, pas dans le meilleur des mondes. Les suppressions de postes et réduction d'effectifs (la caisse a rendu 14 postes sur les 16 postes prévus de départs à la retraite et a divisé par deux le nombre de ses CDD) pèsent et pèseront encore sur le climat et la charge des équipes.

De façon récente, les cadres doivent, quant à eux, muscler aussi bien leur leadership, leur pilotage de la production ou leur capacité à travailler en équipe. Ce virage s'est effectué en peu de temps et sans doute avec retard - ceci explique cela - par rapport au régime général. Visiblement, il a été parfois difficile à prendre. Cela fera dire à un membre de l'équipe de direction, prenant une image issue du monde des pilotes de chasse : « Nos cadres, au moment de l'accélération du changement, se sont pris 4G ». Cette situation qui a permis à la caisse d'obtenir des résultats incontestables en relativement peu de temps, n'est pas tenable sur la longue durée. La prochaine Cog devra contenir un volet plus fourni que dans la précédente, sur la partie « accompagnement au changement » (changement qui, lui, ne s'arrêtera pas, porté par les exigences des clients et des pouvoirs publics).

Les employeurs « homogènes » nous facilitent la tâche.

Il existe environ 6000 études de notaires en France employant plus de 56 000

clercs et employés de notaires (dont 2500 notaires salariés), tous affiliés à la CRPCEN. Même s'il existe des différences notables entre les études des grandes villes et celles implantées en zone rurale, on peut affirmer que la caisse gère une clientèle d'employeurs assez homogène.

Cela facilite le recouvrement, en maintenant des frais de gestion peu élevés et le contrôle sur place ou sur pièces ne présente pas de difficulté majeure. Le contrôle de la taxe de 4 % prélevé sur le chiffre d'affaire - en plus des cotisations salariales et patronales classiques - demande une spécialisation des inspecteurs et une formation que seule la CRPCEN peut délivrer.

II- NOTRE CAISSE RESTE POUR AUTANT ASSEZ ATYPIQUE

La CRPCEN reconstitue - comme une maquette de « France Miniature » - une mini sécurité sociale à elle toute seule.

Elle est intégralement autofinancée, n'a jamais fait appel à la solidarité nationale et a des réserves (près d'un milliard d'euros, soit un peu plus d'un an de prestations vieillesse) pour faire face à d'éventuels revers de fortune.

31 immeubles haussmanniens bien situés dans Paris ainsi que quatre résidences de vacances (confiées en gestion à Vacances Bleues) dont elle assure les charges de propriétaire lui assurent des revenus complémentaires de 10 millions d'euros par an et couvrent ainsi largement les dépenses d'action sociale.

Cet important patrimoine immobilier rend le travail des équipes de la caisse original par rapport à celui de leurs collègues du régime général.

Il faut suivre en permanence plusieurs chantiers de travaux répartis sur Megève, Saint Jean Cap Ferrat, La Baule ou Seignosse ou plus concentrés sur les immeubles parisiens. Les ravalements de façades, les reconstructions de piscines, les mises en climatisation de bungalows ou réfections massives d'appartements dans la capitale, n'ont plus de secret pour nous et mobilisent en permanence toute une petite équipe comprenant, notamment, quatre conducteurs de travaux.

La direction suit en outre avec attention l'évolution du chiffre d'affaire de l'hôtel quatre étoiles, propriété de la caisse et dont 22 % du chiffre d'affaire est reversé au régime en plus d'un loyer confortable, dans les normes d'un des plus beaux quartiers de Paris, près des Grands Magasins.

Arbitrages sur les marchés de travaux, signatures de baux commerciaux, suivi de multiples chantiers, rendez-vous avec les notaires de la caisse, anticipation de contentieux avec l'avocat spécialisé... : les journées du directeur de la CRPCEN échappent à la routine. Les parapheurs à signer le soir couvrent aussi bien l'immobilier, la gestion de trésorerie, l'action sociale mais aussi naturellement les matières plus traditionnelles bien connues des dirigeants de Cnam, Carsat ou Urssaf (mais de façon réunie).

Le conseil d'administration est strictement paritaire : on compte huit notaires désignés par le Conseil supérieur de notariat et huit clercs actifs et retraités élus par

leurs pairs. La présidente de cette assemblée est issue du Conseil d'État et la CRPCEN a eu par exemple l'honneur d'accueillir Yannick Moreau (présidente de la section de contentieux du Conseil d'État mais aussi du comité de suivi des retraites et ancienne présidente du Conseil d'orientation des retraites) et maintenant Christine Maugué (présidente de la 7^e chambre de la haute juridiction).

Les pouvoirs respectifs du Conseil et du directeur suivent la même ligne de partage que celle qui est connue dans les organismes du régime général. Les versions successives du décret fondateur de 1990 ont en effet donné des pouvoirs accrus au directeur qui dirige les services et fixe leur organisation, peut seul engager l'organisme dans les actes de la vie civile, ordonnance les dépenses, nomme aux emplois... L'absence d'une caisse nationale au-dessus de la CRPCEN a conduit en revanche le Conseil à conserver son pouvoir de nomination du directeur (issu des rangs des agents de direction de la sécurité sociale ou d'un corps de fonctionnaire).

La gouvernance de l'organisme est facilitée par une forte homogénéité du vote employeur au sein du CA, toujours très discipliné vis à vis des consignes données par le vice-président notaire, ce qui garantit une quasi majorité, si les notaires adhèrent à une proposition.

Le vote des employés reste un peu plus complexe en raison d'une assez forte division entre la fédération générale des clercs et employés de notaires FO (syndicat historique, à l'origine de la création de la caisse) et la CFDT salariés et clercs de notaires, détenant chacune trois des sièges de l'assemblée. La vice-présidente est Lise Verdier (CFDT) et a succédé à Nobert Sentier (FO).

La CGC et la CGT se partagent les deux sièges (titulaires) restant.

D'un point de vue juridique, toute alliance - même momentanée- entre l'un des syndicats et les employeurs, permet d'obtenir une majorité.

La présidente dispose aussi d'une voix prépondérante en cas de partage.

Ces règles - doublées d'un fort esprit de responsabilité des administrateurs - conduisent à une gouvernance plutôt stable et à des décisions - relativement - faciles à prendre, du moins pour celles qui ne conduisent pas le régime à une évolution ou une transformation marquée. Il est notable que le Conseil a toujours pris ses responsabilités pour équilibrer les dépenses et les recettes du régime, prendre les éventuelles décisions impopulaires. Contrairement à ce qui a été observé ici et là dans le monde de la protection sociale, l'État n'a jamais eu besoin de se substituer à l'organe délibératif qui serait devenu défaillant.

Dernière particularité du régime et de la caisse : ses comités de retraités. Organisés depuis plus de quarante ans sur une base régionale et une maille départementale, ces structures fédèrent une centaine de bénévoles très dévoués et motivés. Ils sont accompagnés - voire formés - par les équipes de la caisse.

Repas annuels, sorties culturelles, multiples voyages forment un ensemble à même d'attirer les autres retraités du régime.

Mais leur action se développe maintenant surtout autour d'un véritable accompagnement au « bien vieillir » et à la préservation d'un indispensable lien social entre seniors.

La commission d'action sociale peut faire appel à eux pour (re)nouer un contact avec un assuré en difficulté et recueillir - avec l'accord de l'intéressé - des informations précieuses permettant une prise de décision éclairée et un suivi sur la durée.

D'un dynamisme un peu inégal suivant les régions, pilotés par des personnalités fortes et attachantes, ils apportent une énergie incontestable au régime. Ils restent parmi les plus fervents supporters de la caisse et du régime. L'équipe de direction de la caisse « planche » régulièrement devant leurs assemblées afin d'expliquer les directions prises par l'organisme et les évolutions de la protection sociale des clerks. Malheur à celui qui arrivera sans bien connaître ses dossiers pour faire face aux questions parfois pointues posées par les participants (certains - anciens administrateurs et syndicalistes chevronnés - connaissent même par coeur, par exemple, les mécanismes de compensation inter-régimes ou l'organisation des réserves de la caisse).

III- NOTRE CAISSE DE DEMAIN : ELLE SERA MOINS ORIGINALE ET PLUS PIONNIÈRE

III.1 / Une caisse moins originale

L'originalité à tout prix dans le monde de la protection sociale n'a plus beaucoup de sens et se paie au prix fort pour ceux qui s'y risquent encore.

Il apparaît de moins en moins possible d'avoir un système d'information autonome vu les coûts croissants de conception/développement et l'inter-pénétration entre régimes induite notamment par la mobilité croissante des assurés (plus de 70 % des assurés CRPCEN sont polypensionnés).

Les processus de service à l'assuré et aux professionnels (carte vitale, compte carrière des actifs, relations avec les professions de santé...) poussent aussi à une intégration forte de processus devenus complexes en back office pour pouvoir être simple pour l'utilisateur.

Depuis une petite vingtaine d'années, côté maladie, la caisse est en info-gérance. Autrement dit, elle ne possède pas de centre informatique autonome et a recours au CTI Pacac de l'assurance maladie du régime général pour ses flux entrants et sortants ainsi que son éditique. Les collaborateurs de la caisse utilisent, quant à eux, l'appli Progrès pour les prestations en nature et en espèces.

Cette infogérance se passe bien sur l'aspect «transmission des flux». On déplore peu de pannes ou d'anomalies dans les flux de feuilles de soin électroniques descendants ou dans ce qui est produit par les équipes de la caisse en flux montants.

En revanche, la Cnam - sans doute débordée par les multiples intégrations de régimes, toutes décidées ces dernières années - peine à mettre à disposition de la CRPCEN les multiples outils annexes à Progrès permettant aux équipes métier de faire des gains de productivité appréciables (gestion des indemnités journalières, des arrêts de travail, outils comptables et/ou de gestion du risque...)

La caisse de la SNCF qui est aussi en infogérance mais avec la caisse centrale de MSA semble mieux lotie de ce point de vue.

Du côté de la vieillesse, la caisse a choisi une solution du marché pour le paiement des pensions (adaptation d'un produit de la société Meta 4) et a développé un outil

interne pour la liquidation de ces dernières. En revanche, l'option a été prise dès le début de ne pas remplacer la vieille base carrière et d'utiliser le seul RGPU (Répertoire de Gestion des Carrières Unique) dès sa mise en service, au premier semestre 2019.

L'instauration d'un système unique à l'occasion de la prochaine grande loi de réforme des retraites sera certainement l'occasion de refondre à nouveau les outils de toutes les caisses et de les faire converger beaucoup plus fortement qu'aujourd'hui.

Ce sera un vrai gain de temps pour les services et une simplification radicale pour les usagers.

L'extrême complexité et l'ampleur du projet RGPU (mobilisant une part notable des moyens de la Cnav mais aussi de l'Agirc Arrco) sur plusieurs années (la loi sur le Rgpu date de 2010 !) donne cependant une idée de l'énormité du chantier à venir pour arriver à un système réellement intégré en matière de retraite.

Pour le recouvrement, aucune solution satisfaisante n'a encore été trouvée vu que la caisse doit aussi gérer une contribution des notaires sur leur chiffre d'affaire.

En revanche, en ce qui concerne l'action sociale, la caisse a pris l'intelligent appli-catif pensé par la Cnam de la Sarthe et étendu dans le réseau des Cnam. Le futur outil comptable sera Sinergi, issu du célèbre Sap et bien customisé par la Cnav qui dédie maintenant une équipe pour exporter sur les autres caisses sa solution.

La caisse s'efforce de ne plus être « originale » sur trois autres domaines :

- ▼ la démarche qualité. Le choix a été fait d'obtenir la certification Iso 9001 afin d'unifier ses méthodes de travail interne (jusqu'à présent éparpillée entre les trois risques gérés - avec une double logique nationale et locale mais aussi l'immobilier). La logique du processus de traitement, tourné vers la satisfaction de l'usager /client, la boucle d'amélioration continue, les revues de processus, les ateliers d'optimisation, ont été une révolution peu évidente. Il a fallu oublier toutes les « bricolages » d'antan et passer à un fonctionnement rigoureux où tout doit être tracé et où rien ne peut être « caché sous le tapis ». L'investissement initial est lourd même si l'accompagnement par le prestataire retenu dans le cadre du marché EN3S (Opta-S) a été d'un grand secours. Les efforts se poursuivent pour conserver la certification, avec une volonté de faire plus simple, plus rapide et plus efficace pour que les assurés voient petit à petit réellement la différence.
- ▼ le pilotage de la production. Là encore, un marché national de l'EN3S met à notre portée une démarche adoptée avec succès par de nombreux organismes, notamment ceux de la branche famille. Meilleure gestion des stocks, anticipation à court, moyen terme des flux et adaptation des moyens humains et matériels en conséquence : autant de méthodes importées du monde de l'industrie qui permettent d'optimiser des ressources qui tendent à devenir de plus en plus rares, dans un monde complexe où l'interaction entre les métiers n'a jamais été aussi grande.
- ▼ les marchés nationaux. A chaque fois que cela est possible, la caisse s'inscrit dans les marchés des différentes caisses nationales, de l'Ucanss ou de l'EN3S. Pour cela, elle s'efforce de répondre présent lorsqu'elle est sollicitée pour la rédaction des cahiers des charges et insiste pour ne

pas être oubliée (comme les autres régimes spéciaux) au moment de la désignation des bénéficiaires potentiels de l'appel d'offre.

III.2 / la CRPCEN de demain sera pionnière ou ne sera pas.

On l'a compris, il ne reste plus grand chose du splendide (et mortel) isolement de la caisse des clerks de notaire. Va-t-on pour autant vers une banalisation qui pourrait conduire à douter de l'utilité même de l'organisme ?

La CRPCEN a un avenir uniquement si elle produit un service - meilleur et/ou plus adapté à sa population - à coût comparable à celui du régime général.

Pour cela, elle doit utiliser trois leviers possibles :

- ▼ le positionnement en pionnier
- ▼ l'innovation interne
- ▼ l'externalisation à la carte

Commençons par cette dernière : l'externalisation.

Nous l'avons vu : la caisse est info-gérée en assurance maladie et malgré des taux de remboursement supérieurs à ceux du régime général, elle utilise le logiciel Progrès.

L'externalisation ne date donc pas d'aujourd'hui. La Cog actuelle a permis de faire un pas de plus dans cette direction tout en fixant, avec le Conseil d'administration, une doctrine pour l'avenir.

Schématiquement, l'assuré clerks de notaire se soucie peu de savoir que le pharmacien auquel il vient de présenter sa carte vitale sera remboursé par une Cpm ou la Crpcen elle-même. Concernant ses frais de médecin, il peut consulter l'application fort bien faite Ameli développée par la Cnam.

En revanche, si sa situation devient plus complexe, s'il rentre dans un parcours attentionné dû à une maladie grave/un malheur de la vie l'empêchant d'accomplir ses démarches administratives facilement, c'est à ce moment-là qu'il sera bon qu'il puisse avoir des agents de la Crpcen attentifs et accompagnants. Tout le temps gagné sur une délégation de production sans réelle valeur ajoutée pour la caisse peut être réinvesti dans le service à l'assuré.

La caisse doit en revanche garder un droit de regard sur la production faite en son nom afin de s'assurer que le service courant est assuré correctement. Il est judicieux qu'elle garde des compétences métier lui permettant de bien comprendre le processus dont elle bénéficie. En outre, les agents de la Crpcen n'ayant pas forcément envie de quitter leur organisme auquel ils sont très attachés, la démarche de transfert de production ne peut se faire que petit à petit, au fur et à mesure des départs et des contractions d'effectifs liées aux Cog.

L'innovation interne :

Nul besoin d'aller chercher loin pour bien innover. La CRPCEN n'est pas à l'affût de l'idée originale à tout prix. Ni les Japonais au lendemain de la seconde guerre mondiale, ni même Apple n'ont forcément sorti des idées totalement neuves pour se renforcer !

C'est pourquoi l'organisme ne compte pas de lab' innov', ne fait pas d'Hackathon mais essaie de se concentrer sur ce qui a déjà été testé ailleurs, avec succès (gain de temps) et l'importe ensuite, en s'efforçant de le faire « mieux » et de façon plus rationnelle.

Il en est ainsi du «management visuel». Cette technique de management « au contact » est pratiquée des cadres au quotidien qui s'efforcent de faire partager à leurs équipes les réalités de la production. Il s'agit, dans les faits, de courtes séances quotidiennes où chacun reste debout et participe. Dans chaque entité, trône un tableau très clair, décrivant le « qui fait quoi », mis à jour des indicateurs comme des objectifs à atteindre par l'équipe.

Le management visuel n'est pas né à la CRPCEN. En revanche, les auditeurs de l'Afnor, lors de l'audit de certification, ont eu la (bonne) surprise de constater que la caisse mettait en œuvre cette technique de façon réellement généralisée, service par service, métiers ou support, acteurs de terrain ou entités plus proches de la direction. Chacun s'y met et tout le monde croit.

Le positionnement en pionnier :

La proposition de passer comme première caisse au Rgcu est venue de l'Igas et du futur sponsor du projet.

L'idée consistait à choisir une caisse de taille modeste pour tester - sans trop de danger pour le projet lui-même - ce répertoire à l'architecture ambitieuse. Il vaut en effet mieux s'apercevoir d'une difficulté sur des populations d'assurés de taille modeste : la détection sera immédiate et les correctifs beaucoup plus faciles à mettre en œuvre.

La caisse est aussi gagnante en termes de notoriété mais surtout par l'accompagnement très rapproché dont elle bénéficie de la part de la Cnav et de l'Agirc Arrco.

En guise de conclusion très provisoire, il y a bien une place pour un organisme comme la CRPCEN dans le monde de la protection sociale de demain.

Moins isolée, économe comme elle l'a toujours été, très motivée et tournée vers les autres organismes, dans une relation de confiance avec l'État chef d'orchestre, pilotée par un Conseil d'administration impliqué, elle peut jouer une partition pour autant un peu originale.

Et c'est peut-être dans les partitions originales que notre pays trouvera la force et les idées dont il a besoin pour surmonter ses contradictions et les crises qui en résultent.

Il est parfois bon de se tourner vers les organismes qui ont atteint leur 80^e année. Churchill affirmait déjà : « Plus vous saurez regarder loin dans le passé, plus vous verrez loin dans le futur. »

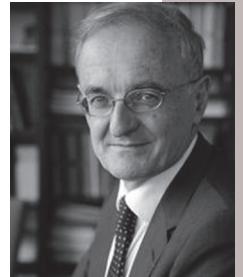
Les enjeux et les clés de la coopération dans le champ de la gestion du risque : l'expérience de la Bretagne

Par **Claudine Quéric**, Directrice de la CPAM d'Ille-et-Vilaine, directrice de la coordination régionale de la gestion du risque en Bretagne et **Olivier de Cadeville**, directeur général de l'ARS Bretagne



Claudine QUÉRIC est DCGDR, Directrice coordinatrice de la gestion du risque, pour la Bretagne à Rennes depuis 2013, année de sa prise de fonctions à la Caisse primaire d'Assurance Maladie d'Ille-et-Vilaine. Auparavant, elle était Directrice à la Cpm du Finistère dont elle a piloté la création par la fusion des CPAM de Brest et de Quimper (arrivée en 2004). Elle a commencé sa carrière dans l'Assurance Maladie et en Bretagne, après l'EN3S en 1994. Elle a aussi exercé pendant près de huit années dans la branche recouvrement à St Brieuc.

Olivier DE CADEVILLE est Directeur général de l'ARS Bretagne depuis 2015. Il a auparavant occupé les fonctions de Directeur délégué aux opérations auprès de la CNAM pendant 10 ans. Ancien élève de l'EN3S, il a commencé sa carrière dans l'institution au sein de la branche recouvrement comme Agent-comptable à l'URSSAF de Saint Brieuc puis Directeur de l'URSSAF de Rouen et de l'URSSAF de Rennes avant de rejoindre la CGSS de la Réunion en tant que Directeur Général de 1999 à 2005.



Une performance durable en gestion du risque implique la coopération entre institutions en charge de cette gestion. Seule une cohérence des messages et des interventions peut garantir des avancées sur des sujets qui sont souvent complexes et les acteurs multiples. Portés par cette conviction, dans un contexte breton traditionnellement favorable aux coopérations, Agence régionale de santé et Assurance Maladie poursuivent ensemble les objectifs de gestion du risque attendus du niveau national ou déterminés en région.

I- LA CONVERGENCE PROGRESSIVE DES POLITIQUES DE SANTÉ A PERMIS DE DÉFINIR UN CADRE OPÉRATIONNEL COMMUN POUR LA GESTION DU RISQUE EN RÉGION

Travailler en partenariat rapproché nécessite pour les acteurs régionaux, de bien se connaître, de poursuivre des objectifs communs, dans un cadre national facilitateur.

I.1/ Les acquis de la maîtrise médicalisée portée par l'assurance maladie ont favorisé le développement d'une démarche progressivement coordonnée

La démarche prônée par les pouvoirs publics d'une complémentarité croissante entre l'assurance maladie et les agences régionales de santé pour porter ensemble la maîtrise médicalisée de l'évolution des dépenses de santé a capitalisé sur l'expérience historique de l'assurance maladie dans ce champ d'action, et sur les partenariats noués à l'époque des ARH et URCAM de Bretagne.

Les champs de compétence des ARS et de l'assurance maladie ont été précisés : le pilotage du projet régional de santé et l'organisation de l'offre de soins pour les ARS, le rôle de régulateur de la dépense de santé en ville pour l'assurance maladie.

La convention nationale médicale de 2005 avait marqué en effet un tournant : mieux maîtriser l'évolution des dépenses de santé en influençant positivement le comportement des acteurs du système de santé (prescripteurs, professions prescrites et usagers). Cette maîtrise est dite médicalisée car elle repose sur la diffusion des recommandations de bonnes pratiques, sur la promotion des référentiels, qui contribuent à l'amélioration de la qualité et de la pertinence des prises en charge. Elle s'appuie sur les visites des délégués de l'assurance maladie, les échanges confraternels menés par les médecins conseil de l'assurance maladie, la sensibilisation des assurés (exemple de la campagne : « mal de dos : le bon traitement c'est le mouvement »)

Cette orientation s'intègre désormais à la démarche de pertinence des soins et d'amélioration des pratiques professionnelles, prônée par la stratégie nationale de santé 2018-2022. Elle est également à relier à l'enjeu d'une meilleure organisation des soins par la coordination des acteurs et la mise en place de parcours de santé mieux structurés pour les patients. Les actions de l'assurance maladie et des ARS deviennent fortement complémentaires dans l'ensemble de ces domaines d'intervention.

Sur un plan opérationnel en Bretagne, l'assurance maladie et l'ARS mènent des actions conjointes de promotion de l'exercice coordonné pluri-professionnel. L'ARS apporte un soutien aux acteurs sur les territoires pour qu'ils structurent leur projet de maison de santé pluri-professionnelle avec un certain succès, l'assurance maladie intervient en relais indispensable avec la mise en place de rémunérations pérennes de l'exercice coordonné dans le cadre de l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI) du 20 avril 2017.

Parallèlement, le Plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins (PAPRAPS) et l'Instance régionale d'amélioration de la pertinence des soins (IRAPS), créée par le décret n°2015-1510 du 19 novembre 2015 relatif à la promotion de la pertinence des actes, des prestations et des prescriptions en santé, confortent les initiatives communes à destination de la ville et des établissements de santé. Sous l'autorité d'un président particulièrement investi (lui-même président de CME d'un hôpital important) cette instance diffuse, dans un dialogue entre pairs, constats et bonnes pratiques recueillies régionalement et aussi orientations nationales.

I.2 / La création des ARS a induit un pilotage régional plus global de la politique de santé

La loi du 21 juillet 2009, « *loi HPST* », créant les agences régionales de santé (ARS), avait pour principale ambition de mettre un terme au cloisonnement des compétences des autorités publiques en matière d'administration de la santé en région. Pour cela, elle a regroupé des personnels issus des Agences régionales de l'hospitalisation (ARH), des Directions régionales et départementales des affaires sanitaires et sociales (DRASS et DDASS), des Unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM), des Caisses régionales d'assurance maladie (CRAM) et des Directions Régionales du Service Médicale (DRSM).

Les ARS ont donc été conçues pour constituer l'institution administrative régionale unique dépendant des ministres chargés de la santé, des personnes âgées, des personnes handicapées et de l'assurance maladie. Le dispositif ainsi posé avait une ambition majeure, tracer les axes stratégiques d'une politique de santé, comprise au sens large du préventif au curatif, au sein d'un projet régional de santé, véritable feuille de route partagée par tous les acteurs. Ce projet était à décliner ensuite dans les départements et les différents bassins de vie pour bien l'adapter aux exigences de chaque territoire.

Les instances de la démocratie en santé (la conférence régionale de la santé et de l'autonomie/CRSA et les conseils territoriaux de santé/CTS) ont trouvé leur place en apportant leurs propositions à l'écriture du projet régional de santé, à son évaluation, en relayant les besoins des territoires.

Enfin, cette nouvelle approche institutionnelle a permis de donner corps à trois ambitions structurant fortement l'action publique en santé :

- contribuer à l'amélioration de la santé des Bretons et de l'efficacité du système,
- encourager la cohérence des réponses aux problématiques de santé
- décroiser les parcours de santé et de vie (ville, hôpital, médico-social) tout en assurant qualité, efficacité et sécurité de la prise en charge et de l'accompagnement des personnes.

Deux DG ARS se sont succédés en Bretagne, tous deux issus de l'Assurance Maladie.

I.3 / L'Assurance Maladie a renforcé son pilotage régional

Dès 2006, une fonction de Direction de la coordination de la Gestion du Risque a été mise en place dans chaque région. En 2010, la direction régionale de la coordination de la gestion du risque (DC-GDR), a vu ses objectifs et ses modalités de fonctionnement précisés. En Bretagne, le directeur de la CPAM du chef-lieu de région a été désigné DCGDR par le Directeur Général de la Cnam. Il est ainsi devenu l'interlocuteur privilégié de l'agence pour favoriser le déploiement des projets régionaux ou nationaux en GDR, la mise en œuvre des synergies et autant que nécessaire négocier les complémentarités.

I.4 / La contractualisation d'un premier cadre d'intervention commun au niveau national et régional a lancé les bases du travail actuel

Le plan national d'action de gestion du risque, adopté par le conseil de l'UNCAM le 4 avril 2014, déterminait les actions à conduire par les trois régimes d'assurance maladie. Ce plan s'inscrivait dans la continuité du contrat État-UNCAM 2010-2013 et intégrait les dix priorités de gestion du risque établies en 2010 par le Conseil national de pilotage (l'instance de pilotage des agences régionales de santé). Il donnait aux ARS les orientations nécessaires à la mise en œuvre de la politique nationale de santé sur le territoire régional.

Concrètement, il précisait les actions de maîtrise médicalisée, les programmes d'efficience à destination des offreurs de soins, les programmes nationaux inter-régimes de prévention ainsi que les conditions de développement des télé-services pour les professionnels de santé. Ces thèmes ont fait l'objet d'un plan d'action commun dans chaque région, arrêté par le directeur général de l'ARS pour quatre ans.

II- LES MODES DE COOPÉRATION ISSUS DU PLAN ONDAM ET DE LA LOI DE MODERNISATION DU 26 JANVIER 2016 ONT PRODUIT DES GAINS D'EFFICIENCE NON NÉGLIGEABLES

Les avancées de la loi ont eu pour objectif de répondre à un triple enjeu visant au développement de relations à la fois plus complémentaires (particulièrement sur la coordination des réseaux au niveau local), plus efficaces (via les actions identifiées comme les plus porteuses de gains), et plus dynamiques, en réduisant la durée de contractualisation de quatre à deux ans. En Bretagne, la période antérieure avait, on l'a vu précédemment, permis de poser les fondements d'une coopération durable.

II.1 / Les acquis de la coopération bretonne ont jeté les bases de la nouvelle dynamique régionale

En Bretagne, les réseaux ARS et assurance maladie ont notablement renforcé leur synergie lors de la mise en œuvre du plan ONDAM. Il a eu pour apports principaux de fixer des objectifs partagés entre ARS et assurance maladie, et des objectifs propres à chaque réseau qui déclinaient la démarche globale vers l'ensemble des acteurs du système de santé.

L'assurance maladie a poursuivi ses actions concernant la pertinence et l'efficience des prescriptions réalisées en ville tandis que l'ARS est intervenue plus spécifiquement sur le champ de la gestion des établissements de santé (masse salariale, politique achat, accompagnement des établissements en difficulté...). Ensemble, les partenaires ont œuvré en faveur d'une évolution de l'organisation et du fonctionnement du système de santé, en contribuant à faire émerger le « virage ambulatoire ». Les réunions régionales de coordination de la gestion du risque ont été systématiquement précédées par des travaux en groupes techniques pour concevoir des modes d'action en commun mais aussi pour préparer une vision globale de l'évolution du plan.

La dynamique d'action commune en Bretagne et la mise en place d'un pilotage associé a précédé l'adoption des textes permettant de formaliser ces nouvelles coopérations. Le premier plan ONDAM a ainsi constitué l'affirmation d'une culture de résultats partagée entre l'ARS et l'assurance maladie.

II.2/ La loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 a précisé plus fortement le cadre de la coopération régionale

La loi a précisé les modalités de mise en œuvre d'un plan national de gestion du risque et d'efficience du système de soins, en focalisant l'action autour d'un petit nombre de priorités ambitieuses en termes d'efficience.

En Bretagne, l'adaptation n'a pas été compliquée, compte tenu de l'acquis sur la période antérieure, au contraire, le partenariat a progressivement été étendu au-delà du seul périmètre légal et réglementaire. Ainsi, la coopération a été traduite immédiatement dans la « Convention relative aux modalités de partenariat entre l'agence régionale de santé Bretagne et les organismes d'assurance maladie en région Bretagne », signée le 24 novembre 2016. La Bretagne était la première région signataire de ce nouveau contrat de coopération.

III- LA MISE EN ŒUVRE DES PLANS NATIONAUX : DES PRIORITÉS D'ACTION

III.1/ La stratégie nationale de transformation système de santé favorise le décroisement des plans d'action à porter en région.

Le « deuxième plan ONDAM » (2018/2022) s'inscrit dans le cadre d'une ambition plus large portée par la stratégie nationale de santé. Promotion de la santé et prévention, lutte contre les inégalités sociales et territoriales, qualité et pertinence des soins, innovation et place des citoyens dans la gouvernance du système de santé, santé de l'enfant, sont au cœur de cette stratégie, qui se décline ensuite dans des plans et programmes.

La prévention ouvre un champ d'action commun de plus en plus large. L'état d'esprit des acteurs régionaux permet d'avancer rapidement sur les objectifs communs et ainsi de mettre en œuvre ce premier axe stratégique du PRS.

Deux ou trois exemples seront plus parlants que de longs développements. Ainsi, dans le cadre du mois sans tabac, l'ARS s'était fortement mobilisée dès l'origine de l'opération, l'association des caisses primaires aux manifestations publiques a permis de renforcer encore leur impact. Dans le cadre de la santé des jeunes, c'est la CPAM d'Ille et Vilaine qui a pris le leadership et fédéré l'ensemble des acteurs de santé au bénéfice d'un projet à destination des étudiants.

La STSS, rendue publique le 13 février 2018 et traduite dans le nouveau PN/ GDR-ESS, comprend sept thématiques, déployées dans vingt-quatre axes de travail

(et quatre-vingt-cinq actions à réaliser) : prévention, structuration de l'offre de soins, pertinence et efficience des produits de santé, pertinence et qualité des actes, pertinence et efficience des prescriptions d'arrêts de travail, pertinence et efficience des prescriptions de transports et contrôle et lutte contre la fraude.

En Bretagne, la mise en œuvre de la STSS a donné lieu à un large travail en commun au premier semestre 2018, pour l'élaboration du nouveau PPR/GDR-ESS. En même temps qu'une phase d'organisation de février à avril, ARS et assurance maladie ont défini conjointement les co-pilotages pour chaque action (reprise des thèmes du programme national et intégration de thèmes du PRS jugés les plus pertinents). Fin mai, le projet de plan régional a été examiné par le comité technique régional ARS/assurance maladie avant sa validation par la commission régionale commune prévue dans le cadre de la convention de coopération, puis sa remontée au niveau national a été effectuée en début d'été.

Cette démarche nouvelle de transformation du système de santé s'est également traduite dans la mise en œuvre de l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 pour promouvoir le développement de l'innovation dans toutes les composantes du système de santé. En pratique, ces évolutions reposent sur la capacité des acteurs de terrain à proposer eux-mêmes certaines innovations revêtant diverses formes. En Bretagne, l'appel à projets régional a permis de recevoir soixante-et-onze projets, le plus souvent consacrés à la mise en place de nouvelles organisations, appelant des expérimentations et des financements adaptés.

Ainsi, pour la médecine de ville, la structuration des acteurs du secteur ambulatoire (soins de ville, de premier et de second recours) a fait l'objet de nombreux projets en rapport avec les enjeux du domaine : développement des maisons de santé pluri-professionnelles (15 % des médecins bretons exercent en MSP), développement à venir des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), promotion des outils numériques utiles à la coordination des soins autour du patient (dossier médical partagé, messagerie sécurisée de santé). Tous ces sujets sont partagés entre l'ARS et l'assurance maladie et font l'objet d'un portage commun.

III.2/ Le plan « Ma santé 2022 » donne une ampleur supplémentaire à la coopération bretonne

Conçu comme un axe majeur de la politique de santé afin de porter auprès des populations de façon concrète les enjeux de la stratégie de transformation du système de santé, ce plan présenté par le président de la République et la ministre de la santé le 18 septembre dernier a identifié les dix priorités d'action de la période à venir dont deux au moins appellent plus directement une action commune de l'ARS et de l'assurance maladie sur l'enjeu prioritaire de l'accès aux soins sur les territoires : le déploiement de mille Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) pour mailler le territoire national à l'horizon 2022 (avec un cadre conventionnel adapté) ; le soutien financier au développement des assistants médicaux auprès des médecins libéraux à condition que ces derniers exercent en groupe, s'inscrivent dans un exercice coordonné ou une CPTS et s'engagent sur un bénéfice mesurable pour la population en matière d'accès aux soins (augmentation de patientèle, réduction des délais de rendez-vous...), dans le but de libérer du temps médical.

Même si les textes d'application, qu'ils soient réglementaires et/ou conventionnels, ne sont pas encore parus, ARS et assurance maladie se mettent déjà en ordre de marche en Bretagne pour lancer et accompagner sans tarder les nouveaux modes d'organisation du système de santé.

IV- LA DÉFINITION DES CONDITIONS DE LA RÉUSSITE : UNE ÉTAPE NÉCESSAIRE

IV.1/ La création et la poursuite d'une dynamique relationnelle bâtie sur la connaissance réciproque entre les acteurs et une représentation substantielle de l'assurance maladie au sein des équipes de l'agence

Ce travail collaboratif engagé depuis de nombreuses années en Bretagne, a jeté les bases d'une connaissance réciproque des acteurs et des actions communes dans un cadre assez contraint, chacun gardant sa culture professionnelle propre ce qui est la garantie d'une coopération féconde.

L'intégration dans les équipes de l'agence de directeurs et de cadres issus des anciennes URCAM, CRAM et ARH a favorisé une dynamique partenariale. En Bretagne, le Comex de l'agence constitué d'une majorité de membres issus de l'assurance maladie - ce qui est un peu singulier au regard de l'ensemble du réseau des agences - a sûrement par un tropisme certain contribué à cette volonté de partenariat renforcé. Le recrutement par l'assurance maladie d'agents de direction expérimentés à l'agence favorise également cette connaissance mutuelle des équipes. Un langage commun a ainsi favorisé la dynamique relationnelle et le dialogue autour des enjeux, objectifs et modalités de la coopération en gestion du risque.

IV.2/ Les engagements de la convention de partenariat de 2016 traduisent cette recherche de coopération fondée sur une volonté d'efficience inscrite dans la durée

La convention prévoit en effet plusieurs engagements réciproques : favoriser un portage commun des objectifs et priorités partagées à la fois en termes de préconisations et en termes de plan d'actions ; s'engager à mobiliser les moyens nécessaires à la bonne mise en œuvre des missions fixées dans le cadre de la convention ; veiller à s'informer sur les sujets partagés ayant un impact pour les parties à la convention ; limiter l'échange et la diffusion des données au sein des instances définies par la convention et valider collectivement les modalités de diffusion par les parties ; participer autant que faire se peut aux différentes instances de concertation et de travail.

La mise en œuvre de la convention et des différents plans d'action a permis de donner à ces intentions une dimension très pratique. Ainsi, les parties ont souhaité veiller à une bonne répartition contractuelle des rôles dans le pilotage et dans les interventions territoriales, par exemple dans le champ des contrats d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins (CAQES), avec un ciblage travaillé ensemble, une information portée par l'ARS auprès des fédérations, une évaluation travaillée

conjointement avant une décision revenant au seul directeur général de l'ARS sur les montants de sanction ou d'intéressement. Dans le même ordre d'idée, l'assurance maladie est associée depuis 2016 aux dialogues de gestion menée par l'ARS avec les établissements de santé.

La direction régionale de la coordination de la gestion du risque et l'agence ont également jugé utile de rechercher à optimiser la gestion de leurs moyens humains dans un contexte très contraint. Ainsi, trois démarches sont venues concrétiser cette intention : des interventions thématiques sur les territoires définies en partenariat dans le cadre des instances opérationnelles (groupe de travail, comité technique) ; des équipes formées conjointement (équipes des caisses primaires et des échelons locaux du service médical côté assurance maladie, équipes des délégations départementales côté ARS) ; des interventions déployées prioritairement par l'une des parties (exemple de rencontres avec les commissions médicales d'établissement sur la pertinence en 2018, assurées par l'assurance maladie après préparation avec l'ARS).

L'efficacité de l'action menée repose également sur un reporting et un système d'information performant. Ainsi, outre le fait que les équipes de l'ARS peuvent accéder en routine au système national des données de santé (SNDS) issues des bases de l'assurance maladie, assurance maladie et ARS réalisent le suivi et la remontée des résultats des actions menées dans les outils nationaux. Cela permet de partager plus facilement le pilotage des actions mises en œuvre en Bretagne, ce qui est utile pour le suivi du CPOM ARS/État et des CPG des caisses. En pratique, un tableau de bord de pilotage est actualisé et commenté à chaque commission régionale, soit quatre fois par an.

Enfin, des actions supplémentaires menées en commun viennent enrichir la coopération et donnent à l'expérience bretonne une certaine reconnaissance au-delà des frontières de la région. C'est par exemple le cas avec les dialogues techniques annuels sur les blocs CPOM/plan triennal, auxquels l'ARS associe l'assurance maladie depuis 2017 (notamment pour les échanges portant sur les blocs médicaments, transports, pertinence). C'est encore le cas pour la réalisation d'un bilan annuel des dépenses de santé élaboré conjointement et qui a déjà donné lieu à des présentations communes en direction de la presse régionale.

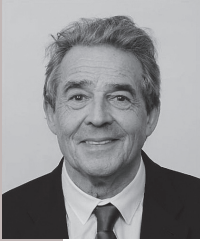
L'ensemble de ces constats appellerait certainement des analyses plus poussées en ce qui concerne les conditions d'une coopération réussie. Il est sans doute utile de rappeler que les acteurs sont engagés dans une tâche passionnante sans cesse renouvelée faire de l'accès à la santé un droit pérenne pour tous.

Derrière ce tableau positif de la coopération bretonne il faut souligner la nécessité pour les directions d'être vigilantes et créatives. En effet dans ces périodes de forte contrainte de moyens, la tentation peut être réelle de revenir à un exercice plus cloisonné si l'on n'y prenait garde. Il faut régulièrement redonner le sens de cette coopération rechercher une efficacité collective, pour être en capacité de porter dans les bassins de vie avec les acteurs locaux les projets de transformation de l'offre de santé adaptés aux besoins des territoires. C'est en ce sens que l'expérience bretonne de la gestion du risque se nourrit aussi de cette culture régionale, qui fait souvent la part belle au respect des points de vue de chacun et à la recherche de solutions construites à plusieurs et mises en œuvre collectivement.

Les évolutions de la GDR

LES NEUF CURSEURS QUI DONNENT À VOIR LES TRANSFORMATIONS DE LA VALEUR CRÉÉE PAR L'AM ET CELLES DU MODE DE CRÉATION DE CETTE VALEUR

Par **Michel Bauer**, consultant et **Sylvie Mansion**, directrice de la CPAM du Bas-Rhin



Michel BAUER est économiste et sociologue, il intervient comme consultant après une carrière d'enseignant-chercheur (IEP, HEC, Ecole des Mines et CNRS) puis de fondateur-animateur de Michel Bauer Consultants.



Sylvie MANSION est directrice de la CPAM du Bas-Rhin. Diplômée de l'EN3S, elle a auparavant été directrice de l'ARS de Franche-Comté après avoir été directrice adjointe de la CNAMTS puis de l'UCANSS

La montée en puissance de la Gestion du Risque (GDR) au sein de l'Assurance Maladie (AM) s'est traduite, au cours des 25 dernières années, par un élargissement des ambitions, une multiplication des actions et une diversification des modes d'action des acteurs de cette institution. C'est l'histoire de cet élargissement/multiplication/diversification que l'article essaye de retracer ici sans s'interdire d'évoquer, sous forme de défis à relever, certaines évolutions... à venir. Pour appréhender les évolutions de cette activité de GDR, les auteurs cernent, autour de neuf curseurs, les transformations de la nature de la valeur créée par l'AM (2 curseurs) et celles du mode de création de cette valeur (7 curseurs). Ce faisant ils donnent à voir les considérables transformations qu'a connues l'AM sur le champ de la création de valeur en même temps qu'ils proposent une grille d'analyse pour aider à piloter les évolutions futures de la GDR.

Le développement des activités de Gestion du Risque (GDR) au sein de l'Assurance Maladie (AM) donne à voir une transformation qualitative de la valeur créée par cette institution, ainsi que du mode de création de cette valeur. La montée en puissance de la GDR s'est traduite par un élargissement des ambitions, une multiplication des actions et une diversification des modes d'action au sein des organismes de sécurité sociale. C'est l'histoire de cet élargissement/multiplication/diversification que l'on essaye de retracer ici sans s'interdire d'évoquer, sous forme de défis à relever, certaines évolutions... à venir.

Avant l'invention de la GDR, l'essentiel de la valeur créée par l'AM consiste à organiser la solidarité entre bien portants et malades, c'est-à-dire à aider ces derniers à financer les effets de la maladie (soins et/ou arrêts de travail) et pour ce faire à mettre en acte, dans le domaine de la santé, une réglementation complexe et mouvante autour de la gestion des droits et de la liquidation de ces droits. Des milliers de techniciens hyper compétents mobilisent une connaissance très fine de la réglementation nationale, et au travers d'un travail de saisie, de contrôle et de traitement d'informations, mettent en œuvre cette réglementation sur l'ensemble du territoire national : la réglementation devient ainsi « remboursements », et ce faisant les organismes de l'AM fonctionnent comme des « payeurs conformes », attentifs au strict respect des règles, mais indifférents aux impacts de leur action. Et même si l'AM a toujours été très préoccupée par l'augmentation des dépenses de santé, sur cet enjeu, elle ne mobilise guère son réseau : elle s'appuie pour l'essentiel sur des leviers réglementaires comme le montant du ticket modérateur et/ou la définition du panier de soins.

Au cours des années 90, tout en industrialisant peu à peu cette activité de « payeur », et en dégageant ainsi de nouvelles ressources, différents acteurs du réseau de l'AM (des Cnam et/ou des Elsm, et à partir de 1995 des Urcam) inventent sur le terrain de nouvelles activités et ce faisant créent de la valeur qualitativement différente : en apportant des informations sur les soins dispensés à différents professionnels de santé ils tentent de faire évoluer leurs pratiques (et pas seulement pour limiter les comportements frauduleux, abusifs et/ou négligents) et ce faisant cherchent à améliorer la qualité des soins et/ou à contenir l'évolution des dépenses. Ainsi émerge sur le terrain une activité de GDR, ainsi s'invente, au sein de l'AM, une nouvelle dynamique de création de valeur. Pour appréhender les évolutions de cette activité de GDR au sein de l'AM, nous tenterons de cerner, autour de différents curseurs, les transformations de la nature de la valeur créée et celles du mode de création de cette valeur.

I- LES DEUX MÉTA-CURSEURS PERMETTANT DE CERNER L'ÉVOLUTION DE LA NATURE DE LA VALEUR CRÉÉE PAR LES ACTIVITÉS DE GDR

L'émergence, puis le développement des activités de GDR participent d'une évolution considérable de la nature de la valeur créée qu'on propose de décrire avec deux méta-curseurs : d'une part celui des ambitions sociétales, de l'*outcome* (c'est-à-dire de la contribution collective apportée à la société), et du *référentiel de performance* (c'est-à-dire de la conception que l'on se donne de l'excellence); et d'autre part celui des *outputs*, c'est-à-dire des services concrets apportés aux destinataires individuels des actions.

I.1/ Le méta-curseur de l'ambition sociétale, de la contribution collective apportée à la société française (outcome) et du référentiel de performance

Les ambitions sociétales de l'AM et la contribution de celle-ci à la société française (outcome) ont toujours été considérables et participent des éléments parmi les plus précieux de notre modèle social. Même quand il ne fonctionne que comme « un

payeur conforme » et donc « aveugle aux impacts de son action sur le système de santé », le réseau de l'AM apporte à la société française une forte solidarité réparatrice autour des accidents de santé : il permet à chacun de financer les dépenses induites par ces accidents ; il redéfinit une activité assurantielle classique autour d'une ambition de solidarité puisque si chacun cotise selon ses possibilités (son revenu), chacun bénéficie de prestations définies exclusivement en fonction de ses besoins. Pour mettre en œuvre cette ambition de solidarité, les partenaires sociaux et/ou les Pouvoirs Publics définissent un cadre réglementaire et les organismes de l'AM le mettent en œuvre autour d'un référentiel de performance décliné sur les trois dimensions suivantes :

- ▼ 1^{re} dimension : la conformité à la réglementation : il est indispensable de « payer juste » c'est-à-dire tout à la fois de vérifier les droits de l'assuré et de calculer ses justes droits.
- ▼ 2^e dimension : la qualité de service apportée aux assurés sur cette activité de paiement : il apparait important de réduire les délais et de répondre aux attentes des assurés.
- ▼ 3^e dimension : les coûts de cette activité de paiement, avec la recherche d'une amélioration continue de la productivité de cette activité administrative.

Selon les époques et selon les organismes le poids relatif de ces trois dimensions varie, tant il est évident qu'il n'est pas possible de viser simultanément la perfection sur les trois dimensions, et que l'on peut évidemment diminuer les coûts en dégradant le service ou, sans dégrader le service, en dégradant la conformité ! On remarque la déconnexion que cette figure de l'assurance maladie institue entre d'une part la superbe machine administrative ainsi créée pour mettre en œuvre la solidarité et d'autre part l'impact de cette machine sur la qualité des soins et les dépenses de santé. Cette déconnexion explique que les ambitions d'efficacité concernent exclusivement les dépenses administratives soit 2,5 % des dépenses de l'AM, et pas les 97,5 % que représentent les dépenses de santé ; ainsi s'explique aussi que les données stockées dans la formidable base de données que se constitue l'AM ne disent rien, pendant longtemps, des pathologies des assurés ni de la nature de leurs soins. Les acteurs des CPAM et des ELSM ont pour mission de payer conformément à la réglementation : ils n'ont à se préoccuper ni du montant des dépenses de santé, ni de la qualité des soins.

On devine alors l'importance de la disruption induite par le développement de la GDR puisque la contribution attendue de cette activité est justement de peser sur le montant des dépenses de santé et sur la qualité des soins. On assiste ainsi à un élargissement considérable de l'outcome recherché : si l'ambition de solidarité subsiste évidemment, elle est complétée par des contributions concernant d'une part l'offre de soins, la qualité des soins dispensés et l'état de santé de la population et d'autre part la soutenabilité financière du système. L'irruption de ces nouvelles ambitions se traduit par un élargissement du référentiel de performance : aux trois dimensions de la conformité, de la qualité de service et du montant des dépenses administratives, viennent s'ajouter deux autres dimensions décrivant les impacts attendus de l'action de l'AM autour de cette double ambition d'efficacité et d'efficacité :

- ▼ 4^e dimension : le niveau de santé de la population ; une dimension essentielle et qui renvoie à la raison d'être de l'AM, tant il est vrai que le

remboursement des soins et le paiement des arrêts de travail n'ont de sens que s'ils participent à l'amélioration du niveau de santé de la population.

- ▼ 5^e dimension : le montant des dépenses de santé ; une dimension qui a pris une importance croissante depuis la création de l'Ondam, depuis qu'il n'est plus possible de financer les augmentations de dépenses de santé par la seule augmentation des cotisations, et qu'il devient incontournable d'assurer autrement la soutenabilité financière du système.

Avec l'ajout de ces deux dimensions, le référentiel de performance se complexifie considérablement. S'il est évident qu'il ne suffit pas d'élever le montant des dépenses de santé pour améliorer le niveau de santé d'une population (comme l'illustre la situation des EU), et qu'inversement en diminuant le niveau des dépenses de santé, on ne dégrade pas mécaniquement le niveau de santé d'une population (surtout si simultanément on agit sur les autres déterminants de la santé comme par exemple l'hygiène de vie, la nutrition, le sport, la sécurité routière, ...), on devine néanmoins le caractère partiellement contradictoire de ces deux critères de performances. Et on comprend la très grande variété des référentiels de performance qui, selon les époques et selon les organismes, encadrent les activités de GDR.

Cette diversité de situations s'explique d'autant plus que les dimensions de conformité, de qualité de service, de niveau de santé, et de niveau de dépenses sont des dimensions de nature différente dont la hiérarchisation ne peut exprimer qu'un choix politique (explicite ou non). On notera cependant que la diversité des référentiels de performance à l'œuvre dans les organismes de l'AM est encore accrue par l'absence d'articulation entre les deux ambitions de réduction de dépenses : dépenses administratives d'une part (2,5 % des dépenses de l'AM, mais beaucoup moins pour les dépenses de GDR) et dépenses de soins (97,5 % des dépenses de l'AM) d'autre part. Et on peut évidemment s'interroger sur les raisons de cette situation : pourquoi, après deux décennies de développement et de capitalisation de compétences sur ce champ de la GDR, l'AM continue-t-elle de considérer cette activité uniquement sous l'angle de la dépense et pas simultanément comme un investissement social (à amortir sur 3 à 10 ans selon les actions) ? Pourquoi ne fixe-t-elle le montant des ressources mobilisées en GDR en s'ajustant sur ses ambitions de transformation du système de santé et de limitation de l'augmentation des dépenses de santé ?

Avec ces nouveaux critères de performance que sont l'amélioration du niveau de santé de ses assurés et simultanément la réduction du rythme d'augmentation des dépenses de santé, l'AM développe progressivement de nouvelles activités autour de trois nouvelles missions :

- ▼ Améliorer l'accès aux soins, tant il est vrai que malgré l'efficacité de la machine administrative construite pour rembourser les soins, l'accès aux soins de la population française reste parfois limité tant par le manque d'offre sur certains territoires sous-dotés que par des pratiques de renoncement qui méritent d'être comprises et accompagnées.
- ▼ Améliorer la prévention tant la prévention primaire pour éviter la maladie (et donc les dépenses) que la prévention secondaire pour traiter le plus en amont possible des pathologies déclarées (et ainsi en limiter les effets en termes de santé comme de dépenses), voire la prévention quaternaire pour éviter la surmédicalisation.

- Améliorer la qualité et la pertinence des soins tant il est vrai qu'il s'agit d'une dimension essentielle pour apprécier l'efficacité du système de santé, et que simultanément on peut réaliser d'importantes économies en évitant une médiocre qualité des soins et le sur-soins.

Selon les époques le poids relatif de ces trois missions a été très variable :

- Les missions d'accès aux soins ne sont apparues que très récemment : ainsi des actions de PLANIR (Plan Local d'Accompagnement du Non Recours, des Incompréhensions, des Ruptures) et de PFIDASS (Plateforme d'Intervention Départementale pour l'Accès aux Soins et à la Santé) qui résultent de diverses analyses sur le renoncement aux soins ; ainsi des financements des MSP (Maisons de Santé Pluridisciplinaires) ACI (Accord Conventionnel Interprofessionnel) qui visent notamment une meilleure utilisation du temps médical, de plus grandes plages d'ouverture des cabinets libéraux, une plus grande offre de consultations non programmées, et des conditions d'exercice qui attirent des jeunes PS
- A l'inverse les actions de prévention ont toujours existé (même avant l'invention de la GDR !) mais avec une importance très variable selon les organismes (Cf Campagnes de vaccination, M'tes dents, ...). Et depuis l'instauration de la Rosp, l'AM incite les médecins à prendre le relais et à développer une activité de prévention qui progresse même si les premiers bilans sont encore nuancés.
- Quant aux actions visant la qualité et la pertinence, elles ont longtemps été effectuées dans une logique de contrôle, centrée sur des activités de soins considérées séparément les unes des autres, à l'inverse d'une réalité de parcours. Et si la prégnance d'un modèle culturel de la conformité explique cette propension du réseau AM à agir selon une logique de contrôle, on comprend moins que les ambitions d'efficacité et d'efficience n'aient pas fait davantage évoluer les pratiques de recherche de qualité et de pertinence : pendant longtemps on privilégie un ciblage et un contrôle des plus gros prescripteurs de dépenses de transport, d'IJ, de médicaments, de soins infirmiers,avec une efficacité d'autant plus limitée que si ces activités permettent de lutter contre des abus et/ou de freiner momentanément certaines dérives, elles ont plus de difficultés à faire évoluer durablement les pratiques majoritaires. L'effet de persuasion et/ou d'entraînement de ces actions reste limité par le fait qu'elles ont du mal à prendre en compte les pathologies et les parcours de soins et qu'elles s'interdisent donc souvent d'appréhender les causes de la dépense : la GDR reste pour partie « aveugle ». Ainsi de contrôles sur les dépenses de transport qui ne prennent pas en compte l'offre de soins sur un territoire comme par exemple les taux de fuite d'établissements de santé dont l'image serait particulièrement dégradée ; ainsi de contrôles sur les dépenses infirmières qui ne tiennent pas compte de l'importance du virage ambulatoire.

Il n'en reste pas moins que depuis 1995, sur le méta-curseur de l'outcome, l'évolution des organismes de l'AM aura été considérable :

- C'est d'abord l'irruption de la double ambition de qualité / pertinence des soins et de la limitation des dépenses de santé après avec :
 - D'une part la transformation d'un « payeur aveugle » en un « payeur contrôleur » mettant en œuvre des actions de GDR sans prendre en compte les déterminants des prescriptions.

- D'autre part et simultanément, l'émergence d'un « payeur avisé » qui cherche à peser sur les déterminants des soins : ainsi de la réforme du médecin traitant, avec initialement un objectif surtout centré sur les dépenses (logique de *gate keeper* et d'évitement du nomadisme médical) mais qui permet aussi un meilleur suivi et donc une meilleure qualité de soins ; ainsi aussi de Sophia pour l'accompagnement des diabétiques ou du Prado maternité pour l'accompagnement en sortie de maternité.
 - Et de ce point de vue on peut caractériser l'évolution de la GDR de l'AM par le poids relatif des actions et ressources mobilisées qui relèvent d'une GDR de contrôle et de celles qui relèvent d'une GDR plus avisée prenant en compte les déterminants des soins prescrits.
- ▼ C'est ensuite, depuis quelques années l'élargissement de ces ambitions sociétales à celles de l'accès aux soins avec des actions ciblées visant à remodeler le système de soins primaires notamment autour des soins coordonnés et à redessiner la relation ville / hôpital :
- Et de ce point de vue on peut caractériser l'évolution de la GDR de l'AM par le poids relatif des actions et ressources mobilisées qui relèvent d'une ambition d'accès aux soins, de qualité/pertinence des soins, et/ou de limitation de l'augmentation des dépenses.
- ▼ Et peut-être que demain, tout en tenant de plus en plus compte des pathologies et des parcours de soins (élargis aux réalités sociales et médico-sociales), l'AM élargira encore ses ambitions de GDR (et donc son référentiel de performance) en prenant en compte les inégalités de santé des populations sur les différents territoires, et les différents déterminants de la santé autres que le soin (hygiène de vie, logement, alimentation, activités physiques, conditions de travail, ...).

I.2/ Le méta-curseur de l'*output* et de la contribution apportée aux différents destinataires individuels du service

Pour effectuer son activité de payeur conforme l'AM produit de multiples « *outputs* » à destination des assurés, des professionnels de santé (PS) et des entreprises : ainsi des tarifs de consultation, des prix des différents produits de santé et des niveaux de remboursement que fixent les partenaires sociaux et/ou les pouvoirs publics (PP), pour partie après des négociations conventionnelles avec les offreurs de soins ; ainsi des informations apportées aux assurés, aux PS et aux entreprises sur les évolutions de la réglementation (information individuelle et/ou campagne de communication) ; ainsi aussi des contrôles sur les demandes de remboursement, des rectifications sur d'éventuelles erreurs, de la traque des abus et de la sanction des fraudes.

Pour son activité de GDR l'AM développe à côté de ces activités traditionnelles (qui au sens très large du terme participent aussi de la GDR) de nouveaux *outputs* à destination des assurés, des PS et des entreprises. Et en zoomant sur ces *outputs*, on fait apparaître des évolutions très importantes depuis 1995 et surtout après 2004, puis après 2016.

- ▼ D'une part l'émergence puis le développement d'un très grand nombre de nouveaux services infiniment plus riches que les seules informations sur la réglementation et pouvant s'inscrire dans des logiques d'accompagnement personnalisés : ainsi
 - De l'information plus ou moins ciblée et personnalisée sur des pratiques de soins (Cf l'info apportée par le dam aux PS libéraux et/ou hospitaliers sous forme de profil et/ou de référentiel)
 - Des accompagnements plus ou moins personnalisés sur des pratiques de soins : ainsi de Sophia pour accompagner les diabétiques, ainsi du nouveau dispositif PPA pour accompagner les PS et les établissements
 - Du conseil sur l'organisation des soins : ainsi de l'aide apportée à des porteurs de projet MSP qui souhaitent adhérer à l'ACI et/ou du conseil apporté à ceux qui veulent développer la TLC
 - De services numériques, tel Amélie Pro, le DMP, et la messagerie sécurisée
 - De la contractualisation il y a quelques années avec Capi, et aujourd'hui avec l'ACI pour une partie des MSP (et demain une partie des CPTS)
 - Des incitations financières : des incitations positives pour les PS avec la rémunération à la performance (ROSP) ; et des incitations négatives vis-à-vis des assurés, avec le parcours de soins « médecin traitant » ou le remboursement du médicament princeps calé sur celui du générique
 - De l'aide pour expérimenter et pour innover avec l'article 51
- ▼ D'autre part une augmentation très nette du poids des actions à destination des PS libéraux (ce qui se justifie d'autant plus que le marché du soin est un marché d'offre (asymétrie de l'info), avec :
 - Pendant longtemps des actions ciblées surtout sur les PS les moins vertueux et/ou les plus « conservateurs »
 - Aujourd'hui la volonté de développer des actions à destination des PS libéraux les plus innovateurs et les plus entrepreneurs en vue de les accompagner dans leurs pratiques de transformation du système de soins (Cf MSP ACI et article 51) ; et ce faisant la reconnaissance que l'AM pèsera d'autant plus sur l'évolution du système de soins qu'elle accompagnera les acteurs les plus innovateurs au lieu de mobiliser l'essentiel de ses ressources pour tenter de faire bouger les plus immobiles
- ▼ Et simultanément un développement
 - D'actions à destination des PS hospitaliers : ainsi des contrats d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins -CAQES- visant l'amélioration des pratiques, la régulation de l'offre de soins et l'efficacité des dépenses d'AM et notamment leur volet obligatoire sur le bon usage du médicament ; l'accompagnement des équipes hospitalières dans leurs projets innovants au titre de l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS)

2018, le soutien aux créations de plateformes de régulation des transports,

- D'actions ciblées sur certains types d'assurés et notamment les assurés en situation de grande vulnérabilité (tant au plan économique (CMU, CMUC) que du fait de l'état de leur santé (ald 30)
- D'actions à destination simultanée des PS et des assurés (antibiotiques, Sophia, lombalgie, DMP...)

Cette double évolution de la nature des *outputs* et des cibles auxquels ils sont destinés, dessine une évolution des pratiques de GDR et ce faisant de la valeur créée par L'AM

II- LES 7 CURSEURS PERMETTANT DE SAISIR L'ÉVOLUTION DU MODE DE CRÉATION DE CETTE VALEUR

Pour faire évoluer aussi fortement la nature de la valeur créée c'est à dire les ambitions poursuivies, les contributions apportées à la société française, le référentiel de performances et les *outputs* apportés aux PS, aux assurés et/ou aux entreprises, l'AM a évidemment transformé son mode de création de valeur : ses agents mobilisent de nouvelles compétences et agissent au travers de nouvelles postures et de nouvelles pratiques. On propose de rendre compte des évolutions des compétences mobilisées et des postures pratiquées autour de sept curseurs .. d'autant plus intéressants à considérer qu'ils vont continuer à se déplacer au cours des prochaines années.

II.1/ Le curseur des compétences définies autour d'un mix médico-économico-administratif

Avant l'irruption de la GDR, on l'a vu, les agents de l'AM mobilisent essentiellement des savoirs administratifs et juridiques autour d'une performance de conformité/contrôle – et s'il y a une mobilisation des compétences médicales bien avant l'invention de la GDR, celles-ci sont surtout utilisées dans cette logique de conformité / contrôle, ce qui explique sans doute que de nombreux PS libéraux perçoivent encore aujourd'hui le Médecin Conseil comme un médecin contrôleur !

Avec le développement de la GDR, à partir de 1995, on assiste à un double changement : d'une part une utilisation de plus en plus importante de compétences médicales et de compétences économiques ; et d'autre part et surtout, de plus en plus fréquemment une mobilisation simultanée et articulée de ces deux types de compétences : la GDR devient tout à la fois de plus en plus médicalisée et de plus en plus économique, comme l'illustre mieux que tout autre exemple l'évolution des analyses stratégiques à lire chaque année dans le « *Rapport au ministre chargé de la Sécurité Sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et des produits de l'Assurance Maladie* » - un travail médico-économique concernant le territoire national, d'une qualité exceptionnelle, dont on peut juste regretter qu'il ne se décline pas plus sur les différents territoires.

Au niveau national, ces évolutions se manifestent par la construction de nombreuses actions de GDR, par une utilisation de plus en plus pointue de la base de données AM, par la mobilisation d'un nombre significatif de praticiens conseils et par une coopération de plus en plus fréquente avec la HAS et/ou des sociétés savantes ; au niveau loco-régional, les coopérations médico-administratives se développent tant pour construire des actions (notamment au sein des cellules DCGDR) que pour les mettre en œuvre (Cf. le binôme Dam/Pc), même si la qualité de ces coopérations reste encore trop souvent personne dépendante et même si les marges de progrès restent considérables pour construire des actions ciblées sur certaines pathologies prenant en compte l'ensemble du parcours.

II.2/ Le curseur des actions définies autour du mix actions uniformes et standardisées / actions segmentées voire personnalisées

Pendant longtemps, comme la plupart des actions publiques, les actions de l'AM sont plutôt uniformes et standardisées : au nom de l'égalité de traitement, on déploie les mêmes actions pour tous les PS et/ou pour tous les assurés. Ainsi les premières actions de GDR impulsées par la Cnamts ne sont guère territorialisées, et ne prennent pas en compte les différences entre les territoires que ce soit en termes d'état sanitaire des populations, d'offre de soins et/ou de dépenses de santé. Et si ces actions se construisent progressivement sur une segmentation des PS, pendant longtemps cette segmentation vise davantage à cibler les plus gros prescripteurs sur certaines thématiques de dépenses (IJ, transport, ...) qu'à reconnaître la diversité des logiques d'action des PS et à travailler différemment avec chacun des segments.

Aujourd'hui, on assiste à une complexification croissante des segmentations de PS et d'assurés, jusqu'à promouvoir une véritable personnalisation des actions : ainsi avec le PPA l'AM cherche à construire des actions personnalisées prenant en compte les attentes et difficultés de chaque prescripteur de soins ; ainsi avec l'accompagnement des MSP ACI et/ou les accompagnement dans le cadre de l'article 51, manifeste-t-elle qu'elle prend davantage en compte la forte évolution du système de soins et le fait que pour peser sur un système d'acteurs qui se transforme rapidement, il est indispensable d'offrir un accompagnement personnalisé aux acteurs les plus innovants.

II.3/ Le curseur des postures autour du mix logique de guichet / logique d'accompagnement

Comme toute bureaucratie d'État, l'AM travaille traditionnellement avec une logique de guichet : les relations aux assurés comme aux PS sont discontinues et impersonnelles ; hors les activités de contrôle, elles consistent pour l'essentiel à apporter une réponse ciblée (et conforme à la réglementation) à une question concernant tel ou tel point particulier d'une situation. Et d'ailleurs les premières actions de GDR relèvent pour l'essentiel de cette logique de guichet.

Mais progressivement se développent des actions de GDR qui relèvent davantage d'une logique d'accompagnement que de guichet : au lieu d'être impersonnelles et discontinues, les relations deviennent davantage personnalisées et continues ; au lieu de se contenter d'apporter une réponse ciblée à la seule question posée, elles s'inscrivent dans une approche plus globale ; au lieu de décliner une action normative construite au niveau national, elles s'inscrivent dans des actions co-construites au plus près du terrain ; au lieu d'être seulement réactives, elles peuvent être aussi pro-actives ; et au lieu de relever de la seule logique de conformité, elles s'apprécient aussi par la qualité de leurs impacts. Ces évolutions supposent des transformations très importantes de la posture des agents et on comprend qu'elles sont accompagnées d'une très importante action RH.

II.4/ Le curseur des logiques d'action autour du mix pratique de monopole / pratique partenariale

Pour son activité de payeur conforme l'AM fonctionne en situation de monopole : les destinataires de ses services, que ce soit les assurés (sauf ceux qui relèvent de l'autre monopole qui est la MSA) et/ou les PS, ne peuvent se tourner vers un concurrent : ils doivent travailler avec l'AM. Et on comprend qu'ayant longtemps fonctionné en situation de monopole, l'AM ait nourri une culture de la certitude plus que du doute, de la qualité technique plus que de la qualité de service, du repli sur soit plus que de l'ouverture...

A l'inverse pour ses activités de GDR, c'est-à-dire pour des actions visant à faire évoluer les pratiques de soins de ses assurées et des PS, l'AM non seulement ne bénéficie pas d'une situation de monopole, mais trouve sur ses territoires de nombreux autres acteurs qui, souvent depuis longtemps, partagent tout au moins une partie de ces ambitions (et parfois comme l'ARS se sont même construits autour de ces ambitions) : ainsi des Pouvoirs Publics (ministère et agences (Cf. Agence du médicament, HAS, ...)) au niveau national, l'ARS au niveau régional, des complémentaires santé, des organisations professionnelles de PS, d'autres organisations de PS (les ordres, la fédération des MSP...), des associations de patients, des collectivités locales, des académies, des universités et/ou des centres d'expertise.

Et on comprend que, tant au niveau national qu'au niveau loco-régional, les relations de coopération deviennent de plus en plus incontournables avec tous ces partenaires. Certes ces relations partenariales restent encore largement « personne dépendante » et se heurtent encore à des questions de gouvernance (et notamment d'articulation des logiques verticales et horizontales) ; mais elles sont facilitées par d'importants travaux réalisés au niveau national pour aligner les ambitions et les objectifs de différentes institutions et par de réelles évolutions culturelles dans les organisations de terrain ; et elle sont consolidées par une évidente raréfaction des ressources qui oblige notamment les ARS et l'AM à travailler davantage ensemble pour présenter un visage unique tant aux assurés qu'aux PS libéraux et hospitaliers.

II.5/ Le curseur des cibles autour du mix secteur de l'ambu / secteur de l'hospitalier / articulation de l'ambulatoire et de l'hospitalier

Le curseur des cibles apparaît d'autant plus important à considérer que les acteurs empiriques qu'il désigne (PS de ville et/ou PS hospitaliers) en vue de préciser le mode de création de valeur, constituent aussi une dimension, déjà abordée, du méta-curseur de l'outcome (la GDR comme action de transformation de l'offre de soins, tant par la consolidation de relations coopératives entre PS que par le développement de nouvelles relations ville / hôpital), et que, de ce fait, ce curseur nourrit un débat stratégique permanent entre l'État et l'AM.

Les ordonnances de 1996, en créant les Agences Régionales de l'Hospitalisation (AHR) prennent acte et d'une certaine façon confortent la coupure entre médecine de ville et pratiques hospitalières. Et on comprend qu'après la création des ARH, l'activité de GDR développée par l'AM concerne presque exclusivement le secteur de la médecine de ville.

La réforme de 2004 tout en plaçant la GDR au cœur des missions de l'AM consolide cette coupure entre le secteur ambulatoire et l'hospitalier. La CNAMTS adopte une interprétation extensive de son rôle et l'AM renforce ses effectifs dédiés à la GDR, et développe ses outils et méthodes : ainsi des expertises renforcées sur l'analyse des dépenses, des programmes nationaux de GDR, de la contractualisation avec les P.S. et de leur accompagnement –création des DAM et des entretiens confraternels-, du développement des contrôles et de la lutte contre la fraude, etc... Et toutes ces actions ont un véritable effet sur la progression des dépenses en ville. Mais dans le même temps, l'État reste assez éloigné de cette démarche pour le secteur hospitalier dont il assure, via les ARH, la régulation. La mise en place de la tarification à l'activité -T2A- et la convergence des tarifs des secteurs publics et privés, des actions pourtant très structurantes, ne s'inscrivent en effet pas dans une logique de GDR.

La création des ARS en 2010 cristallise cette divergence d'approche. Deux logiques s'affrontent : toute la GDR aux ARS vs toute la GDR à l'AM. Et c'est finalement une responsabilité partagée qui est retenue : les missions des ARS et de l'AM se recoupent largement sans que soient clarifiés les rôles respectifs des uns et de l'autre. Après une première période de « glaciation » des relations entre l'AM et les ARS, fruit de ce compromis conflictuel, des pratiques de « coopération » plus apaisées et plus constructives se mettent en place, même si les périmètres d'actions respectifs reposent en grande partie sur des équations personnelles DG ARS – DCGDR, DD ARS-Directeurs de CPAM.

Progressivement une réelle complémentarité des équipes apparaît sur le terrain tant dans l'hospitalier que l'ambulatoire. Les ARS très engagées sur l'organisation hospitalière de l'offre de soins et son cortège de difficultés politiques, ont besoin des équipes médico-administratives de l'AM pour travailler à leurs côtés sur le développement des bonnes pratiques en établissements qu'il s'agisse de la politique du médica-

ment ou sujet plus sensible de la pertinence des actes. Et de même en ville, l'expertise de l'AM pour accompagner de nouvelles formes d'exercice collectif et en mesurer la pertinence est très utile aux ARS qui approchent encore largement cette question sous l'angle de la planification « territoriale ». Les négociations conventionnelles d'accords interprofessionnels et l'investissement en cours des équipes de l'AM sur l'accompagnement des MSP et demain des CPTS illustrent cette complémentarité rendue indispensable non seulement au regard des enjeux d'efficience du système de soins mais aussi des moyens, en très forte contraction, dévolus à ces missions. L'AM élargit ainsi la cible de son action au secteur hospitalier, tout en travaillant davantage avec l'ARS sur les deux secteurs de l'ambulatoire et de l'hospitalier.

Demain, le développement d'une véritable médecine de parcours assurant une prise en charge globale, structurée et continue des patients constituera sans doute le point d'orgue de cette nouvelle coopération, avec une animation territoriale coordonnée et concertée de l'ensemble des P.S. – libéraux, hospitaliers et médico-sociaux. Le passage d'une prise en charge encore trop hospitalo-centrée vers des équipes de soins primaires, véritables coordinatrices des parcours entre les structures de ville et les établissements hospitaliers et médico-sociaux constitue de ce point de vue une véritable opportunité à saisir pour l'AM.

II.6/ Le curseur du territoire pour lequel et sur lequel se construisent les actions de GDR autour de l'articulation national, régional, départemental, local

Pour son activité de payeur conforme l'AM construit la quasi-totalité de ses *outputs* (et notamment ceux qui concernent les prix et les conditions de remboursement) et de ses actions au niveau national ; et elle les déploie à l'identique sur l'ensemble de l'hexagone. Il en va du principe de l'égalité de traitement, un principe essentiel pour une action publique. Et on devine sans mal que cette pratique nourrit un modèle culturel qui fait peu cas des spécificités locales et territoriales.

Pourtant, comme on l'a vu, c'est au niveau local des Cpm et des ELSM d'abord puis des Urcam ensuite que naissent les premières activités de GDR, ce qui manifeste à la fois une forte capacité d'innovation de certains acteurs de l'AM, et l'intérêt, sur ces enjeux, de chercher des réponses à des questions qui se posent sur un territoire : ainsi de l'invention des Dam, de celle des dispositifs de « santé active » et de Pfidass et/ou de la campagne sur les antibiotiques et le fait qu'ils ne soient pas automatiques !

A partir de 2004, et après une première période d'innovation locale, la Cnamts reprend la main et développe les activités de GDR de l'AM d'une part en « nationalisant » des innovations expérimentées localement (ainsi des Dam et de santé active), d'autre part en créant de nouveaux services –souvent inspirés d'expériences étrangères Cf. Sophia, Prado ; et comme simultanément les ressources sont de plus en plus comptées et surveillées, les acteurs départementaux perdent une partie de leur capacité d'innovation. Le poids croissant du national apparaît d'autant plus acceptable que

la GDR se nourrit pour l'essentiel du ciblage des PS les plus prescripteurs, et participe ainsi plutôt d'une logique de contrôle... La création des DCGDR ne modifie qu'à la marge cet encastrement vertical et hiérarchique des territoires : le niveau régional est surtout destiné à faciliter la descente et la remontée d'informations (au sens de reporting) entre le niveau national et le niveau départemental.

La situation évolue avec le développement de nouvelles activités de GDR qui ne relèvent plus de cette logique de ciblage et de contrôle et a fortiori dès lors que l'AM veut peser sur l'évolution de l'offre de soins : elle ne peut plus ne pas tenir compte des spécificités territoriales et d'autant plus que sur ces enjeux, elle doit travailler avec des partenaires loco-régionaux.

D'où parmi les évolutions récentes et/ou à venir :

- ▼ Une évolution de l'encastrement des politiques nationales et loco-régionales au lieu et place d'une action nationale à mettre en œuvre localement (avec de nouvelles articulations national /régional /local/micro-local, dont notamment plus de coopération nationale/régionale/local dans la conception de nouvelles actions)
- ▼ Une plus grande importance du régional pour intégrer les spécificités loco-régionales dans la définition des objectifs et des actions à mettre en œuvre ; et une évolution des marges de manœuvre au niveau régional, et du mode de prise en compte des spécificités micro-locales (vers un animateur territorial travaillant avec le Pc (dans le cadre du SMMOP) et avec son correspondant de la DT ARS)
- ▼ Des pratiques d'innovation et d'encouragement à l'innovation ; et pour ce faire une réflexion collective sur :
 - Les conditions de l'innovation locale, notamment avec des PS dans le cadre de l'article 51 tant il est vrai que tout en dessinant de nouvelles pratiques de soins et de rémunérations, ces expérimentations permettent aussi d'esquisser ce nouveaux rôles et modes d'action de l'AM
 - Les modalités de remontées du terrain de ces innovations locales
 - La nationalisation éventuelle de ces innovations locales, tant il est vrai que les conditions de succès d'innovations locales notamment en termes de relations avec les PS et/ou les partenaires ne sont pas forcément vérifiées sur d'autres territoires.

II.7/ Le curseur du mode d'inscription des actions de GDR dans la e-santé

Parce qu'elle veut peser sur l'évolution du système de soins, sur les pratiques des PS comme sur celle des assurés, et sur les dépenses en santé, la GDR ne peut se développer indépendamment de la profonde révolution qu'annonce l'e-santé. Et ce d'autant que la fantastique mise en données des informations de santé à laquelle nous assistons et les nouveaux modes de capitalisation et d'analyse de ces données qui se développent, apparaissent comme de puissants leviers pour tout à la fois améliorer la

qualité et la pertinence des soins, diminuer très significativement le coût de certains soins et simultanément augmenter très significativement le coût d'autres soins.

On comprend que l'AM accompagne cette dynamique et pousse à une utilisation croissante de l'e-santé pour une GDR plus efficiente : ainsi de l'utilisation de plus en plus systématique et de plus en plus précise de sa très riche base de données (SNIIRAM) et de son articulation aux données hospitalières pour saisir des parcours de soins complets ; ainsi des impulsions pour développer la TLC (et faciliter l'accès aux soins), la TLE (et contribuer à une meilleure qualité des soins), et la TLS (et améliorer la pertinence des soins) ; ainsi de l'appli santé active qui apporte aux assurés de nombreux conseils d'hygiène de vie ; ainsi de l'activité des CIS qui aident les PS libéraux à informatiser leur cabinet ; ainsi du développement du DMP ; etc...

Il reste à vérifier que dans cette révolution de l'e-santé, l'AM évolue au rythme des plus grands innovateurs et que, tout en numérisant d'anciennes pratiques, elle s'impose progressivement comme un acteur du nouveau monde ; et cette question est d'autant plus stratégique et même existentielle pour l'AM que sur le champ hyper-concurrentiel du numérique, s'impose la dure loi du « the winner takes all », que sur le champ de la GDR et du traitement des données de santé les grands concurrents ne manquent pas,... et que, même pour une institution aussi puissante que l'AM, le danger de la « sur-traitance » ne doit donc pas être négligé.

Si les évolutions les plus récentes semblent significatives sont-elles suffisamment rapides et disruptives compte tenu de la fantastique révolution à laquelle on assiste ? Et la question vaut pour :

- ▼ La construction des actions GDR : si l'AM utilise de plus en plus ses bases de données médico-administratives, elle reste encore freinée par le fait que ces bases de données ont été construites avec une logique de payeur conforme et non de GDR, et qu'il est par exemple difficile d'appréhender la/les pathologies d'un assuré, de prendre connaissance en temps réel des hospitalisations d'un assuré et a fortiori des soins dont il a bénéficié au sein d'un établissement hospitalier.
- ▼ L'accompagnement des PS : si l'AM aide de plus en plus les PS à mieux utiliser leurs propres données ainsi que des données externes (qu'elle leur apporte) pour mieux apprécier leurs pratiques... et pour progresser, cette action reste ralentie par la difficulté à inscrire ces accompagnements dans des analyses de parcours tenant compte de spécificités territoriales.
- ▼ L'accompagnement des assurés : si l'AM met à disposition de ses assurés de nouveaux services pour les aider à devenir acteurs de leur santé, elle a du mal à mobiliser aussi rapidement qu'elles apparaissent les nouvelles opportunités qui émergent sur cet enjeu. Ainsi, sur des questions de santé, le site d'Ameli peine à rivaliser avec des sites privés tel que Doctissimo ; de même l'AM n'apparaît pas très active devant l'utilisation exponentielle par ces mêmes assurés du « *quantified self* » et de la multitudes d'appli « santé et bien-être » leur permettant d'accumuler des données sur les principaux déterminants de la santé (hygiène de vie, activités sportives, sommeil, ..) ; enfin, même si le sujet est encore plus complexe, l'AM a les plus grandes

difficultés à répondre à ce qui est (et sera) la première attente et demande des assurés, et qui concerne le niveau de qualité des offreurs de soins !

- La transformation du système de santé : si l'AM, comme on l'a vu, intervient de plus en plus pour peser sur l'organisation et la structuration du système de soins primaires, notamment par le développement du soin coordonné (ESP, MSP, CPTS, ...) et de la télémédecine, travaille-t-elle assez vite sur les effets moyen-terme mais déjà annoncés de ces nouvelles utilisations des données, comme par exemple :
 - De nouvelles divisions de travail et de nouveaux modes de coopération entre PS, tant dans la relation MG/infirmière que MG/spécialiste
 - Les apports de l'internet des objets, du Big Data et de l'IA pour améliorer l'accompagnement en santé et la qualité des diagnostics et pour simultanément diminuer certains coûts en redéfinissant le métier de nombreux PS
 - Les effets du développement d'une médecine des 4P (personnalisée, préventive, prédictive et participative) sur les attentes et contributions respectives des assurés et des PS, sur la GDR et même sur la notion d'assurance en santé.
 - L'émergence de nouvelles pratiques d'actions publiques de type « *government as a platform* » (Tim O'Reilly), et qui permettraient notamment de mobiliser autour d'une ambition de GDR un développement considérable de nouveaux savoirs (y compris les connaissances des patients) et de nouvelles ressources humaines (comme les patients devenus consommateurs et/ou comme les aidants).

CONCLUSION

En développant ses activités de GDR et en les faisant évoluer autour des différents curseurs présentés ci-dessus, l'AM s'est donnée les moyens de créer de plus en plus de valeur grâce d'une part à la saisie et au traitement des données de santé, et d'autre part à de nouvelles pratiques d'accompagnement des PS comme des assurés. Ce faisant elle a fait évoluer son cœur de métier sur le curseur « payeur conforme/ payeur-contrôleur/payeur avisé », elle s'est imposée comme un acteur aujourd'hui incontournable de l'économie de la connaissance dans le domaine de la santé et elle s'est préparée à l'irruption de l'e-santé.

Mais pour continuer à exister sur ce champ, elle devra demain affronter de multiples concurrents, français et surtout étrangers, issus du secteur de la santé et surtout venant d'autres domaines (comme les GAFA). Si elle veut éviter de devenir un simple assembleur de données, si elle veut continuer à peser sur l'évolution des pratiques de santé des assurés comme des PS, elle devra relever simultanément deux défis :

- d'une part, faire connaître et reconnaître ce nouveau cœur de métier autour duquel elle se développe avec les activités de GDR, et ce faisant s'affirmer, notamment vis-à-vis des assurés et des Pouvoirs publics,

comme un « payeur avisé » au lieu d'apparaître surtout comme un « payeur conforme » et/ou « un contrôleur ».

- ▼ d'autre part, progresser fortement dans le pilotage de ses actions de GDR ce qui suppose d'évaluer plus systématiquement leurs impacts, et d'augmenter très significativement le montant des ressources consacrées à ces actions. Du fait de la nature de la valeur qu'elle crée, l'activité de GDR ne peut plus être appréhendée seulement comme une dépense, à contenir. Elle doit être considérée aussi comme une activité d'investissement social, et il est urgent que l'AM calibre le montant de cet investissement à la hauteur de ses ambitions et du retour sur investissement qu'elle en attend. Il en va de la pérennité de notre modèle social.

L'action sociale des Caisses d'Allocations familiales : un modèle spécifique ?

Par **Vincent NICOLLE**, Sous-directeur chargé de l'Action sociale à la Caf de Paris



Ancien élève de l'IEP de Bordeaux et de l'En3s (53^e promotion), Vincent Nicolle est sous-directeur en charge du pilotage et du financement de l'Action sociale à la Caf de Paris.

Depuis leur origine, les Caisses d'Allocations familiales (Caf) ont développé une politique d'action sociale complémentaire au versement des prestations légales dont elles ont la charge. Héritière des œuvres de bienfaisance, l'action sociale doit permettre de répondre aux besoins sociaux non-couverts, qu'ils soient individuels ou collectifs, en mettant en œuvre un large spectre d'interventions. La circulaire ministérielle du 1er juillet 1948 rappelle ainsi que l'action sociale s'organise « *sous toutes les formes et avec la variété et la richesse que permet un régime échappant aux limitations et à la sèche réglementation* »¹. Ainsi, en complément de la puissante logique égalitaire et redistributive normée des prestations légales, l'action sociale promeut l'investissement social dans un cadre juridique souple. Impulsée localement par les Conseils d'Administration (CA), l'action sociale des Caf est par essence familiale, généraliste et préventive². Elle s'inscrit en outre dans un cadre partenarial important. Véritable levier de cohésion et de transformation, elle permet d'adapter les politiques publiques portées par les Caf à la réalité des territoires et à la diversité des familles. Financée par l'intermédiaire du Fonds national d'action sociale (Fnas) qui représente 6,33 milliards d'euros (2017), l'action sociale des Caf vise - conformément à l'arrêté du 3 octobre 2001 - à contribuer « *au renforcement des liens familiaux, à l'amélioration de la qualité de vie des familles et de leur environnement social, au développement et à l'épanouissement de l'enfant et de l'adolescent, au soutien à l'autonomie du jeune adulte, à la prévention des exclusions, au maintien des liens familiaux* »³. Alors que le paysage institutionnel français en matière d'action sociale se caractérise par une diversité d'acteurs⁴ et une profusion de dispositifs, les Caf se distinguent par leur singularité. Centrée sur les besoins sociaux des familles, forte d'une gouvernance originale, d'une expertise reconnue de ses personnels, de leviers d'intervention et de financement propres, l'action sociale des Caf constitue un ensemble original sein de la sphère

1 Circulaire ministérielle du 1er juillet 1948, citée in J. Ancelin, « L'action sociale familiale des Caf : de la libre initiative aux missions de service public », *Revue des politiques sociales et familiales*, n°68-69, 2002, pp. 5-16

2 T. Belmounes, « Les orientations générales d'action sociale 2001-2004 », *Revue des politiques sociales et familiales*, n°68-69, 2002, pp. 17-24

3 Arrêté du 3 octobre 2001 relatif à l'action sociale des caisses d'allocations familiales

4 Le département, les communes au travers des centres communaux d'action sociale, le secteur associatif caritatif ou encore les organismes de Sécurité sociale.

publique. Dans ce contexte, le présent article tend à mieux appréhender les finalités et les principes de l'action sociale des Caf (I), à en expliciter les modalités d'intervention (II) et enfin, à esquisser quelques réflexions prospectives dans une période caractérisées par des mutations sociétales considérables (III). Le regard ici porté ne saurait être que personnel, empreint de l'expérience parisienne et d'une subjectivité souvent revendiquée.

I- L'ACTION SOCIALE DES CAF : DES PRINCIPES ET UNE GOUVERNANCE SPÉCIFIQUE

Les finalités :

L'action sociale des Caf est familiale et préventive. Elle vise à :

- aider les familles à concilier vie familiale, vie professionnelle et vie sociale ;
- faciliter la relation parentale, favoriser le développement de l'enfant et soutenir les jeunes ;
- créer les conditions favorables à l'autonomie, à l'insertion sociale et professionnelle ;
- accompagner les familles pour améliorer leur cadre de vie et leurs conditions de logement.

Ces missions emblématiques des Caf sont explicitées dans le cadre de la Convention d'objectifs et de gestion (Cog) pour la période 2018 – 2022. Ainsi, l'action sociale des Caf doit plus spécifiquement permettre de :

- Développer l'offre d'accueil du jeune enfant en luttant contre les inégalités sociales et territoriales et en améliorant son efficience ;
- Accompagner le parcours éducatif des enfants âgés de 3 à 11 ans ;
- Soutenir les jeunes âgés de 12 à 25 ans dans leur parcours d'accès à l'autonomie ;
- Valoriser le rôle des parents et contribuer à prévenir les difficultés rencontrées avec ou par leurs enfants ;
- Soutenir les politiques du logement et participer à leur réforme ;
- Contribuer à l'accompagnement social des familles et développer l'animation de la vie sociale dans les territoires.

Les principes d'action :

Au quotidien, l'action sociale mise en œuvre par les Caf s'inscrit dans une logique à la fois préventive et promotionnelle du bien être des familles. Elle est fondée sur des valeurs d'égalité, de solidarité, de neutralité et de promotion de la citoyenneté.

L'action sociale inscrit ses missions au cœur des territoires pour répondre au plus près des besoins des familles. Pour cela, elle dispose d'une capacité à poser des diagnostics sociaux et territoriaux très fine. L'action sociale suppose un travail

de proximité. Elle promeut la participation des familles et leur implication dans les actions qu'elle développe à leur profit.

Pour porter leur politique d'action sociale, les Caf mettent en œuvre des partenariats structurants notamment en s'appuyant sur des dispositifs contractuels. Le plus connu est le contrat enfance-jeunesse (CEJ) signé avec les communes ou les intercommunalités afin de porter une dynamique de développement des politiques en matière de petite enfance (0-3 ans), d'enfance (3-11 ans), de jeunesse (12-25 ans) et de parentalité. Ces contrats sont assortis de financements puissants. A titre d'exemple, le dernier CEJ négocié pour la période 2019-2022 à Paris pourrait avoisiner les 95 millions d'euros annuels en fin de période. Les Caf orientent également leur action sociale au travers d'autres espaces politiques plus souples, non assortis de financements mais permettant une planification et une coordination avec les différents partenaires. Ainsi les schémas départementaux de services aux familles, les schémas directeurs de l'animation de la vie sociale, les projets éducatifs de territoire, etc. constituent autant de cadres permettant d'organiser les politiques de manière sectorielle et plus ou moins étendue. La volonté de rationaliser ce foisonnement d'espaces de dialogue avec les partenaires, a présidé à l'émergence de conventions territoriales globales (CTG) qui transportent la focale des politiques thématiques vers une approche par le territoire. Ces dernières, confortées par la Cog 2018-2022 de la branche Famille⁵, visent à rassembler les dynamiques partenariales et contractuelles⁶ en créant un cadre politique de référence susceptible de rendre visible à l'échelle d'un territoire l'offre de service globale des Caf (c'est-à-dire les prestations légales, les interventions de travail social, l'ingénierie et les financements d'action sociale). La démarche de convention territoriale globale permet ainsi de partager l'ensemble des besoins sociaux d'un territoire (souvent à l'échelle d'une commune ou d'une communauté de communes) et pour les Caf d'organiser la mobilisation de ressources visant à répondre plus efficacement et rapidement à des enjeux identifiés. La CTG, inspirée pour partie du développement social local, suppose à la fois une territorialisation (*top-down*) des interventions Caf ainsi qu'une dynamique ascendante (*bottom-up*) fondée sur l'innovation sociale et l'enrichissement des projets sociaux des territoires par la mobilisation des habitants concernés.

Les ateliers du samedi : un mécanisme de participation des habitants et d'innovation dans la co-construction des politiques publiques

Depuis 2016, la Caf de Paris a mis en place un nouveau dispositif visant à renforcer l'association des habitants à la co-construction des politiques qu'elle porte sur son territoire. Les ateliers du samedi, ont été élaborés initialement avec l'association l'Ecole des données portée par *Open Knowledge France*. L'objectif est de mobiliser des habitants, le plus souvent des allocataires ciblés par l'intermédiaire des bases de données de la Caf, pour les inviter à venir réfléchir durant une journée sur une thématique forte du territoire identifiée à l'occasion d'un diagnostic de la Caf. Exemple des ateliers déjà organisés : parents d'enfants au collège dans le 18^e, l'accès aux modes de garde dans le 14^e, les jeunes dans l'espace public dans le 19^e arrondissement.

⁵ Voir Convention d'objectifs et de gestion entre l'État et la Cnaf 2018-2022, p. 117

⁶ A titre d'exemple, la Caf de Paris dispose de plus d'une vingtaine de conventions avec la collectivité parisienne (convention RSA, CEJ, convention pour la gestion du Fonds de solidarité logement, etc.)

L'atelier-type est animé par des chargés d'études et des conseillers techniques de la Caf selon une méthodologie proche de celle des focus groupes visant à recueillir la parole des participants sans l'orienter. Il se déroule en plusieurs temps successifs. Tout d'abord, il s'agit de partager un diagnostic du territoire en présentant les principales données disponibles sur leur environnement aux habitants. Ces derniers sont ensuite sensibilisés aux données, à la manière de les recueillir et de les analyser. Par la suite, ils utilisent ces connaissances pour mettre en perspective leur expérience personnelle et définir leurs besoins et attentes au regard de la thématique. Ensuite, en mobilisant diverses techniques de créativité ou des outils comme les cartes sensibles⁷, les participants élaborent de nouvelles solutions et hiérarchisent par ordre d'importance les actions à mettre en œuvre en priorité. La Caf de Paris soutient ensuite les projets imaginés dans ce cadre avec un retour régulier en direction des habitants mobilisés.

La gouvernance :

Enfin, il est important de noter que l'action sociale repose sur une gouvernance spécifique. La branche Famille a fait face ces dernières décennies à des évolutions institutionnelles fortes venant redessiner sa gouvernance. La mise en place des Cog en 1996 a fortement contribué à renforcer l'influence de l'État sur la Branche convention après convention. Malgré les tensions de type administratif ou financier et un resserrement de son pilotage, l'action sociale des Caf demeure un espace préservé conservant une relative autonomie. Cela s'explique en raison du rôle prégnant que jouent les Conseils d'Administration, qui disposent de prérogatives importantes en matière d'action sociale. Qu'il s'agisse du CA des caisses et parfois de commissions spécialisées (commission d'action sociale – commission très répandue dans les organismes bien que non obligatoire, commission relative à l'attribution des aides financières etc.), les administrateurs sont amenés à se prononcer sur les budgets d'action sociale (à la fois un acte d'autorisation mais aussi un acte politique de répartition des dépenses), sur la définition et la validation des orientations politiques portées à l'échelon départemental, sur l'attribution de subvention ou de prêts aux allocataires ou aux partenaires sur fonds locaux⁸ mais aussi sur fonds nationaux. Ainsi, en 2018, le CA de la Caf de Paris a voté plus de 11 millions d'euros de subventions d'investissement pour la construction d'établissements d'accueil du jeune enfant dans la capitale. Ces fonds issus du 8^e plan crèche national proviennent du Fnas et sont pilotés par la Cnaf dans le cadre de l'objectif Cog de création de places mais sont validés localement afin de garantir la pertinence de la dépense en fonction des besoins du territoire⁹.

⁷ La « carte sensible » est un média de restitution de l'expérience du territoire

⁸ En 2016, les fonds locaux des Caf s'élevaient à 835 millions d'euros d'après B. Jacquey-Vazquez, « L'accompagnement social », Rapport Igas, septembre 2018

⁹ Voir le Schéma parisien de services aux familles 2016 – 2018 et notamment la cartographie et l'indice de synthèse des besoins d'accueil pour les enfants de moins de 3 ans développé par l'Atelier parisien d'urbanisme

II- L'ACTION SOCIALE DES CAF MIXE UN LARGE SPECTRE D'INTERVENTIONS

Longtemps laissée à la « *libre initiative* » des Caf¹⁰, l'action sociale s'est développée selon des logiques très diverses en fonction des territoires et du portage par les organismes. Aujourd'hui encore, le réseau des 101 Caf témoigne de dynamiques hétérogènes en matière d'action sociale malgré la volonté de la Cnaf et des pouvoirs publics d'assurer un socle commun national. De manière schématique, les interventions des Caf peuvent être classées selon trois ensembles :

Des aides financières individuelles aux familles en complément des prestations légales¹¹ :

Les aides financières aux familles, appelées aides financières individuelles (AFI) constituent un outil d'accompagnement des projets familiaux ou des situations spécifiques. Extralégales et facultatives, elles sont complémentaires au versement des prestations légales et s'articulent avec les aides allouées dans le cadre des dispositifs de droit commun (notamment les dispositifs d'action sociale des CCAS ou des départements). La nature (prêt ou subvention en fonction des ressources de la famille), le montant et les conditions d'octroi sont décrits au sein d'un règlement intérieur adopté chaque année par les Conseils d'Administration des Caf. Les aides financières, sont financées sur fonds locaux et viennent compléter l'ensemble des dispositifs qui permettent de mettre en œuvre la politique familiale sur les territoires. Les aides financières individuelles se subdivisent entre les aides directes (ou autonomes) pouvant être directement sollicitées par une famille allocataire et les aides indirectes (ou accompagnées) nécessitant une évaluation sociale et l'accompagnement par des prescripteurs et en particulier les personnels d'intervention des Caf. Si chaque règlement intérieur d'action sociale présente des spécificités, les aides financières relatives à l'amélioration de l'habitat et du cadre de vie (achat de matériel de première nécessité, rénovation du logement), à l'accès aux loisirs et aux vacances ou encore les aides exceptionnelles ou sur projets favorisant l'insertion sont les plus généralisées.

L'accompagnement social des familles bénéficiaires par des travailleurs sociaux¹² :

Historiquement, l'action social des Caf s'est fortement développée au travers de la mise en place des services sociaux. « *Célèbre et méconnu* »¹³, le travail social désigne un ensemble de professions et de pratiques professionnelles ayant pour objectif de « *permettre l'accès des personnes à l'ensemble des droits fondamentaux, à faciliter leur inclusion sociale et à exercer une pleine citoyenneté* »¹⁴. L'intervention sociale vise donc à favoriser l'émancipation des personnes en renforçant leur autonomie dans leur envi-

10 J. Ancelin, « L'action sociale familiale des Caf : de la libre initiative aux missions de service public », op.cit.

11 Voir les articles L. 263-1 et R. 263-1 du code de la sécurité sociale et P. Domingo, « Focus - Évaluer l'action sociale : l'exemple des aides financières individuelles », *Informations sociales*, vol. 150, n° 6, 2008, pp. 108-109.

12 Voir également F. Drissi, note de problématique rédigée dans le cadre d'une mission Cnaf relative à la refonte du travail social

13 M. Autes, *Les paradoxes du travail social*, Ed. Dunod, 2013

14 Décret n° 2017-877 du 6 mai 2017 relatif à la définition du travail social

ronnement¹⁵, en conciliant une approche individuelle et collective de l'accompagnement social, en faisant de l'accès aux droits, de la participation, du développement des capacités et des compétences des personnes des enjeux essentiels. Déployées à partir de la lettre-circulaire de 2009¹⁶, les orientations stratégiques du travail social des Caf ont permis de développer une offre lisible se distinguant de l'offre des départements, communes et établissements publics de coopération intercommunale (EPCI). Cette offre singulière¹⁷ d'intervention est préventive et vise à aller vers les familles confrontées à la survenance d'un événement fragilisant en leur proposant un accompagnement global (diagnostic social, conseil et bilan). Le travail social est une composante de l'offre de service des Caf en s'orientant vers trois champs clairement identifiés : le logement (impayés de loyers), l'insertion (bénéficiaires du RSA, familles monoparentales) et la parentalité (accompagnement social dans le cadre de la naissance, accompagnement des familles confrontées à une situation de deuil ou une séparation notamment).

Faits générateurs du socle national d'intervention des Caf¹⁸

Parentalité	Logement	Insertion
Naissance multiple ou première naissance	Impayés de loyer ALF	RSA majoré
Séparation	Impayés accession ALF	
Décès enfant	Non décence	
Décès parent		

Le bilan du travail social présenté par la Cnaf en 2016 recense 73 000 infos conseils et 24 000 accompagnements sociaux réalisés par les Caf, auxquels s'ajoutent 260 000 RDV des droits. Le nombre de travailleurs sociaux dans la Branche est estimé à 2 070 équivalents temps pleins.

Un soutien technique et financier aux opérateurs de services et d'équipements d'action sociale :

L'action sociale des Caf repose enfin sur une politique ambitieuse de développement d'équipements et de services à destination des familles. Parmi ces équipements, les plus connus sont ceux relatifs à l'accueil et à l'éducation des enfants du plus jeune âge de la vie à la construction de leur autonomie. Ainsi l'action sociale des Caf finance les établissements d'accueil du jeune enfant (concept réunissant les crèches multi-accueil, les haltes-garderies, les jardins d'enfants, les micro-crèches ...) ainsi que les accueils de loisir sans hébergement (c'est-à-dire les centres de loisirs accueillant les

15 Loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale fixe de nouvelles règles relatives aux droits des personnes.

16 N. Favague et C. Helfter, « La mise en place du socle national de travail social. Quelles modalités d'appropriation par les caisses d'Allocations familiales ? », *Revue des politiques sociales et familiales*, n° 124, 2017, pp. 65-72. Le travail social fait l'objet d'une importante réflexion au sein de la branche Famille dans le cadre de la mise en œuvre de la Cog

17 B. Jacquy-Vazquez, « L'accompagnement social », op. cit.

18 B. Jacquy-Vazquez, « L'accompagnement social », *ibid.* ALF : allocation de logement familiale. Voir également C. Pittolat, M. Klein, « L'accompagnement des bénéficiaires du RSA », rapport au Premier ministre, août 2018.

enfants sur les temps péri et extra-scolaires). Ces financements, souvent issus des fonds nationaux (c'est-à-dire de lignes budgétaires du Fnas) mais pas exclusivement. Ils viennent soutenir l'investissement nécessaire à la création des équipements puis solvabiliser leur fonctionnement dans la durée. D'autres équipements sont également financés par les Caf au bénéfice des familles et du lien social comme les centres sociaux¹⁹, les espaces de vie sociale ; en matière de parentalité, les ludothèques, les lieux d'accueil enfants-parents, les espaces rencontre ; en matière de logement, les foyers de jeunes travailleurs ... Les Caf concourent également à subventionner des services comme l'aide à domicile, les ateliers de soutien à la fonction parentale dans le cadre des réseaux d'écoute, d'appui et d'accompagnement à la parentalité, les séjours vacances, les actions au profit de la réussite éducative des jeunes (notamment les contrats locaux d'accompagnement à la scolarité) qui profitent à l'ensemble des familles. Sans égrener un catalogue « à la Prévert », force est de constater que l'offre d'équipements et de services est très diversifiée. Elle s'est structurée progressivement et n'est pas figée. Ainsi, les actions renforcées des Caf en matière de promotion des valeurs de la République, d'insertion professionnelle, de lutte contre la pauvreté ou contre la non-décence des logements témoignent de la capacité des dispositifs d'action sociale à s'adapter aux nouveaux besoins de la société. Par ailleurs, il convient de noter que les équipements et service financés par les budgets d'action sociale font également l'objet d'un accompagnement, d'une animation et d'une structuration en réseau à l'échelle des territoires. En effet, les Caf mobilisent des compétences en ingénierie au service de leurs partenaires. Ces expertises sont incarnées par les conseillers techniques ou chargés de conseils et développement des Caf qui accompagnent au quotidien les porteurs de projets sur les territoires afin d'agir comme catalyseurs permettant l'émergence de nouveaux services. Ce travail d'accompagnement s'opère avec soin en s'assurant, d'une part, de l'effectivité du besoin au regard de du maillage territorial de l'offre de services aux familles, et d'autre part, de la performance financière de la solution retenue. Ainsi, un projet au prix de revient trop élevé ou inadapté aux besoins des familles se voit réorienté à l'issue d'un dialogue de gestion entre les porteurs de projets et les équipes de la Caf. L'objectif étant d'améliorer la viabilité et le bénéfice des projets soutenus pour la collectivité. A titre d'exemple, la Caf de Paris, bien que très dynamique dans la création des établissements petite enfance avec une moyenne de création de 1 000 places de crèche par an depuis plusieurs années, apporte un soin particulier dans l'identification des territoires où l'offre doit être complétée ou dans l'analyse des taux de fréquentation des structures avoisinantes avant de soutenir la création de tout nouvel équipement.

La création des équipements et services aux familles est un levier puissant d'aménagement et de régulation du territoire qui positionne les Caf au cœur d'un cadre partenarial porteur mais également complexe. En effet, alors que les Caf se voient confier des objectifs volontaristes en matière de développement, force est de constater que nombre de leurs partenaires et notamment les collectivités publiques font face à la raréfaction de leurs moyens et à la nécessaire maîtrise de leur niveau de dépenses notamment à la suite de l'introduction de contrats d'objectifs d'évolution des dépenses de fonctionnement avec l'État. Cet effet ciseaux portant sur les recettes et les dépenses, couplé aux effets du calendrier électoral, obère la capacité des acteurs publics à cofinancer de nouveaux projets – que ces derniers soient portés en régie,

19 En 2016, 2 100 centres sociaux étaient agréés et financés par les Caf.

en gestion externalisée ou par des partenaires privés – à destination des familles. Cet écart entre les objectifs et les résultats obtenus a notamment été souligné par l'Igas et l'Igf dans le rapport d'évaluation de la Cog 2013 – 2017²⁰.

III- QUEL AVENIR POUR L'ACTION SOCIALE DES CAF : UNE SPÉCIFICITÉ À RÉINVENTER ?

Dans un contexte marqué par les métamorphoses rapides et profondes de la question sociale, il apparaît difficile de répondre avec certitude à la question de l'avenir de l'action sociale des Caf. Les arbitrages financiers comme les évolutions du paysage administratif sont susceptibles de venir rebattre les cartes rapidement, voire de questionner l'existence même de l'action sociale de la Branche²¹. Si on éloigne, par choix mais aussi par souhait, cette dernière hypothèse, plusieurs facteurs d'évolutions sont d'ores et déjà à prendre en compte pour penser les spécificités de l'action sociale des Caf demain :

- les évolutions sociétales (exigences accrues envers le service public, montée des comportements individualistes, habitudes consuméristes mais aussi le développement de nouvelles pratiques coopératives et citoyennes),
- la situation socio-économique de certaines familles (déclivement du lien social, évolution des modèles familiaux, précarisation et isolement),
- les évolutions de l'environnement partenarial (polarisation des acteurs sur leur domaines de compétences prioritaires, question de la légitimité institutionnelle des Caf, difficultés financières rencontrées par les opérateurs associatifs et les collectivités territoriales),
- la transformation digitale.

Dans ce contexte mouvant, il semble que l'action sociale sera marquée par la continuité de ses missions mais sans doute également par le changement de ses modalités et de ses moyens d'actions. Nombre d'éléments constitutifs de la spécificité de l'action sociale des Caf sont en cours d'évolution comme par exemple la structuration de ses financements dans le domaine de la petite enfance ou de la jeunesse (disparition des Cej à partir de 2020, apparition de bonus forfaitaires en faveur de la mixité sociale ou de l'inclusion des enfants porteurs de handicap). D'autres évolutions se manifestent progressivement :

Une approche territoriale à consolider :

Entre recherche d'accessibilité aux services du plus grand nombre et approche segmentée en fonction des besoins, le territoire s'est imposé comme un nouvel échelon de mise en œuvre de l'action publique et particulièrement en matière sociale. Il s'agit d'être « *au plus près* » des habitants avec une ambition de transversalité qui

20 M. Ravanel-Vassy, L. Vachey, S. Dupays, L. Gratieux, « Evaluation de la convention d'objectifs et de gestion 2013-2017 de la Cnaf », Rapport Igas-Igf, juillet 2018, p.

21 Le rapport « Service public – Se réinventer pour mieux servir » du Comité action publique 2022 (juin 2018) est à ce titre illustrant.

dépasse les circonscriptions politico-administratives, les interventions trop thématiques ou sectorielles, dans le but d'adapter les dispositifs aux besoins des populations. Aujourd'hui, le territoire est tout à la fois le cadre de l'action, de son évaluation, de son sens et de son organisation²². L'action sociale des Caf participe fortement de cette dynamique en positionnant les caisses comme actrices à part entière sur les territoires²³. La Cog 2013-2017 a été marquée par d'importantes avancées en matière de territorialisation des politiques de la Branche notamment grâce aux CTG et aux Schémas départementaux de services aux familles (outils de contractualisation favorisant l'émergence de projets globaux de territoires Cf. *supra*). Au travers des diagnostics qu'elles posent sur les territoires²⁴, de leur interventions diversifiées et de la mobilisation de leurs financements, les Caf disposent d'atouts pour animer et coordonner les politiques sur les territoires. Il s'agit d'une opportunité forte à saisir pour consolider le positionnement de l'action sociale de la Branche dans la sphère publique. C'est notamment le cas s'agissant de la Stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté annoncée en septembre 2018 par le Président de la République. Cette dernière a été conçue pour être « portée par les acteurs des territoires » et les Caf peuvent y trouver une place centrale notamment en assumant l'animation d'actions locales en matière de petite enfance.

Les tensions croissantes entre autonomie et encadrement :

La recherche des gains d'efficience à l'échelle du réseau des Caf a conduit les pouvoirs publics à renforcer progressivement le pilotage, la sécurisation et les prescriptions nationales²⁵. Conformément aux préconisations du rapport d'évaluation de la Cog 2013-2017, la nouvelle Cog marque une étape supplémentaire dans cette dynamique et notamment s'agissant de l'action sociale. Au-delà des évolutions liées à une meilleure maîtrise financière du Fnas dont la croissance décélère, la question de l'articulation entre les dispositifs ou encore le renforcement de l'évaluation sont fortement mises en avant. En outre, la Cnaf voit son rôle de tête de réseau fortement rapplé.

Confrontée à ce contexte plus rigide, aux efforts de rationalisation et aux contraintes gestionnaires, l'action sociale des Caf opère aujourd'hui un difficile changement de posture²⁶. Loin de pouvoir se résumer à la classique tension dialectique entre la liberté et l'égalité consubstantielle à toute démarche de décentralisation, ces évolutions interrogent plus directement les marges de manœuvre des Caf. Dans ce cadre plus strict, conservent-elles leur capacité à fédérer autour de projets et du portage de politiques sur les territoires ? Cette question n'est pas définitivement tranchée, car les marges comme les moyens demeurent. Reste à savoir si les caisses tendront à se réfugier dans leur rôle « d'opérateur » ou si elles sauront exploiter tout le potentiel de leur rôle de « régulateur » et « d'investisseur social » en réaffirmant le caractère innovant de leur action sociale. En d'autres termes, la performance locale de l'action sociale sera-

22 B. Pallier, « La référence au territoire dans les nouvelles politiques sociales », *Politiques et Management Public*, 16-3, 1998, pp. 13-41

23 J.-L. Haurie, « Le développement social territorial - Une stratégie de modernisation de l'action des Caf inscrite dans la durée », *Revue des politiques sociales et familiales*, 81, 2005, pp. 59-68

24 Grâce à leur système d'informations Caf disposent de données fines sur les familles allocataires ainsi que des compétences d'ingénierie permettant de les analyser et de les mettre en perspectives.

25 J.-L. Haurie, « Évolution du métier de directeur et évolution des missions des Caf, ou de Prométhée à Sisyphe », *Informations sociales*, vol. 189, n° 3, 2015, pp. 62-70.

26 J.-L. Sanchez et al., « Les Caf et les territoires – Constats et propositions », *Les cahiers de l'Odas*, octobre 2018

t-elle seulement comprise à l'aune de la conformité de leur gestion et de la qualité de leur relation de service ou continuera-t-elle d'être entendue en prenant en compte l'importance des dynamiques politiques et des spécificités territoriales ?

L'évolution des métiers de l'action sociale :

La question de la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences est un enjeu majeur pour toutes les organisations en particulier dans un contexte marqué, d'une part par une transformation sociétale rapide et indéterminée et d'autre part, par de nécessaires économies de gestion. Les Caf sont concernées par ces deux défis. Le contexte d'intervention de l'action sociale des Caf est très divers selon les territoires. Cela se traduit par des organisations, des moyens et des offres de service souvent différentes au sein des organismes. A l'intérieur même des directions d'action sociale, les métiers obéissent à des logiques différentes dès lors qu'il s'agit de l'accompagnement des familles ou de l'accompagnement des partenaires. Dans la continuité des orientations stratégiques posées par la nouvelle Cog, des tendances se dessinent et requerront d'adapter les expertises des équipes d'action sociale. Parmi ces champs métiers à investir se distinguent : le renforcement des démarches préventives de conseil auprès des opérateurs sociaux (et notamment les plus fragiles), l'animation de réseaux de partenaires sur un territoire, la consolidation des capacités de diagnostic, de pilotage et d'évaluation pour s'assurer du caractère efficient des politiques de transformation territoriale, un positionnement à renforcer en matière d'accès aux droits et d'inclusion numérique, le développement de référents de parcours d'insertion sociale, le renforcement de la relation « clients » pour les partenaires, le développement de démarches d'innovation territoriale et de mécanismes encourageant la participation des habitants.

Qui décidera en matière d'action sociale demain ?

Principe fondateur de la Sécurité sociale, la gestion des Caisses par les intéressés eux-mêmes ou leurs représentants s'est révélée particulièrement forte en matière d'action sociale au sein de la branche Famille. Progressivement affaiblie, la démocratie sociale voit aujourd'hui revenir le spectre du désengagement de certains partenaires sociaux des Conseils d'Administration. Les critiques pesant sur la représentativité des organisations syndicales trouvent des échos puissants dans la crise récente des « gilets jaunes » : remise en cause de la représentation d'une part, aspiration à une participation renouvelée à la vie publique d'autre part.

Dans ce contexte, les réformes impactant le financement de la Sécurité sociale comme la bascule de cotisations sociales vers la CSG ou la désocialisation des heures supplémentaires (en sortant d'ailleurs du cadrage de la loi Veil du 25 juillet 1994 qui impose le principe de compensation du coût des exonérations et des allègements²⁷) fragilise encore la légitimité de la gouvernance actuelle des organismes. En effet, au-delà des répercussions économiques en matière d'équité fiscales ou des gains de pouvoir d'achat pour les actifs, ces mesures viennent unifier voire « étatiser » les financements (fin de l'affectation de certains prélèvements à des dépenses sociales bien identifiées). Dans ce système vertical, de quel poids disposeront encore les CA organes de gouvernance de l'action sociale ?

²⁷ Article L. 131-7 du code de la sécurité sociale

* * *

L'action sociale des Caf constitue un modèle spécifique d'action publique. En complément des logiques de réparation et de compensation portées par les autres acteurs du champ social, elle développe des interventions diversifiées s'appuyant sur un cadre réglementaire relativement souple. Empreinte des méthodes de l'approche territoriale, l'action sociale des Caf intègre le diagnostic, la participation et l'*empowerment* des familles, le partenariat et l'évaluation dans la construction de réponses aux besoins sociaux. Les évolutions récentes interrogent toutefois l'action sociale des Caf²⁸. Secteur parfois délaissé au profit des impératifs de la liquidation des prestations légales sur fond de raréfaction des ressources, de plus en plus réglementée et parfois questionnée sur son efficience et sa cohérence, l'action sociale doit sans cesse être capable de renouveler ses approches pour qu'elles coïncident aux besoins des familles. Plusieurs objectifs semblent ainsi essentiels : consolider le positionnement institutionnel et politique, conserver et exploiter des marges d'initiatives nécessaires à l'approfondissement des partenariats locaux et l'émergence d'innovations sociales, renforcer l'articulation et la lisibilité des dispositifs, services et équipements afin d'offrir un continuum d'interventions aux familles, créer de nouvelles offres de services en prise avec les besoins et les territoires (autour de la prime d'activité, de l'insertion et de l'entreprise par exemple), réussir l'évolution de ses métiers dans un contexte mouvant et contraint pour conserver une expertise reconnue.

28 C. Cloarec-Le Nabour, J. Damon, « *la juste prestation pour des prestations et un accompagnement ajustés* », rapport au Premier ministre, septembre 2018

La gestion de l'Assurance maladie complémentaire

Par **Albert LAUTMAN**, directeur général de la Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF) et **Camille BROUARD**, directeur adjoint de la Direction du service aux mutuelles au sein de 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 1er juillet 2016, il est directeur général de la FNMF.

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 Directeur adjoint de la Direction du service aux mutuelles au sein de la FNMF.



Résumé

Le système français d'assurance maladie à deux étages permet de garantir des restes à charge limité, parmi les moins importants des pays de l'OCDE.

Derrière le présupposé d'une gestion privée plus souple que celle de l'Assurance maladie obligatoire, les complémentaires sont aujourd'hui soumises à des exigences fortes limitant leurs marges de manœuvre.

Introduction

Le système français d'assurance maladie est composé de deux « étages » comprenant l'Assurance maladie obligatoire (AMO), et l'Assurance maladie complémentaire (AMC).

Il serait en réalité plus juste de parler d'assurances maladies complémentaires, au pluriel, plusieurs systèmes coexistant. En effet, à côté des opérateurs historiques, les mutuelles relevant du Code de la Mutualité, figurent également les Institutions de prévoyance (IP) relevant du Code de la Sécurité sociale et les assurances relevant,

elles, du Code des assurances. Les deux premières catégories d'acteurs relèvent du champ dit « non lucratif », en d'autres termes, mutuelles et IP ne financent pas d'actionnaires à la différence des assureurs « privés lucratifs ».

Ces trois catégories d'acteurs sont placées en concurrence sur l'ensemble du champ de l'AMC qui couvre un « marché » de 30 milliards d'euros environ. Ce montant peut sembler dérisoire au regard de l'ensemble du budget de l'AMO mais, nous y reviendrons, il concerne en réalité des soins de plus en plus importants qui ne peuvent en tout état de cause être considérés comme un « appoint » ou un confort.

Surgissant comme un serpent de mer, la place et le rôle des acteurs de l'AMC et donc la gestion par des organismes différents de l'AMO du financement des soins sont fréquemment interrogés. Ce sont à chaque fois des arguments pour le moins discutables qui sont avancés.

Les développements qui vont suivre visent à clarifier certains points concernant cette gestion « privée » (i.e. ne disposant pas de prérogatives proches de celles de la puissance publique comme pour le cas de l'AMO).

Le premier point est celui de l'efficacité même de notre modèle. Il est fréquent de lire ou d'entendre que notre modèle à deux étages serait une anomalie, de surcroît inefficace, pour permettre d'accéder à des soins de qualité. Ces deux affirmations méritent d'être largement nuancées (I).

Le deuxième point concerne l'idée supposée d'un système totalement dérégulé. Les opérateurs en charge de l'AMC seraient libres d'agir, libres de proposer des garanties sans lien avec les besoins de leurs assurés et agiraient sans aucun garde-fou. Là encore, la tendance actuelle démontre le contraire (II).

I- UNE GESTION À DEUX ÉTAGES : UN MODÈLE FRANÇAIS EFFICACE

Notre système d'assurance maladie est organisé en plusieurs étages. A l'Assurance maladie obligatoire (AMO) s'ajoute une Assurance maladie complémentaire (AMC). Ce deuxième étage, contrairement à une idée fréquemment développée, n'est pas une spécificité française (I.1). Il couvre, surtout, une part de plus en plus importante des soins (I.2).

I.1/ Un modèle propre à la France ?

Dans la plupart des pays où il existe un financement des frais de santé, une assurance socialisée cohabite avec une assurance privée.

La Direction des recherches, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) dans sa publication relative à l'assurance complémentaire effectue un état des lieux précis des différentes situations. Ainsi « *aux Pays-Bas, par exemple, la gestion de l'assurance maladie de base, obligatoire, a été confiée aux assureurs privés, fortement encadrés par les pouvoirs publics (panier de soins imposé, sélection des risques interdite...).* Mais

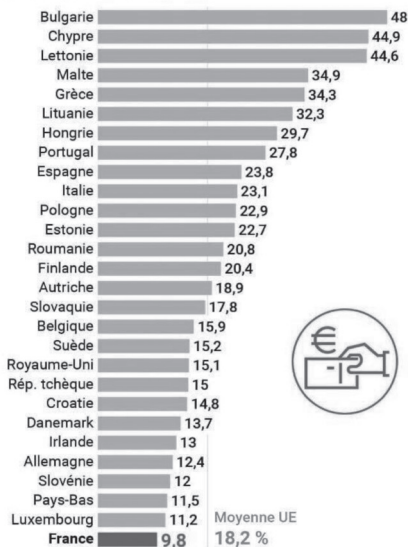
86 % des Néerlandais ont également souscrit une assurance santé privée facultative [...] qui leur permet de couvrir notamment les dépenses en optique et les soins dentaires pour les adultes, exclus du panier de soins de base. (...) Dans certains pays au fonctionnement beveridgien, comme le Royaume-Uni ou la Suède, mais aussi l'Espagne ou l'Italie, l'assurance maladie obligatoire est financée par l'impôt, et permet aux habitants de recevoir gratuitement des soins auprès des producteurs publics rémunérés par l'État. Les files d'attente pour l'accès aux soins dans le secteur public peuvent se révéler longues. Une assurance santé privée, dite duplicative, ou parallèle, s'est alors développée afin de permettre à ceux qui en ont les moyens d'obtenir, via le secteur privé, un accès plus rapide aux soins ou un choix plus large de prestataires, voire des soins de meilleure qualité¹.

De cet état des lieux découle le constat que le système Français faisant cohabiter AMO et AMC s'avère vertueux :

- ▼ Il parvient à limiter les effets « coupe file » apparaissant dans les États où l'essentiel du financement et de la prise en charge est socialisé,
- ▼ Il limite l'inflation du montant des primes d'assurance lorsque le système est exclusivement privé,
- ▼ Enfin, et surtout, le système français est aussi celui qui garantit les restes à charge les plus bas des pays de l'OCDE (évalué à 7-8 % selon les études).

Santé : le reste à charge dans l'Union européenne

En 2016*, en % des dépenses



Source : OCDE (novembre 2018)

* ou dernier chiffre connu

¹ L'assurance santé privée à l'international in *La complémentaire santé – Acteurs, bénéficiaires, garanties*, édition 2016, DREES.

I.2/ Une AMC de plus en plus essentielle pour rembourser les soins courants

La part de la prise en charge par l'AMC peut sembler peu importante en pourcentage du montant global du financement des soins (de l'ordre de 13 %). Néanmoins celle-ci est majoritaire dans trois postes de dépenses peu ou pas pris en charge par l'AMO : l'optique, l'audioprothèse et les prothèses dentaires.

<i>Part de la contribution</i>	Optique	Audioprothèse	Prothèse dentaires
Assurance Maladie Complémentaire (AMC)	72 %	29 %	45 %
Assurance Maladie Obligatoire (AMO)	4 %	14 %	20 %
Reste à Charge (RaC)	24 %	57 %	35 %

Source : FNMF

L'AMC finance également une part croissante des soins de villes donnant lieu à des dépassements d'honoraires.

En confiant une part accrue de la gestion du risque aux complémentaires (de plus en plus présentes donc dans la prise en charge des soins courants) l'AMC est certes complémentaire, mais elle n'est plus accessoire.

Fondamentalement la part des soins prises en charge par l'Assurance maladie n'a pas beaucoup évolué et se stabilise autour 77 % du financement global.

Toutefois, les complémentaires sont de plus en plus présentes dans le financement des soins courants ce qui peut donner l'illusion d'un désengagement de la solidarité nationale alors, au contraire, qu'elle investit une part croissante de son effort dans les soins lourds.

Cette répartition des rôles est inévitable : seule une base de mutualisation large (dont dispose l'Assurance maladie) peut permettre de couvrir des risques élevés. Dans son rapport de juillet 2013 « *La généralisation de la couverture complémentaire* », le HCAAM résumait ainsi l'écart de situation entre l'AMO et l'AMC. « *L'assureur [en charge d'une complémentaire santé] doit prendre en compte le phénomène de sélection adverse (ou antisélection). Les personnes jeunes et en bonne santé peuvent préférer ne pas s'assurer estimant que le rapport cotisations/prestations est en leur défaveur alors que les assurés aux risques élevés y auront intérêt pour des raisons inverses, ce qui augmente au total la probabilité de survenue du risque et peut mettre en péril l'équilibre économique du système. L'assurance maladie obligatoire ne rencontre pas cette difficulté puisqu'elle couvre toute la population. Dans une moindre mesure, les contrats collectifs obligatoires souscrits au niveau d'une branche ou d'une entreprise limitent cet effet d'antisélection puisque l'ensemble des salariés d'une communauté de travail est tenu d'y adhérer et que la loi Évin interdit la sélection individuelle.*

La prime due par l'assuré est calculée, non pas en fonction des revenus (hormis pour certaines mutuelles en application du principe de solidarité et certains contrats collectifs), mais en fonction des risques observables, du niveau de risque perçu et choisi par l'assuré et du « coût de production » de l'assurance : c'est le principe de la neutralité actuarielle. Si celle-ci n'était pas réalisée, si notamment les primes étaient trop élevées, l'assureur pourrait s'exposer à un risque d'« écrémage » de ses assurés à bas risques par ses concurrents. A l'inverse, le financement à perte pour une catégorie d'assurés pourrait entraîner une hausse des primes pour les autres assurés et la fuite des clients à bas risques vers d'autres entreprises. L'assurance complémentaire peut ainsi s'assimiler à un acte de redistribution ex post, entre des individus qui ont souscrit le même niveau de risque, ce risque s'étant ou non réalisé. Dans le cadre de contrats collectifs, la redistribution s'effectue entre les personnels de la communauté de travail (branche, entreprise ou établissement) couverts par les mêmes garanties. L'assurance maladie obligatoire, quant à elle, mutualise les risques à l'échelle de la nation grâce à un financement qui ne leur est pas lié. »

II- UNE GESTION DE L'AMC (DE PLUS EN PLUS) ENCADRÉE

A l'origine, l'AMC se voulait individuelle et plutôt facultative ce qui laissait aux organismes la possibilité de construire leurs garanties en fonction des souhaits (ou des moyens) de leurs assurés. Ce n'est plus le cas aujourd'hui. Les garanties sont de plus en plus normalisées (I.1), les opérateurs, eux, agissent dans un cadre contraint (I.2) et « en bout de chaîne » (I.3).

II.1/ La normalisation des garanties

En 2004, le Haut conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie déplorait en effet dans un rapport « la différenciation des produits » couvrant la part complémentaire et donc la disparité des prises en charge.

« Les personnes couvertes par les couvertures complémentaires le sont désormais sans que, pour l'essentiel, on tienne compte de leur état de santé et qu'on les soumette à des conditions de stage ou délais de carence significatifs.

Mais les modalités de prise en charge diffèrent très sensiblement :

- ▼ *selon le mode d'acquisition de la couverture : la protection en entreprise – adossée à des concours publics puissants – assure dans l'ensemble des garanties de meilleur niveau que les contrats de couverture individuelle dont le financement repose entièrement sur les ménages*
- ▼ *selon le niveau professionnel : les garanties des cadres sont de meilleure qualité.*

Réglementer et normaliser le contenu des garanties étaient donc d'une certaine manière « un mal nécessaire » pour garantir au plus grand nombre une couverture de qualité.

La normalisation des garanties s'est effectuée en plusieurs étapes avec des objectifs différents.

Le premier objectif était de permettre au plus grand nombre d'accéder à une complémentaire. L'accès à une complémentaire étant primordial pour bénéficier de soins courants de qualité et faisant le constat de la difficulté de certains pour acquérir une complémentaires, les pouvoirs publics ont créé différents filets de sécurité : la CMU-C, complétant la CMU, puis l'Aide à la complémentaire santé (ACS). Après plusieurs années d'existence, l'ACS a donné lieu à un appel d'offres organisé par les pouvoirs publics labellisant des organismes offrant des garanties de qualité à des coûts restreints.

Quels ont été les effets de ces mesures réglementant les complémentaires dédiées aux personnes ayant de faibles revenus ? Dans un rapport d'avril 2016, l'Inspection générale des affaires sociales en dressait un bilan relativement positif considérant qu'elles avaient permis de réduire le taux d'effort des bénéficiaires tout en regrettant un taux de non recours encore très élevé (30 % pour la CMU-C, entre 70 et 57 % pour l'ACS). La réforme de l'ACS semble également répondre au cahier des charges fixé (baisse significative du montant des cotisations à garantie égale ; augmentation de la qualité des contrats...).

Si l'on se place du point de vue des opérateurs en revanche, l'analyse est sensiblement différente... En établissant des produits socles, les pouvoirs publics ont largement limité la capacité des acteurs à établir des garanties à géométrie variable et adaptée aux besoins de leurs assurés. Désormais la concurrence sur ce type d'offres ne s'effectue plus sur le contenu des contrats mais bien sur le tarif pratiqué. Bien souvent, ces contrats normalisés pratiqués à des tarifs très concurrentiels sont en réalité déficitaires, de sorte que l'essentiel des personnes bénéficiant de ces garanties réglementées sont protégées par des mutuelles, non lucratives et par essence plus solidaires que leurs concurrents. Le monde assurantiel lucratif se détourne, lui, de ces contrats peu rémunérateurs et couvrant des populations potentiellement à fort risque.

Le second objectif de la réglementation et de la normalisation des garanties des complémentaires santé était de limiter les effets inflationnistes de certains contrats. En effet, dans un univers concurrentiel, le pourcentage de remboursement est un atout... Est considérée comme une « bonne complémentaire », une complémentaire remboursant beaucoup. Cette maxime a pourtant eu des effets parfois délétères en particulier s'agissant de l'optique. L'optique a en effet longtemps constitué un produit d'appel des complémentaires entretenant des effets inflationnistes. Face à ce constat, les dernières réformes (évolution des contrats solidaires et responsables, mise en place du « 100 % santé ») ont visé, à la fois, à limiter ces effets inflationnistes en plafonnant le montant des prises en charge, tout en garantissant des soins de qualité. Si cette régulation des pratiques était à la fois inévitable et souhaitable, elle a pu engendrer quelques effets pervers, notamment l'apparition d'un « troisième étage » avec des « surcomplémentaires » complétant le niveau de remboursement du « deuxième étage » et... brisant la logique d'encadrement des remboursements.

II.2/ Un cadre normatif de plus en plus contraignant

L'idée fréquemment répandue que l'exercice d'une mission, fût-ce une mission d'intérêt général, au sein d'un organisme privé serait plus aisée car affranchie de règles mérite d'être nuancée... Les complémentaires santé exercent leurs activités de manière très encadrée.

Pour les acteurs de l'AMC, le vote de la LFSS n'est pas un moment anodin. Les garanties des complémentaires santé dépendent en effet étroitement du vote de l'Assemblée nationale. Chaque année plusieurs dizaines d'articles ont un impact direct sur la gestion des garanties : tarification des actes, transferts de charges...

Par ailleurs, sur le modèle des règles s'appliquant au secteur bancaire, les complémentaires sont soumises à des normes prudentielles extrêmement strictes ayant un impact fort sur la gestion du risque. Ces contraintes prudentielles sont apparues en deux temps :

1 - Par le biais de la Directive « Solvabilité 1 » s'appuyant sur trois piliers :

- Le premier concerne les exigences quantitatives : les complémentaires devaient respecter une exigence de marge (ou exigence de fonds propres) calculées au prorata des primes et charges de prestations et provisions (en moyenne à 20 % des primes). Les complémentaires se devaient également de respecter des obligations de diversification de leurs placements.
- Le deuxième est relatif aux exigences qualitatives / organisationnelles : les complémentaires ont dû se doter d'un comité d'audit et mettre en place un système de contrôle interne au sein de leur organisation.
- Le troisième concerne enfin les exigences de reporting. Les complémentaires étaient ainsi tenues de communiquer à l'Autorité de Contrôle Prudentielle et de Résolution un rapport sur leur solvabilité en plus des rapports de gestion et rapport sur le contrôle interne.

2 - Par le biais de la Directive Solvabilité 2 :

A la suite à la crise financière de 2008, les régulateurs ont souhaité accroître la transparence, renforcer la gouvernance et le contrôle interne. Solvabilité 2 repose également sur trois piliers :

- Le premier pilier concerne l'exigence de fonds propres appréhendant l'ensemble des risques auxquels sont exposés les organismes (risques assurantiels, risques de marché...).
- Le deuxième pilier concerne le système de gouvernance et a pour objectif de garantir une gestion saine, prudente et efficace de l'activité. Pour atteindre cet objectif, la directive indique que chaque organisme doit être dirigé par au moins deux dirigeants², c'est la règle des « quatre yeux ». Comme nous l'évoquions dans un article précédent³, c'était « *en soi une mesure de bon sens résultant d'écarts inacceptables dans la gestion de fonds au cours des dernières crises financières. Sauf que [...] 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*

2 Pour les organismes régis par le code de la mutualité, ce sont le président du conseil d'administration et le dirigeant opérationnel.

3 La gouvernance mutualiste, revue *Regards* 2017/2 (N° 52), pages 163 à 174. Pour aller plus loin et faire un tour exhaustif de l'horizon mutualiste voir Thierry Beaudet et Luc Pierron, *La Mutualité*, Que sais-je, 2018.

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. »

- ▼ Le troisième pilier définit l'ensemble des exigences de reporting.

II.3/ Le « piège » d'une gestion « en bout de chaîne »... bientôt compensée par le développement d'une logique servicielle ?

Les organismes complémentaires sont donc soumis à une contrainte forte qui pèse sur leur manière d'appréhender la gestion du risque, mais n'ont-elles jamais été libres de définir leurs garanties ?

Leur position dans le système de remboursement et leur « arrimage » à l'assurance maladie obligatoire contraignent, par essence, la marge de manœuvre des complémentaires. Le HCAAM notait que « le périmètre de l'assurance maladie complémentaire (AMC) [était] fortement dépendant des arbitrages des régimes de base

- ▼ *l'AMC se cale le plus souvent sur le panier de biens et services de l'Assurance Maladie et :*
 - *prend en charge en tout ou partie les dépassements ;*
 - *complète le caractère très limité des tarifs des régimes de base (notamment en dentaire et optique).*
- ▼ *mais on voit peu à peu les organismes complémentaires prendre en charge des biens et services qui ne figurent pas dans le « panier » du régime général ; de même, ils développent des services associés à la prise en charge (plateformes de conseil par exemple). »*

Cette situation découlant d'une construction historique est peut-être conduite à évoluer.

Dans un environnement de plus en plus concurrentiel et avec des garanties normalisées, les complémentaires axent aujourd'hui leur développement sur une logique plus « servicielle » voire plus conforme à une « expérience client » réussie. Les principaux groupes mutualistes mettent par exemple de plus en plus avant à la fois leur offre assurantielle et leurs établissements de soins et de services⁴. Une grande partie des contrats collectifs offrent également des services de téléconsultation. D'autres, moins nombreuses à ce stade, s'appuient sur une offre entièrement digitalisée. Cette approche plus individualisée renoue ainsi, en quelque sorte, avec une partie des ambitions de la création d'un socle complémentaire.

Sur ces différents points, il existe peut-être une agilité et une souplesse propres à une gestion « privée » peu transposables à l'AMO.

⁴ Ces offres de soins et de services font partie des mutuelles dites du « livre III » du Code de la Mutualité. Réparties sur l'ensemble du territoire français elles couvrent des services tels que l'accueil d'enfants, de personnes âgées, des établissements hospitaliers, des centres de santé, des centres dentaires...

Conclusion

L'AMC est donc une solution efficace pour répondre au défi de l'accès aux soins. Sa gestion en revanche s'organise dans un environnement juridique et prudentiel complexe pour les opérateurs.

Dans un contexte où la question du pouvoir d'achat est de plus en plus centrale : cette gestion à deux étages, complexe donc, est-elle plus onéreuse qu'une autre ?

C'est une question qui est fréquemment posée en dénonçant, le plus souvent avec une certaine forme de simplisme, les frais de gestion des complémentaires et l'augmentation des tarifs pratiqués⁵.

Le premier argument serait celui des coûts réduits d'une gestion par l'Assurance maladie. Cet argument se fonde sur un certain nombre de raccourcis et d'oublis, en particulier concernant le montant de la dette de l'AMO -quand les complémentaires doivent, elles, présenter des comptes à l'équilibre. Cet argument découle également d'une approximation : l'AMO et l'AMC ne couvrent pas les mêmes champs et n'effectuent pas les mêmes métiers. A titre d'exemple, une complémentaire, pour rembourser des soins d'optique, doit étudier plusieurs devis et le cas échéant contacter directement le professionnel... Nous sommes ici loin d'une simple liquidation automatique de droits.

Le deuxième argument serait celui de l'augmentation constante du coût des cotisations des complémentaires. Sur ce point également deux nuances doivent être apportées. D'abord, les frais de santé augmentent chaque année (d'un montant supérieur à l'inflation) -et d'ailleurs, l'AMO elle-même en subit les conséquences. Comme le souligne la FNMF « *entre 2001 et 2016, alors que l'inflation s'est établie à 25 %, le volume des dépenses de santé a augmenté de 64 % (de 121 à 199 mds €) et la part remboursée par les complémentaires santé de 80 % (de 14,6 à 26,4 mds €)* »⁶. Les complémentaires, pour rester à l'équilibre n'ont donc pas d'autres choix que de répercuter ces hausses sur le montant des cotisations (de la même manière que l'AMO n'a pas d'autres choix que de trouver d'autres sources de financement ou de dérembourser certains soins). Par ailleurs, ces hausses des cotisations résultent aussi, bien souvent, des contraintes que nous avons énumérées. L'évolution réglementaire constante, les contraintes prudentielles, les déremboursements, se répercutent naturellement par des évolutions des systèmes d'informations, des évolutions des garanties, par des audits supplémentaires... auxquelles s'ajoutent les exigences de constitution de fonds propres. Autant de frais directement générés par la seule édicition de normes...

Le dernier argument serait, enfin, celui d'une gestion opaque... Nous l'avons dit, les complémentaires sont soumises à des exigences fortes sur la transparence de leur gestion, l'ACPR y veille fermement. A ce contrôle s'ajoute, pour les mutuelles, celui ayant lieu lors d'une Assemblée générale annuelle réunissant des représentants élus des adhérents -qui le plus souvent ne sont pas particulièrement conciliants avec les dirigeants.

⁵ La Mutualité Française a longuement répondu à un article du Parisien sur ce sujet Cf. <https://www.mutualite.fr/presse/mutuelles-le-parisien-depasse-les-bornes/>

⁶ Sur www.mutualite.fr voir son décryptage Les frais de gestion des mutuelles, septembre 2018

ACTUALITÉS

191 Des perspectives nouvelles de coopération franco-chinoise en matière d'assurance maladie et d'assurance retraite

Par Eric LE BOULAIRE

205 Quelles sont les dimensions à prendre en compte pour concevoir et déployer un socle de protection sociale pertinent à l'échelle d'un groupe international ?

Par Isabelle BOUDREAU

DES PERSPECTIVES NOUVELLES DE COOPÉRATION FRANCO- CHINOISE EN MATIÈRE D'ASSURANCE MALADIE ET D'ASSURANCE RETRAITE

Par **Éric LE BOULAIRE**, ancien directeur délégué aux opérations à la Cnam



Ancien élève de l'EN3S, diplômé de l'institut d'études politiques (IEP) de Paris, titulaire d'un DESS en droit, Eric LE BOULAIRE a occupé les responsabilités de directeur de plusieurs organismes d'assurance maladie. Il a exercé la fonction de directeur délégué aux opérations au sein de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie de 2015 à fin 2017. Aujourd'hui, il participe à plusieurs missions à l'international dans le domaine de l'assurance maladie. Par le passé, il a contribué à plusieurs missions à l'étranger portant sur les réformes de l'assurance maladie, en particulier en Russie et en Chine.

Début septembre 2018, dans le cadre des rencontres entre la direction de l'EN3S et celle du National Social Security Capacity Building Center (NSSCBC), une mission a été conduite par D. Libault. Les rencontres réalisées à Pékin et dans la province du Zhejiang ont permis d'échanger sur les enjeux des assurance maladie et vieillesse chinoises, et de dégager de nouvelles perspectives de coopération. L'extension rapide des deux risques à l'ensemble de la population soulève des questions multiples, complexes dans leur résolution. Le taux de croissance annuelle à deux chiffres de l'assurance maladie, et le vieillissement sont deux défis majeurs. La multiplicité des dispositifs juxtaposés et des systèmes d'informations associés, la non portabilité des droits entre provinces, l'éclatement de la gouvernance sont autant d'enjeux contemporains. Cette mission a permis aussi d'étudier la stratégie de l'offre de service numérisée, déployée par les institutions en charge de la protection sociale chinoise.

De puis les années 1990, le développement de la protection sociale est une priorité des politiques publiques en Chine, avec une accélération notable depuis le milieu des années 2000. En 2009, le gouvernement central a décidé de rendre universelles les assurances maladie et vieillesse pour l'ensemble des populations rurales et urbaines d'ici 2020.

Depuis 2007 dans le cadre d'une première convention de partenariat, l'EN3S a multiplié les échanges avec le National Social Security Capacity Building Center (NSSCBC), école de formation des cadres dirigeants de la protection sociale chinoise pour l'ensemble du pays. Ces échanges sont désormais inclus dans l'Accord stratégique France-Chine signé le 28 juin 2013 entre les Ministères en charge de la Sécurité Sociale dans leur pays respectif, le Ministère des Affaires Sociales et de la Santé pour la France, et le Ministère des Ressources Humaines et de la Sécurité Sociale pour la Chine (Le MOHRSS).

Cet accord permet en sus des diverses actions déjà engagées entre l'EN3S et le NSSCBC de poursuivre un travail de coopération technique, basé sur des programmes de travail approfondis, axés notamment sur la professionnalisation des équipes, la gestion, l'extension de la couverture sociale de la population et la prise en compte de la couverture territoriale. Parmi les modalités de coopération établies par l'accord conventionnel de 2007 figuraient les voyages d'études en France de cadres chinois en charge des risques gérés par la sécurité sociale chinoise, ainsi que des séminaires d'études en Chine de cadres dirigeants français en charge de gestion d'un organisme de protection sociale. Cette forte dynamique a ouvert, à partir de 2013, le champ des études conjointes sur de nouvelles thématiques, abordées dans le cadre de formations ou de missions dans les deux pays.

L'importance prise par les partenariats établis entre les provinces chinoises et les régions françaises doit aussi être soulignée. Portées par les URSSAF, Caisses Primaires et organismes du Régime social agricole, sept régions françaises sont désormais liées à des provinces chinoises¹.

Cette tradition coopérative est également portée par l'organisation régulière de colloques franco-chinois.

Tous les deux ans, se tient, alternativement en Chine et en France, un colloque sur une problématique partagée. En novembre 2014, un premier colloque s'était tenu à Paris sur le thème des « Politiques en faveur des personnes âgées ». En octobre 2016, un second colloque a été organisé à Pékin sur « L'assurance complémentaire santé ». En octobre dernier à Paris, s'est déroulé le troisième colloque sur « Numérique et Protection Sociale ».

Parmi les modalités partenariales, figurent aussi les missions organisées régulièrement entre les équipes dirigeantes des deux écoles de formation (EN3S et NSSCBC), pour faire le point sur les avancées concrètes du programme de coopération. Début septembre 2018, une mission de ce type, conduite par Dominique Libault, directeur de l'EN3S, s'est déroulée en Chine, avec deux déplacements majeurs à Pékin et à Hangzhou.

Cette mission, alimentée par de nombreux échanges, a permis de prendre la mesure de la réflexion et de la dynamique chinoises en matière de protection sociale, portées par la volonté des pouvoirs publics d'adapter celle-ci aux enjeux d'une couverture universelle dans les domaines de l'assurance maladie et de la retraite. Elle ouvre de nouveaux champs de coopération nécessitant l'implication de l'expertise des insti-

¹ La Nouvelle Aquitaine avec le Sichuan, l'Occitanie avec le Tianjin, Auvergne Rhône-Alpes avec le Henan, le Grand Est - (Alsace) avec le Guizhou, et (Lorraine) avec le Gansu, l'Île de France avec Pékin, et Provence Alpes côte d'Azur avec le Zhejiang.

tutions nationales et locales françaises de protection sociale aux côtés de l'EN3S.

Les travaux de la mission lors de son déplacement ont également permis d'approcher la trajectoire de l'offre de service numérique, visant à simplifier les démarches des usagers en matière de droits et d'obligations dans la sphère sociale. Le colloque organisé par l'EN3S et le NSSCBC les 25 et 26 octobre 2018 a été l'occasion de partager l'expérience chinoise.

La confrontation des expériences française et chinoise est un bon levier de réflexion, d'autant que la Chine, comme dans d'autres domaines, apprend et s'adapte très vite. Elle est à l'écoute de l'expérience française qui s'est profondément réformée, cinquante ans avant les transformations décidées en Chine.

I- LES PRINCIPAUX DÉFIS DE LA PROTECTION SOCIALE CHINOISE

- La Chine, comme la France, est confrontée aux défis de la maîtrise des dépenses de santé en pleine croissance annuelle (entre 16 et 20 %), d'une offre hospitalière complexe pas toujours efficiente, du vieillissement de la population, et de son corollaire la dépendance. Elle connaît les difficultés liées à la mise en place de systèmes « universels » destinés à remplacer les dispositifs juxtaposés et incomplets. La question de la solvabilité du régime des retraites est également posée.

Depuis près de dix ans, la Chine a renforcé son dispositif juridique pour améliorer l'accès de sa population à la sécurité sociale, garantie par la Constitution (article 45).

Ainsi, les taux de couverture de la population contre les risques maladie et vieillesse ont fortement progressé. En 2004, 15,7 % de la population chinoise bénéficiaient d'une assurance santé de base. Aujourd'hui, ce taux atteint 99 %, avec un objectif d'extension à l'ensemble de la population à l'horizon 2020. De même en 2004, seulement 16,7 % de la population chinoise possédait une assurance vieillesse. A présent, plus de 80 % de la population est protégée contre ce risque. Mais des différences subsistent entre en particulier entre les travailleurs urbains et les travailleurs ruraux.

Les études chinoises, notamment le rapport « China 2030 » concluent que la combinaison des évolutions démographiques avec l'extension des systèmes santé et retraite, conduiraient à plus que tripler entre 2010 et 2030, les dépenses publiques de retraites (passage de 2,7 % à 10 % du PIB), et à augmenter les dépenses publiques en santé de plus de 50 % sur la même période (glissement de 2,7 % à 4,2 % du PIB).

I.1 / Un système universel en construction

Les sollicitations de nos partenaires chinois portent sur les préalables ou les leviers nécessaires à l'atteinte des objectifs de généralisation en cours des systèmes d'assurance maladie de base et de retraite : Professionnalisation de la gestion des organismes, pilotage global des systèmes de protection sociale, unification ou compatibilité des systèmes d'information, contrôle exercé sur les professions de santé, politique du médicament, stratégie hospitalière, portabilité des droits maladie ou retraite entre provinces.

Si la mise en place d'un système de protection sociale devient une priorité du pouvoir politique dès le début des années 2000, le régime de base de la sécurité sociale actuelle chinoise repose sur la première loi autonome des Assurances Sociales entrée en vigueur le 1er juillet 2011. Il intègre la vieillesse, la maladie, les accidents du travail, la maternité et le chômage. La couverture des risques chômage, accidents du travail et maternité ne concerne alors que les travailleurs urbains.

I.2/ Un système accompagnateur des évolutions économiques successives

Les réformes mises en place par les pouvoirs publics chinois ont visé à étendre la protection sociale à l'ensemble de la population rurale et urbaine, alors que le pays a connu de forts bouleversements socio-économiques, moteurs du décollage économique, mais également source possible d'inégalités sociales et territoriales menaçant le tissu social. Le système de protection sociale encore en construction, a dû faire face aux défis posés par l'exode massif de la main-d'œuvre rurale vers les grandes villes (lieux de production et d'exportation), et l'émergence de la catégorie des populations migrantes internes.

Le passage d'une croissance économique d'abord adossée sur l'investissement et les exportations, à un modèle reposant davantage sur la consommation domestique, justifie aussi la mise en place d'une protection sociale universelle sécurisant la population contre les risques majeurs maladie et vieillesse, poussant traditionnellement à une épargne de précaution. Le rapport du Secrétaire Général Xi Jinping au 19^e Congrès du Parti Communiste Chinois d'octobre 2017 a confirmé la priorité donnée à la protection sociale, levier majeur de la cohésion sociale.

II- LES ENJEUX SPÉCIFIQUES DE L'ASSURANCE MALADIE CHINOISE

Pendant quelques années, l'assurance maladie a semblé être moins au cœur des priorités de coopération recherchées par nos partenaires, concurrencée par d'autres réflexions autour du financement de la protection sociale et des régimes de retraite notamment. Ceci n'est plus aussi vrai aujourd'hui, au regard des enjeux liés à la généralisation du système, confronté à des disparités de régimes, de droits, d'efficience du système de soins et de solidité financière. Les premières réformes touchant au système chinois de l'assurance maladie datent de 1998. Entre 1998 et 2010, la population couverte par la branche assurance maladie de base est passée de 19 à 433 millions. En 2018, plus de 1,2 milliards de Chinois sont protégés par l'assurance maladie de base.

II.1/ Un peu d'histoire

L'évolution de l'économie chinoise et ses besoins en main d'œuvre au début des années 2000 a impulsé de nouvelles mobilités, illustrées par les migrations massives

de travailleurs issus des zones rurales vers les zones urbaines. Ce phénomène a entraîné l'apparition de plusieurs problématiques liés à des prises en charge du risque santé différents selon les catégories de travailleurs. Historiquement la population rurale ne bénéficiait pas d'une sécurité sociale institutionnelle, contrairement aux travailleurs urbains couverts par les assurances sociales garanties par les entreprises d'État. En milieu rural, la solidarité familiale faisait office de filet de sécurité. Une nouvelle catégorie de travailleurs est apparue, les migrants, qui ont rejoint les centres urbains industriels, notamment du littoral oriental. Cette catégorie ne bénéficie pas spontanément de l'accès au système de protection sociale organisé pour les travailleurs des zones urbaines.

Historiquement, le bénéfice d'avantages sociaux est lié à la localité de résidence (système du hùkōu ou livret de résidence à la naissance, réparti en deux catégories le livret rural et le livret urbain). Les travailleurs considérés en ville comme migrants, sont ceux qui ne possèdent pas de Hùkōu urbain. Pour les migrants, souvent très pauvres, bénéficiaires de contrats de travail ou clandestins, la maladie ou l'accident de travail sont toujours synonymes de perte de revenus avec l'impossibilité d'être pris en charge par le système de santé du lieu de travail. En 2016, le phénomène de la population migrante (nongmingong) était estimé par les pouvoirs publics à environ 245 millions d'individus, soit près de 18 % de la population chinoise de 1,374 milliards individus².

Certaines villes apporteront des améliorations aux droits sociaux des travailleurs migrants. Ainsi à Shanghai, un migrant ayant travaillé sept ans dans la ville et acquitté des cotisations sociales (existence d'un contrat de travail) pouvait obtenir un hùkōu urbain lui ouvrant droit au système de protection sociale. Dans la plupart des villes, le fait d'obtenir un hùkōu urbain, ne permettait toujours pas d'obtenir un accès aux droits proposés par la protection sociale locale, même avec un contrat de travail. La réponse apportée à ce fort enjeu, source d'injustice et d'instabilité sociale, a été l'instauration d'une couverture maladie de base obligatoire, pour les migrants en milieu urbain, par la loi autonome des Assurances Sociales entrée en vigueur en juillet 2011³.

Le système d'assurance maladie chinois couvre les travailleurs urbains salariés (dont les migrants et les étrangers), les résidents urbains sans activité professionnelle (personnes âgées, personnes sans emploi, étudiants, et les enfants) par affiliation volontaire, et les fonctionnaires. Les travailleurs indépendants (sans salarié) peuvent aussi être couverts par l'assurance maladie selon diverses modalités.

Ainsi la province du Zhejiang propose aux travailleurs indépendants ayant un permis de travail, ou une licence commerciale, de choisir entre l'affiliation volontaire au régime local d'assurance maladie des travailleurs urbains ou le maintien dans le régime de la province de leur résidence initiale. En l'absence de ces autorisations, c'est le régime de la résidence initiale hors de la province du Zhejiang qui prévaut.

Pour les travailleurs ruraux, l'extension de l'assurance maladie a été réalisée, par le biais du New Cooperative Medical Scheme, auquel les résidents ruraux peuvent s'affilier volontairement.

² Source China Statistical Yearbook 2017.

³ Articles 95 et 97 de la loi autonome des Assurances Sociales de 2011.

L'objectif du gouvernement central est de généraliser la couverture médicale de base dite universelle (quanmin jiben yibao) au plus tard en 2020 pour tous les résidents des zones rurales et urbaines.

II.2/ Les nouveaux enjeux de l'assurance maladie de base

Si la priorité stratégique visant à proposer une couverture d'assurance maladie de base est en passe d'être atteinte d'ici 2020, un enjeu important demeure autour des niveaux de prise en charge en fonction du régime d'appartenance ou du territoire, faute d'un dispositif unifié.

-Tendre vers un régime unifié et national

La mise en place de la couverture maladie universelle procède davantage de la juxtaposition de régimes disparates et catégoriels que de la mise en place d'un système unifié assurant les mêmes droits à l'ensemble des populations. Le système d'assurance maladie repose sur plusieurs régimes, les travailleurs salariés urbains, les résidents urbains, les résidents ruraux, les fonctionnaires et un programme d'assistance pour les populations les plus pauvres. Le système maladie repose aussi sur une fragmentation géographique, laissant aux autorités locales une grande autonomie de gestion sur les droits et les cotisations.

Ce choix d'une gestion décentralisée a aussi abouti à l'existence de plusieurs milliers de fonds (3500 en 2012) nuisant à la mutualisation des risques, donc à leur soutenabilité financière.

-Faire converger les taux et périmètres de prise en charge

Si les options du système d'assurance maladie sont bien adoptées au niveau national, les provinces et les villes conservent des marges d'autonomie dans l'application modulée de la réglementation en raison de contraintes économiques ou sociales locales. Les taux de prises en charge ne sont pas nécessairement homogènes selon les régimes de couverture, faisant varier les restes à charges. Globalement selon l'OMS, le reste à charge était encore de 34,9 % en 2011 avec de fortes disparités selon les territoires et les catégories d'assurés sociaux, l'assurance maladie de base intervenant à hauteur de 56 % et les assurances complémentaires pour 9 %.

Ainsi dans la province de Zhejiang, visitée par la mission, les taux de remboursements des soins peuvent varier entre 70 % pour les habitants ruraux ou urbains, et 83 % pour les travailleurs salariés. Les travailleurs migrants ont également un traitement souvent différencié avec la possibilité de choisir entre le régime provincial d'assurance maladie de base de leur lieu de travail (s'ils possèdent un permis de résidence et/ou un contrat de travail) et le régime d'assurance maladie de base de leur domicile historique, dans l'attente de l'obtention de ce permis de résidence. Dans cette dernière hypothèse, le travailleur migrant malade doit se faire soigner dans sa province et ville d'origines. Subsistent également des disparités conséquentes en matière d'aides au titre de l'assistance médicale versées par les bureaux des affaires civiles des localités.

La prise en charge des affections longue durée, prévue dans la réforme de 2009, reste à construire. En l'absence d'équivalent au dispositif français, les restes à charge demeurent importants pour les patients nécessitant des soins lourds.

-Réussir la portabilité des droits

La loi autonome sur les Assurances Sociales de 2011 a posé le principe de portabilité des droits acquis au titre de l'assurance maladie (et de l'assurance retraite). Mais, dans les faits, il n'existe pas de portabilité des droits entre provinces. Ainsi, un travailleur de Pékin muté par son employeur à Hangzhou, une des villes visitées par la mission, ne bénéficiera pas du transfert de ses droits précédemment acquis à l'assurance maladie de la municipalité de Pékin, à l'instar de ce qui se produit dans les systèmes unifiés, comme le système français. Pour les travailleurs mobiles, la notion d'universalité territoriale reste à bâtir. La fragmentation des systèmes d'information et l'existence de règles parfois différentes, notamment sur les conditions d'éligibilité, sont aujourd'hui autant d'obstacles à surmonter pour instaurer la portabilité des droits d'une province à l'autre.

Aujourd'hui, l'assurance maladie de base repose sur plusieurs régimes. Il existe aussi les assurances complémentaires santé pour les salariés travaillant en entreprise. L'État intervient financièrement en complément par le biais de l'aide sociale auprès des populations les plus pauvres, afin de leur permettre d'accéder aux soins.

A terme, l'État aura à se déterminer sur un modèle d'assurance maladie, définissant à nouveau ce qui relèverait de marges locales et provinciales ou du niveau national. Ce qui ne manquera sans doute pas de créer des tensions avec les acteurs locaux. En 2016, le Gouvernement Central a décidé de mettre en place un régime unifié de l'assurance maladie pour les résidents urbains non-salariés et les résidents ruraux, commencement d'une marche possible vers un système totalement unifié à terme.

-Maîtriser les dépenses de santé

Le gouvernement chinois reste attentif aux équilibres financiers de l'assurance maladie de base, dans un contexte croissance annuelle des dépenses de santé de l'ordre de 16 à 20 %, s'expliquant notamment par l'extension progressive de la protection à l'ensemble de la population. Les autorités chinoises établissent un lien entre le niveau de la prise en charge financière des soins et la performance économique du pays, afin d'écartier tout risque de déficit budgétaire qui devrait être obligatoirement comblé par l'État central.

Le désengagement financier de l'État au début des années 2000 vis-à-vis du secteur santé a poussé les établissements publics de soins, bénéficiant d'une autonomie de gestion croissante et d'une situation de quasi-monopole, à des pratiques génératrices de dépenses pour l'assurance maladie : sur-prescription généralisée des médicaments à prix non encadrés aux dépens des médicaments à prix fixes, utilisation abusive de la prescription médicamenteuse pour équilibrer leurs comptes. Ce mouvement a été accompagné par les praticiens hospitaliers eux-mêmes intéressés aux bénéfices des hôpitaux publics.

La possibilité pour les patients de choisir leur parcours de soins et donc d'aller vers les hôpitaux publics urbains de meilleures qualité et technicité que les hôpitaux ruraux a aussi encouragé ces dérives.

En 2009, une première réforme sur la politique du médicament est lancée, touchant à la production de médicaments, à la fixation de prix excluant toute marge bénéficiaire pour les hôpitaux publics, et à la rationalisation des prescriptions. Cette réforme a mécaniquement amélioré le taux de remboursement de l'assurance maladie de base, et par voie de conséquence l'accès aux soins, en particulier en milieu rural. Mais pour éviter des déficits hospitaliers trop importants, l'État a dû compenser à l'aide de subventions la perte de revenus imposée aux hôpitaux.

Une autre tendance est apparue dans l'activité des hôpitaux, l'innovation dans des soins sophistiqués et coûteux, concernant un nombre relativement réduit de patients.

Pour assurer la solvabilité financière, la politique des taux de cotisation est également sollicitée au niveau local, soit en augmentant les taux appliqués aux assurés (équilibre financier du système). Parfois, ce sont des baisses qui sont décidées pour des motifs économiques en diminuant ceux des employeurs (développement des entreprises et soutien à la croissance), comme ce fut le cas en 2018 à Pékin, Shanghai, Tianjin, et les provinces du Guangdong (Canton) et du Zhejiang (Hangzhou).

La généralisation d'une complémentaire santé individuelle est une voie retenue pour contenir les dépenses de l'assurance maladie de base. Depuis 2015, les pouvoirs publics, Ministère des Finances et Commission de Régulation des Assurances en Chine, ont lancé un projet visant à généraliser les complémentaires « santé » individuelles, en associant une mesure de défiscalisation annuelle.

-Renforcer le pilotage global du système

La réflexion menée sur la gouvernance du système d'assurance maladie, a conduit le gouvernement central à créer en 2018, une nouvelle Administration Nationale de l'Assurance Maladie (ANAM), visant à renforcer le pilotage national, évolution qui aura sans doute des prolongements organisationnels et structurels au niveau des administrations provinciales et locales. Directement rattachée au Premier Ministre, elle regroupe plusieurs administrations jusqu'alors dispersées entre différents ministères. Cette évolution corrobore le choix d'un futur système unifié et national.

La nouvelle Administration Nationale de l'Assurance Maladie détient les compétences détenues en France par la Direction de la Sécurité Sociale et par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie : Pilotage stratégique, gestion des ressources budgétaires, définition des taux de cotisation et des tarifs de prise en charge des soins et des médicaments, politique de maîtrise des dépenses de santé, actions sur les comportements des professionnels de santé et des patients. Somme toute des thèmes classiques pour à la fois satisfaire les besoins de la population tout en maîtrisant l'évolution des dépenses.

Cette réorganisation devra davantage intégrer la nécessaire coordination avec le Ministère en responsabilité de la Santé, sur le niveau de prise en charge et le contenu du panier de soins. Ceci permettra d'éviter, à titre d'exemple, que perdure le non remboursement de certains médicaments pourtant prescrits par les hôpitaux publics, parce que ne figurant pas sur la liste des médicaments remboursables.

La refonte de la politique du médicament et la réforme du secteur hospitalier constituent les deux axes majeurs de réformes à côté du développement d'une couverture assurance maladie universelle. Il s'agit globalement d'améliorer la qualité des soins et l'efficacité du système de santé dans un cadre financier maîtrisé. Une des difficultés actuelles de pilotage des réformes du système tiendrait en ce que la gestion de l'assurance maladie est encore à la main des provinces et des villes. L'émergence d'une nouvelle administration dédiée va sans doute modifier l'équilibre actuel des pouvoirs entre les niveaux de décisions.

III- LES ENJEUX SPÉCIFIQUES DU SYSTÈME DE RETRAITE CHINOIS

Comme pour l'assurance maladie, le Gouvernement Central a opté pour un système assurance retraite généralisée, pour les résidents urbains et les résidents ruraux. (Articles 21 et 22 de la loi autonome sur les Assurances Sociales. 2011). La mise en place d'un système national, unifié va de pair avec le renforcement du pilotage national portant sur la gestion des cotisations et sur le paiement des pensions.

La Chine va rapidement être confrontée au développement du régime de retraite conjugué avec le vieillissement de la population.

III.1/ Un peu d'histoire

Le système de retraite repose sur plusieurs régimes :

- ▼ Les travailleurs urbains, avec trois niveaux, une assurance vieillesse obligatoire (système de répartition), une assurance retraite complémentaire (mise en place par les entreprises) et un système volontaire d'épargne personnelle.
- ▼ Les employés de la fonction publique.
- ▼ Les résidents ruraux âgés de plus de 16 ans. Ce régime prévoit une assurance volontaire garantie par une cotisation, complétée par des subventions d'État et des collectivités locales.
- ▼ Les résidents urbains non-salariés et sans activité professionnelle. Ce régime est alimenté par des cotisations individuelles.
- ▼ Les travailleurs « indépendants » sont couverts obligatoirement par l'assurance vieillesse. Ils peuvent choisir de cotiser au régime des travailleurs urbains ou à celui des résidents urbains non-salariés.

De 1998 à 2010, le nombre de retraités est passé de 112 à 257 millions, avec une projection autour de 350 millions en 2030. En 2012, 82 % de la population active urbaine, soit 300 millions d'individus, étaient affiliés au système de retraite. A partir de 2009, se déploie un régime de retraite destiné aux habitants ruraux. En 2011, 330 millions résidents ruraux y sont affiliés. Par ailleurs, un régime comparable a été

déployé à partir de 2011 au profit des travailleurs non-salariés résidant en ville. En 2012, à l'aide de ces trois régimes de retraite, plus de 80 % de la population de plus de 16 ans sont affiliés au système de retraite.

III.2/ Les enjeux du système de retraite chinois

Paradoxalement, la Chine très peuplée, vit une faiblesse démographique liée à l'accélération du vieillissement de la population alors que la population globale stagne entre 1 milliard 300 millions et 1 milliard 400 millions d'habitants. La politique de l'enfant unique certes assouplie en 2014 a créé le phénomène du « 4-2-1 ». Ceci veut dire que dans une famille, l'enfant unique pourrait avoir à payer pour ses deux parents et ses quatre grands parents. C'est clairement l'enjeu de la soutenabilité du système retraite qui est posé, alors que le nombre d'actifs décline depuis 2012.

-Des choix à réaliser pour garantir la soutenabilité des régimes de retraite sur la durée

En janvier 2018, l'Académie chinoise des Sciences Sociales s'est alarmée dans un rapport⁴, sur la soutenabilité financière du système. Elle évoque à l'appui de ses alertes, l'évolution du rapport actifs/inactifs : A l'échelle nationale en 2018, le taux d'actifs est de deux pour un inactif. En milieu urbain, il est encore de cinq actifs pour un inactif. En 2022, ce taux passera de quatre actifs pour un inactif. Les projections s'accordent à estimer (sources Nations Unies) que la population de plus de 60 ans va représenter près de 25 % de la population totale en 2030, à comparer aux 12,5 % en 2010. Selon le rapport de l'Académie, les difficultés financières des fonds vont rapidement s'afficher pour treize à quatorze provinces, sur les trente-quatre que compte le pays.

Les pistes de l'allongement de la durée de cotisation et de report de l'âge de départ à la retraite sont à l'étude. L'âge légal de départ à la retraite est fonction de plusieurs paramètres, sexe, secteur d'activité professionnelle ou métier exercé. Il faut souligner que l'âge moyen de départ à la retraite était de 51,2 ans en 2014⁵, soit dix ans de moins que la moyenne mondiale.

Actuellement en application de l'article 16 de la loi sur les Assurances Sociales de 2011, la période minimale de contribution d'un assuré social ayant atteint l'âge légal de départ à la retraite est de quinze ans, hormis pour les fonctionnaires. Une loi sur les fonctionnaires du 1^{er} septembre 2017, entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2018 stipule dans son article 88 que cette catégorie professionnelle doit une contribution de trente ans, avant de pouvoir bénéficier du droit à la retraite.

4 Source, rapport sur les fonds d'assurance vieillesse et de retraite 20018-2022 de l'Académie Chinoise des Sciences Sociales.

5 Source du Service économique, Ambassade de France/juillet 2014.

-Construire la portabilité des régimes retraites entre les provinces

La taille du pays explique les choix faits par le passé de droits ouverts au niveau des provinces, dont les populations dépassent en nombre celle des grands pays européens. A cette fragmentation territoriale du système, comme pour l'assurance maladie de base, s'ajoutent plusieurs régimes de retraite disparates, évoqués précédemment.

-Réduire les écarts entre les montants de retraite à revenus identiques d'activité

Les montants des retraites versées par rapport aux revenus d'actifs comparables sont également disparates selon les catégories professionnelles.

IV- L'EXPÉRIENCE CHINOISE, SOURCE D'INSPIRATION POUR DÉVELOPPER LES SOLUTIONS DU GUICHET UNIQUE ET L'OFFRE DE SERVICE NUMÉRIQUE

Ces expérimentations s'inscrivent dans le droit fil de la stratégie des pouvoirs publics d'améliorer le fonctionnement des services publics dans les zones rurales comme urbaines. Elles sont en cours dans la province du Zhejiang, siège de l'entreprise du *e-business*, Alibaba.

IV.1/ Un environnement très favorable à l'innovation en Chine et dans le Zhejiang

La Chine possède 800 millions d'internautes. L'appétence pour les nouveaux services est très forte, e-commerce et démarches administratives en ligne ou à l'aide du téléphone mobile. Cette offre en fort développement s'inscrit dans les objectifs du Président Xi Jinping de faire de la Chine « *un des leaders innovateurs d'ici 2030, avant d'atteindre l'objectif de se transformer en puissance scientifique et technologique de premier rang mondial avant le centenaire de la fondation de la République populaire de Chine en 2049* ».

Certaines entreprises et universités françaises ont pris la mesure de ce dynamisme. Deux Maisons Franco-Chinoises de l'Innovation ont été créées à Pékin et à Shenzhen, lieux de rencontre et de fertilisation croisées pour les universités, grandes écoles (HEC, ESCP Europe), grands groupes, start-ups et chercheurs des deux pays.

Le Zhejiang, est une province de l'est qui se situe en dessous de Shanghai. Sa capitale est Hangzhou. D'une superficie de plus de 104 000 km², sa population (recensement 2015) était de plus de 55,3 millions d'habitants, dont près de 66 % habitent en ville. Son PIB par habitant la situe au quatrième rang des 34 provinces chinoises. Cette province témoigne de ce qu'on peut appeler le miracle économique chinois ; un territoire pauvre et rural devenu une grande région économique avec de grandes aventures industrielles, autour du biomédical, du service numérisé et de l'automobile.

La présence du siège d'Alibaba, grande entreprise du numérique explique le lancement expérimental d'une offre de service numérique par les administrations et les organismes de protection sociale de la province. L'environnement est particulièrement favorable à cette évolution.

IV.2/ L'offre de service numérisée impulsée dans le Zhejiang par les pouvoirs publics en charge de la protection sociale

Une offre de service a été installée sur une plateforme de service inter administrations réalisée par l'entreprise Alibaba. Cette offre propose sur le site provincial, les informations propres à l'assurance maladie, ainsi qu'une offre élargie mettant l'accent sur le « Un seul déplacement », toutes administrations confondues.

Il est ainsi possible à partir d'un téléphone mobile (solution privilégiée), d'une borne multi-administrations, voire d'un ordinateur personnel, d'accéder à près de 150 applications portant sur des démarches administratives, qui évite aux administrés de se déplacer, en particulier ceux de zones isolées.

Dans le domaine de la protection sociale, les démarches mettant l'assuré social en lien avec son organisme d'assurance maladie de base, ou son établissement de soins sont multiples : vérification du compte individuel « assurance maladie », versement de cotisations, récupération d'une attestation de droits, obtention d'un rendez-vous à l'hôpital, déclaration de perte de la carte d'assurance maladie, transmission en temps réel des factures entre l'hôpital et l'organisme assurance maladie en charge du règlement, Alibaba a contractualisé cette dernière offre de service avec 7000 hôpitaux dans 20 villes.

Pour les organismes de retraite, a été mis en place à titre expérimental à Shenzhen, par le biais de cette plateforme, un système de reconnaissance faciale permettant à un retraité de prouver qu'il est toujours en vie, sans devoir se déplacer.

D'aucun pourrait avancer que des offres de service semblables ont été proposés ou sont en cours de développement de la part des organismes en charge de la protection sociale en France. Ce qui est intéressant dans la solution chinoise c'est que les administrations et les organismes de protection sociale se sont associés pour proposer un bouquet de services commun.

Parallèlement, une politique d'implantation physique de guichets uniques multi-organismes est amorcée. Ces guichets uniques proposent le service de la plateforme inter administrations par le biais d'une borne partagée.

V- CONCLUSION SUR LES NOUVEAUX THÈMES DE COOPÉRATION POSSIBLES AU REGARD DES RÉFORMES EN COURS

La volonté du Gouvernement Central chinois de réussir la généralisation d'un système d'assurance maladie de base universel, et d'un système de retraite généralisé d'ici 2020, constitue deux opportunités de poursuivre la coopération initiée depuis 2006 entre l'EN3S et le NSSCBC, avec le soutien des Ministères de tutelle français et chinois, le concours des institutions et des administrations de Sécurité Sociale.

La montée en charge ambitieuse des réformes en cours sur l'assurance maladie de base et la retraite, amènent nos partenaires chinois à s'interroger en toute légitimité sur des réformes structurantes.

En matière d'assurance maladie, les interrogations portent notamment sur le champ et le niveau de prise en charge par la couverture de base. Des échanges sur place ont montré que la réflexion sur le rôle des complémentaires santé était active. Les pouvoirs publics, les experts et les universitaires procèdent à des observations comparatives sur les modèles « historiques » à haut niveau de prise en charge par le système de base obligatoire (France et autres pays européens) et les modèles privilégiant l'intervention des complémentaires santé privés (États-Unis). La volonté de renforcer le pilotage s'exprime très nettement avec la création d'une administration nationale dédiée à la seule assurance maladie de base. A travers l'émergence de l'ANAM, s'exprime la vision d'un système plus unifié porté par une institution nationale renforcée. La maîtrise des dépenses de santé et l'efficacité du système de santé sont les préoccupations majeures de cette administration récente. Cette nouvelle administration nationale de l'assurance maladie, en ayant choisi pour son premier déplacement à l'étranger d'approfondir sa connaissance du système français, a ouvert une réelle opportunité de coopération.

Les préoccupations de la soutenabilité des dépenses concernent aussi le système de retraite. Les Institutions de sécurité sociale françaises, nationales et locales, avec l'EN3S, sont en capacité de témoigner de leur expérience, de suggérer des réponses sur les questions posées par nos partenaires chinois. Le Ministère des Ressources humaines et de la Sécurité Sociale, toujours en charge du risque vieillesse, souhaite également coopérer sur le thème de la portabilité des droits.

A contrario, les expérimentations chinoises en cours en particulier dans la région du Zhejiang, d'une offre de service numérique inter administrations et de la mise en place de guichet unique de protection sociale peuvent être une source d'inspiration, parmi d'autres, pour les institutions françaises. La transition numérique justifie également de porter la réflexion sur la prise en compte par les systèmes de protection sociale des nouvelles modalités de travail induites par l'économie numérique. La confrontation des solutions ne peut être qu'enrichissante, comme l'a montré le colloque organisé au mois d'octobre 2018 par l'EN3S et le NSSCBC sur le « Numérique et la Protection Sociale ».

QUELLES SONT LES DIMENSIONS À PRENDRE EN COMPTE POUR CONCEVOIR ET DÉPLOYER UN SOCLE DE PROTECTION SOCIALE PERTINENT À L'ÉCHELLE D'UN GROUPE INTERNATIONAL ?

Par **Isabelle BOUDREAU**LT,



Isabelle BOUDREAU est une ancienne Directrice des Ressources Humaines. Dans le cadre d'un MBA « International HR and Compensation & Benefits management », elle est l'auteur d'une thèse sur les socles de protection sociale mis en place à l'échelle d'un groupe international.

Dans un contexte concurrentiel international de plus en plus marqué, la mise en place d'un socle de protection sociale, peut s'avérer être un atout majeur pour l'entreprise : Sujet complet, multidisciplinaire et au carrefour d'enjeux majeurs :

- ▼ La sécurité et le bien-être des salariés et potentiellement de leur famille ;
- ▼ L'attractivité, l'engagement et la fidélisation des talents
- ▼ La maîtrise des coûts et le pilotage des engagements sociaux ;
- ▼ La Responsabilité Sociétale et Environnementale (RSE) de l'entreprise ;
- ▼ La communication RH

De plus, la mise en place d'un socle constitue également un enjeu important à la fois pour les salariés et pour la collectivité.

Aborder la question de la protection sociale à une échelle internationale est complexe car les situations et les besoins locaux sont très divers d'un pays à l'autre et ce pour de multiples raisons. Il est important de bien comprendre l'environnement dans lequel on opère, pays par pays.

En effet, les niveaux de couverture sociale sont généralement très disparates d'un pays à l'autre.

Les règles locales, les différences culturelles, les caractéristiques démographiques de l'entreprise, les possibilités financières de l'entreprise, la maturité du marché du travail et de la situation économique du pays sont autant de facteurs pouvant expliquer ces différences.

Par ailleurs, notre environnement est en perpétuelle mutation : mutation du monde du travail ; mutations individuelles ; mutation de la cellule familiale. Tous ces facteurs influencent l'impact d'une politique d'avantages sociaux au sein de l'entreprise.

Les coûts liés au personnel représentent une dépense importante pour les sociétés, il est donc important de bien les piloter. Côté salarié, le sujet est très sensible car il s'agit de leur couverture contre les aléas de la vie.

À tous ces paramètres viennent s'ajouter les enquêtes de marché et leur traduction en termes de prévalence qui peuvent influencer les choix de l'entreprise, ainsi qu'une attention grandissante portée à la RSE. La mise en place d'un socle de protection sociale permettra, en effet, de soutenir la stratégie RSE de l'entreprise tout en respectant ses valeurs. Il fera partie de l'image « grand public » et sera un outil de communication pour l'attractivité et la rétention des salariés.

I- LA PROTECTION SOCIALE

I.1/ Contexte

La protection sociale répond à un besoin de sécurité. La Pyramide de Maslow¹ classe les différents niveaux de motivation que l'être humain cherche à satisfaire : Le besoin de sécurité y apparaît en seconde position, juste après les besoins physiologiques.

Les socles de protection sociale mis en place par l'entreprise favorisent donc le bien-être au travail des salariés en répondant à leurs besoins de sécurité.

On peut schématiser deux systèmes de protection sociale :

- ▼ **Le système « Bismarckien² »** d'origine allemande. Il est construit sur un concept d'assurance et de mutualisation. L'ouverture des droits se fait via un contrat de travail puisqu'il est financé par des cotisations sociales sur salaire. Il s'agit donc d'un régime différencié. C'est le modèle adopté par la France, le Japon, l'Italie...
- ▼ **Le système « Beveridgien³ »** d'origine anglaise. C'est un système universel, basé sur la solidarité. L'ouverture des droits est liée à l'état de résidence. Le système est financé par l'état, via l'impôt. C'est le modèle adopté par les pays nordiques, les Pays-Bas, la Suisse...

Il est important de bien intégrer cette différence lors de la mise en place d'un socle de protection sociale au sein de l'entreprise. Il convient donc de faire l'état des lieux des pays en présence afin de mieux appréhender leur système de protection sociale et d'y adapter la déclinaison locale du socle.

Dans un contexte de mondialisation, les entreprises gardent un rôle primordial en augmentant le niveau global de couverture sociale pour leurs salariés et bien souvent, leurs familles.

¹ La pyramide de Maslow porte le nom du psychologue qui en est à l'origine, Abraham Maslow (1908 – 1970), Elle révèle les principales motivations de l'être humain.

² Otto Von Bismarck, 1815-1898, politicien allemand.

³ William Beveridge, 1879-1963, économiste et politicien anglais.

Rôle d'autant plus important que de nombreux gouvernements, face à une croissance économique en berne, ont tendance à vouloir se désengager en matière de protection sociale.

I.2/ États des lieux

Au-delà des concepts de protection sociale et des normes internationales de référence, il faut prendre un peu de recul et analyser le monde qui nous entoure d'une manière plus globale afin de mieux appréhender la question de la protection sociale internationale.

I.2.1 Un constat : la disparité

Chaque pays, voire chaque province ou État, a défini sa propre réglementation. En matière de protection sociale, il faudra donc être vigilant quant aux règles légales, fiscales et sociales pouvant avoir une influence sur les régimes à mettre en place, qu'ils soient obligatoires ou facultatifs.

Les **différences culturelles**, les us et coutumes, jouent également un rôle important dans la mise en place d'une protection sociale. Le modèle d'un pays ne sera pas forcément compris ni apprécié dans un autre pays, une autre culture. Une société étrangère doit être attentive à la culture locale afin de ne pas orienter ses choix selon sa propre culture.

Les **caractéristiques démographiques** de la population à couvrir (Pyramide des âges, composition familiale, etc.) peuvent aussi expliquer les différences de couvertures sociales en place.

Il ne s'agit pas de mettre une couverture sociale par mimétisme avec les autres entreprises locales, il faut que cela ait du sens et que ladite couverture soit adaptée à la population.

La protection sociale a un **coût**. Les entreprises en attendent un retour sur investissement. Le montant des coûts à engager est l'une des différentes raisons pour lesquelles la plupart des sociétés mettent en place leur socle de protection sociale de façon progressive, sur plusieurs années : soit régime par régime, soit par zones géographiques, afin d'absorber la charge financière sur plusieurs exercices comptables.

La **situation économique** des pays peut également expliquer une disparité de protection sociale : Plus la situation économique du pays est florissante, meilleur sera le financement de la protection sociale

De plus, la priorité n'est pas toujours donnée à la protection sociale : ce peut être le cas de pays où les besoins physiologiques ne sont pas encore comblés. Les socles de protection sociale d'entreprise y jouent alors un rôle primordial en apportant une base minimale de protection.

Les **caractéristiques du marché du travail** peuvent être un facteur de différenciation. Une large majorité des entreprises s'alignent sur les pratiques du marché local. Or, plus le marché du travail est en tension, plus les entreprises vont être enclines à proposer un package de rétribution globale plus attractif afin d'attirer et de retenir les talents.

I.2.2. Un monde en perpétuelle mutation

Les parcours professionnels sont davantage heurtés avec notamment une fragilisation du parcours d'emploi stable à temps plein. Il faudra se préparer à avoir plusieurs carrières avec potentiellement des statuts différents.

Quelle réponse apporter en termes de protection sociale ?

Certaines sociétés ont franchi le pas et offrent une protection sociale aux personnes ne faisant pas partie de leurs sociétés mais travaillant de manière régulière sur leurs sites : c'est le cas de SurveyMonkey aux USA, qui leur procure désormais une couverture médicale incluant le dentaire et l'optique, (*Source : LinkedIn / Rebecca Cantieri*).

Afin de redorer son image, la société UBER a mis en place une couverture sociale pour l'ensemble de ses chauffeurs VTC en Europe. Cela montre que les sociétés vont devoir comprendre qu'elles ont intérêt à manager ces nouveaux types de travailleurs, notamment pour les fidéliser.

Le droit du travail devra répondre à ces mutations. L'enjeu est décisif pour la protection sociale car l'une des limites à l'actuelle diversité des formes d'emploi est l'inégalité des couvertures sociales qui en découle.

L'enjeu du financement de la protection sociale est de taille. Les nouvelles formes d'emploi sont souvent facteur d'exonération fiscale ou sociale à leur création. Et d'une manière générale, la nature du travail qui permet l'ouverture des droits, risque de devenir de plus en plus difficile à identifier.

I.2.3. Évolution de la cellule familiale

Les changements démographiques modifient la structure de la famille. Les divorces continuent d'augmenter, favorisant la multiplicité des familles monoparentales mais également, la constitution de familles recomposées. En matière de protection sociale, pour l'entreprise se pose alors la question de l'ouverture des droits : comment définir le périmètre des ayants-droits ?

De plus, le nombre de générations présentes s'élargit, toutes avec leurs propres besoins en matière de protection sociale.

L'allongement des périodes d'activité amène le problème de la dépendance des personnes âgées au cœur de la préoccupation des actifs. D'autant plus que les familles sont davantage éclatées du fait de l'urbanisation croissante, ce qui crée une difficulté supplémentaire pour prendre soin des ascendants, qui ne vivent plus forcément à proximité.

La construction d'un socle de protection sociale d'entreprise devra donc tenir compte de ces futurs changements afin d'anticiper les besoins des collaborateurs.

Les entreprises sont ainsi amenées à accompagner les salariés non plus seulement dans leurs évolutions professionnelles mais également dans leurs évolutions familiales. En cela, la construction de leur offre de protection sociale est primordiale.

II- LES SOCLES DE PROTECTION SOCIALE

II.1/ Les enjeux

II.1.1. Pour l'entreprise

Le choix de la mise en place d'un socle de protection sociale est un **choix stratégique** pour l'entreprise. En effet ces socles ont un coût et leurs retombées sont difficiles à chiffrer.

Le positionnement de la stratégie en matière de socle de protection sociale est primordial car c'est un choix difficilement réversible : L'entreprise doit déterminer comment et jusqu'où elle souhaite accompagner ses collaborateurs.

La **culture** de l'entreprise est importante car elle impacte directement la motivation, l'engagement des salariés. À l'aide des socles de protection sociale, l'entreprise peut développer une stratégie de rémunération qui soutient sa culture.

La **Responsabilité Sociétale et Environnementale (RSE)** permet de souligner les valeurs et la stratégie de l'entreprise.

La mise en place d'un socle minimum de protection sociale à l'international sera un outil de communication pour l'attractivité et la rétention des salariés. Le socle renforce l'image de l'entreprise et sa notoriété auprès de ses diverses parties prenantes.

Le développement de programmes de protection sociale au sein de l'entreprise favorise **l'engagement des salariés** et une baisse des coûts cachés en réduisant le turnover et l'absentéisme.

Les socles de protection sociale sont une réponse aux demandes croissantes de « Well-being »⁴ car ils sécurisent les salariés vis-à-vis des événements de la vie durant lesquels ils en ont le plus besoin.

Une étude du cabinet Mercer démontre que les régimes de protection sociale mis en place par l'employeur sont des facteurs de plus en plus déterminants dans le choix de rejoindre une entreprise : « 9 collaborateurs sur 10 estiment que les benefits sont aussi importants que le salaire » (Source : Mercer « Employee Mind Survey 2016 »).

Les socles de protection sociale mis en place par l'entreprise représentent un **coût** important pour cette dernière, notamment en ce qui concerne les engagements sociaux qui s'inscrivent dans la durée. Ils doivent être pilotés ou, à minima, contrôlés.

Les socles de protection sociale couplés à la mise en place d'un *pooling* ou d'une *captive* permettent bien souvent une mutualisation du risque et des économies d'échelle.

De plus, cette centralisation du pilotage des benefits procure à l'entreprise des avantages économiques qui ont des effets vertueux en dégagant des fonds qui peuvent ensuite être investis dans d'autres projets.

De même, il faut prêter attention à la réalité du terrain et veiller à ce que la politique de protection sociale du groupe ne soit pas déconnectée de la réalité financière de chaque filiale.

⁴ Well-being, bien-être au travail.

L'enjeu financier est donc de taille dans un projet de mise en place de socle de protection sociale. Réaliser un budget en amont est primordial ; Il s'avèrera également important de maîtriser l'impact de la fiscalité sur les divers avantages sociaux proposés.

Les socles de protection sociale mis en place par l'employeur permettent de réduire les freins à la **mobilité interne** des salariés et sécurisent leur parcours professionnel car un même type de couverture se retrouve d'une entité à l'autre.

II.1.2. Pour les salariés

Du côté des salariés, un socle de protection sociale mis en place par l'employeur, leur permet d'avoir accès à une couverture sociale notamment, par exemple dans les pays d'Asie où les systèmes nationaux sont assez faibles. De plus, cette couverture fait souvent l'objet d'un tarif préférentiel, négocié par l'employeur.

Bien souvent une extension des garanties est proposée à la famille : le plus souvent pour les conjoints et enfants. La notion d'ayants droit peut également s'appliquer aux ascendants. Via les socles de protection sociale d'entreprise, le nombre de bénéficiaires est donc décuplé.

Les socles de protection sociale mis en place par l'employeur ont aussi un caractère pédagogique. La communication qui est organisée sur le sujet par l'entreprise, permet aux salariés d'être sensibilisés sur des sujets tels que la maîtrise des dépenses de santé, la nécessité d'épargner pour l'avenir, les différentes possibilités pour prendre soin de leurs proches, etc.

Au final, les socles de protection sociale représentent pour les salariés un enjeu de santé et bien-être qui va au-delà de la seule sphère de l'entreprise.

II.1.3. Pour la collectivité

Plusieurs études ont démontré que les socles de protection sociale permettent de prévenir ou réduire la pauvreté, la vulnérabilité et l'exclusion sociale. (Source : « L'impact socio-économique de la sécurité sociale », rapport de l'ISSA⁵, 2016).

De même, en réduisant la pauvreté et en permettant d'investir dans la santé, les socles sont un levier pour la croissance économique, tout en étant un facteur de stabilité politique et sociale. (Source : EN3S « *Entreprises mondiales et protection sociale* », 2017).

La mise en place d'un socle de protection sociale par une société peut également permettre de sensibiliser d'autres entreprises ou organisations d'employeurs ou États sur la nécessité de mettre en place et d'étendre la protection sociale au plus grand nombre.

Le groupe Auchan en est l'illustration au travers de sa Fondation « Weave our future »⁶.

Au Cambodge, la fondation Auchan collabore avec l'ILO et le National Social Security Fund (NSSF)⁷ afin de promouvoir le système de protection sociale de santé du pays et d'en favoriser sa généralisation. Son implication illustre le rôle que peut jouer le secteur privé dans la mise en place d'un socle de protection minimal national.

⁵ Well-being, bien-être au travail.

⁶ Weave our future, Tissons notre avenir.

⁷ NSSF, Fonds national de Sécurité Sociale. Une réforme de 2017 vient d'en élargir le champ de couverture.

D'autre part, dans de nombreux pays, le manque de croissance économique, l'explosion des frais médicaux ou encore le vieillissement de la population mettent à mal les systèmes de protection sociale nationaux : les restrictions budgétaires poussent les gouvernements à se désengager des programmes nationaux en baissant le niveau des prestations versées. Les socles de protection sociale mis en place par les entreprises viennent donc prendre le relais et constituent de ce fait un enjeu majeur pour la collectivité et l'économie des pays.

II.2/ Méthodologie de mise en place d'un socle

II.2.1. Conception d'un socle de protection sociale

La mise en place d'un socle de protection sociale s'inscrit dans la durée.

Un **sponsoring** fort des instances dirigeantes permettra d'assurer une meilleure adhésion des différentes filiales au projet.

L'entreprise devra réfléchir à ses motivations afin de déterminer **l'objectif** principal d'un tel projet compte tenu de ses propres enjeux, de ses valeurs et de sa culture.

De nombreuses raisons peuvent motiver la mise en place d'un socle de protection sociale :

- ▼ Un besoin d'équité interne,
- ▼ Pour faciliter la mobilité interne au groupe.
- ▼ Un besoin d'alignement, de simplification des processus par la diminution du nombre des intervenants externes.
- ▼ Pour mieux contrôler les coûts et le passif social.
- ▼ Pour améliorer, fiabiliser le contrôle du groupe sur les pratiques locales et renforcer les règles de gouvernance existantes.
- ▼ Pour attirer et fidéliser les talents.
- ▼ Pour s'aligner sur la prévalence du marché.
- ▼ Par conviction, en support à la culture et aux valeurs de l'entreprise.
- ▼ Pour l'image de marque de l'entreprise, en lien avec l'attention croissante portée à la RSE.
- ▼ Pour adhérer à la culture d'entreprise,

Cette liste n'est pas exhaustive, les motivations pour une telle démarche peuvent être très variées. Il n'y a pas de bons ou mauvais choix, tout dépend du contexte et des enjeux propres à l'entreprise.

En matière de protection sociale, les choix sont multiples et les programmes peuvent être très variés quant à leurs bénéficiaires, aux risques couverts, au degré de couverture attendu, etc.

Il est fortement recommandé de faire appel à un consultant externe, afin qu'il réalise un **audit** exhaustif, auprès de toutes les entités du groupe, tant au niveau de l'étendue des régimes qu'au niveau de la prise en charge de ceux-ci.

Cet audit permettra

- ▼ D'établir une liste exhaustive de tous les régimes en place et d'identifier les prestataires actuels.
- ▼ De s'assurer de la conformité desdits régimes vis-à-vis des différentes règles et obligations en place dans les pays, régions ou États.
- ▼ De mesurer le positionnement de la société par rapport au marché actuel.
- ▼ De déterminer le nombre/pourcentage de bénéficiaires couverts.
- ▼ De faire ressortir d'éventuelles singularités, comme par exemple des iniquités de traitements inexplicables, un régime excessivement favorable, etc.
- ▼ De mesurer les écarts à combler par rapport au niveau de socle souhaité.

Le résultat de cet état des lieux facilitera la décision quant au périmètre attendu pour la mise en place du socle de protection sociale. Il permettra de prioriser les actions à mener et d'estimer le temps nécessaire pour cela.

La réalisation d'un état des lieux favorisera également l'adoption d'un langage commun dans toutes les entités du groupe, ce qui est incontournable pour mener à bien le projet et, par la suite, le piloter.

Une politique d'avantages sociaux ne doit pas laisser de place à interprétation. Le design du socle de protection sociale doit donc être abordé avec minutie afin de border :

- ▼ **Le contenu du socle** : Quelles couvertures ? Quelles carences ? Quelles exclusions ? Quelle flexibilité de choix de couverture ou niveau de couverture ?
- ▼ **Les bénéficiaires** : Quelles catégories de personnel ? Dans quels pays ? Quels ayants droit ? Quelle flexibilité d'adhésion ?
- ▼ **La prise en charge des coûts** : Quelle répartition des cotisations mettre en place entre employés et employeur ? L'entreprise désire-t-elle s'auto-assurer ou non ?

Afin de mettre en place le design de son socle de protection sociale, l'entreprise pourra s'appuyer sur des normes internationales telles que celles publiées par l'ILO avec sa convention N°102.

Faire référence à des normes internationales permettra, notamment, d'avoir une base de discussion et de légitimer les décisions à prendre auprès des divers pays. Elles permettent de partir d'une référence « neutre ».

Il conviendra tout d'abord de délimiter les bénéfices à inclure dans le champ du socle.

Pour chaque bénéfice retenus, quel positionnement souhaite obtenir l'entreprise par rapport à la concurrence locale ?

En tout état de cause, il est préférable pour l'entreprise d'ajuster les niveaux de couverture à mettre en place en fonction du marché et de la culture locale.

Par mesure d'équité, il est recommandé de s'assurer que l'ensemble des salariés du groupe soient couverts par les différents régimes de protection sociale mis en place, quel que soit leur statut ou le pays dans lequel ils travaillent.

Il conviendra de préciser, dans la politique, les conditions d'adhésion du salarié au socle.

En plus des salariés eux-mêmes, il faudra veiller à définir clairement les ayants droit.

L'extension de la couverture sociale à la famille du salarié peut être à l'identique ou bien adaptée par le biais de contrats et couvertures spécifiques, ce qui est souvent le cas pour les couvertures des ascendants.

L'entreprise doit-elle prendre à sa charge la totalité des coûts liés à la mise en place d'un socle de protection sociale ou peut-elle imposer une participation à ses employés ?

Une participation des employés aux cotisations permet de les responsabiliser. Cependant, dans les pays où le niveau de vie est très bas, la question se pose néanmoins,

Il faut rechercher le meilleur équilibre possible entre les responsabilités et les intérêts de ceux qui financent et de ceux qui bénéficient des régimes de protection sociale, être attentif à la situation de chaque pays et adapter les contrats des régimes de couverture sociale aux réalités locales.

Il faudra s'appuyer au maximum sur le système public de protection sociale, s'il existe, et se renseigner sur les structures sociales en place localement.

S'agissant d'un projet de longue durée, il est recommandé de se laisser un temps raisonnable pour l'implémentation du socle. En général, ce délai varie de 18 à 36 mois selon l'étendue du plan, le scope géographique à couvrir et les moyens humains dédiés au projet.

La majorité des sociétés travaillent par étapes avec un niveau de socle minimal à atteindre puis une extension progressive soit du niveau de socle, soit du périmètre du socle par l'ajout d'une couverture sociale supplémentaire, au rythme de chaque filiale, en fonction de leurs possibilités et de leur contexte propre.

II.2.2. La gestion financière du programme

En termes de socle de protection sociale, une bonne gestion financière est particulièrement recommandée aux vues des sommes totales engagées dans les différents pays.

Il est donc fortement recommandé

- D'analyser le budget actuel alloué à la protection sociale en tenant compte des règles sociales et fiscales de chacun des pays, afin d'en comprendre les différents composantes et leviers. Ce qui inclut la répartition employeur/employé des cotisations.

- ▼ D'établir un budget prévisionnel pour le futur socle et d'en étudier les variations en fonction des différentes hypothèses envisagées. Ce budget prévisionnel, décliné par filiales, permettra de communiquer en amont avec les directeurs des entités, ce qui facilitera leur adhésion au projet et en simplifiera ultérieurement sa phase de mise en œuvre.
- ▼ De quantifier les éventuels gaps à combler entre la situation à date dans chaque filiale et le niveau de socle attendu.

Différents modes de financement peuvent être adoptés par l'entreprise :

- ▼ Un mode centralisé au niveau du groupe. Les différentes entités ne sont donc pas freinées par leurs possibilités financières respectives.
- ▼ Un mode décentralisé où les filiales sont responsables de leurs propres budgets. Actuellement, les entreprises privilégient le mode décentralisé.

Certaines entreprises mettent en place un système de subventions incitatives qui sont accordées aux premières filiales se lançant dans la démarche. (Source : EN3S, « Entreprises mondiales et protection sociale 2017 »)

Lorsque la filiale participe au financement du programme, elle s'approprie mieux le programme et se responsabilise davantage.

Quel que soit le mode de financement choisi, le pilotage d'un socle de protection sociale est clé et requiert de bons outils. Il est nécessaire de mettre en place un processus de remontée d'informations, des filiales vers la société-mère, pour suivre les mises à jour des différents régimes dans chaque pays et être ainsi sûr de connaître tous les événements qui impactent les régimes de protection sociale, notamment ceux pour lesquels des travaux d'évaluation actuariels sont nécessaires.

Deux outils principaux peuvent l'aider dans cette démarche : le *pool* et la *captive*.

La mise en place d'un pool d'assurance s'inscrit dans le cadre d'une réflexion d'optimisation des couvertures et de centralisation des prestataires. Le pooling consiste, en effet, à mutualiser les contrats d'assurance ce qui donne plus de force à l'entreprise pour négocier de meilleures prestations et/ou de meilleures conditions tarifaires.

Le *pool* est constitué d'un assureur leader et d'assureurs locaux qui eux-mêmes font partie d'un réseau d'assurance piloté par l'assureur leader.

En cas de résultats bénéficiaires, il est possible de mettre en place une redistribution de dividende international, reversé à la maison-mère.

Avec la mise en place d'une *captive* d'assurance, l'entreprise se fait son propre assureur, elle crée, à son profit, une société d'assurance ou de réassurance qui lui appartient.

Elle permet également de dégager des fonds de trésorerie, en récupérant les primes d'assurance payées par les filiales, que l'entreprise pourra alors faire fructifier ou qui pourront être réinvestis dans d'autres projets, notamment de prévention des risques.

II.2.3. La pérennité du programme

La mise en place d'un socle de protection sociale va s'inscrire dans le temps comme un processus d'amélioration continue car :

- ▼ La mise en place ou l'adaptation des régimes demande du temps.
- ▼ Le socle représente un coût financier qu'il est plus facile d'absorber progressivement.
- ▼ Une fois le socle en place, il faut rester vigilant quant aux évolutions de réglementations de façon à rester en conformité et pouvoir anticiper, à défaut, adapter les budgets prévisionnels.

De plus, le socle n'aura de réel intérêt que si sa valeur en est perçue par les salariés. Il faudra donc organiser une communication autour du sujet et celle-ci devra elle aussi s'inscrire dans le temps.

Il faudra mettre en avant les motivations qui ont poussé l'entreprise à mettre en place un socle de protection sociale ainsi que les objectifs du projet.

Enfin, il est important pour l'entreprise de mesurer régulièrement la valeur du socle de protection sociale perçue par ses salariés afin que celui-ci reste efficace et ciblé.

Un *reporting* précis et régulier est primordial. Il permettra de veiller à l'adéquation des politiques des filiales locales aux exigences du socle de protection sociale.

Afin que le programme de protection sociale puisse perdurer, être actualisé et optimisé, il est impératif de se tenir au courant de l'actualité internationale en matière de protection sociale.

Le cadrage en amont du projet de mise en place du socle de protection sociale est donc indispensable. Il ne doit pas laisser place à interprétation. Le travail de préparation doit donc être minutieux et il ne faut pas négliger les ressources et le temps nécessaire à celui-ci.

Il ne faut surtout pas oublier que ce projet s'inscrit dans la durée, il faudra le suivre et le faire vivre. À défaut, il risque :

- ▼ De ne plus être en conformité avec les différentes réglementations.
- ▼ De ne plus correspondre aux attentes des salariés.
- ▼ De tomber dans l'oubli et n'aura alors plus aucune valeur perçue par les salariés.

CONCLUSION

Lorsque l'on réfléchit à la mise en place d'un socle de protection sociale, il ne faut pas réduire ses investigations à une question financière. Le projet doit avant tout être une question de conviction.

Conviction profonde que le bien-être des salariés est une priorité, conviction que les ressources humaines de l'entreprise en sont la clé de voute.

La protection sociale est un élément essentiel de la sécurité du revenu des salariés. Elle permet en effet de pallier, en partie ou en totalité, la perte de revenus occasionnée par les aléas de la vie.

En répondant à leurs besoins de sécurité et en leur donnant accès à des conditions de vie meilleures, l'entreprise gagnera en notoriété, elle deviendra plus attractive et l'engagement des salariés en sera renforcé.

Les retombées de la mise en place d'un socle de protection sociale seront en effet multiples : baisse de l'absentéisme et du présentéisme ; Baisse du turnover ; Accroissement de la responsabilité sociétale de l'entreprise ; Meilleure notoriété de l'entreprise, etc. Ainsi, et d'après les enquêtes menées sur le sujet, les performances de l'entreprise doivent être amenées à croître. Tout le monde a donc à y gagner.

Plus qu'une énième stratégie business, le socle de protection sociale doit venir en support aux valeurs fortes de l'entreprise.

Toutes les entreprises peuvent se lancer dans la démarche et afficher leur volonté, à leur échelle et avec leurs moyens propres. Le tout est de faire le premier pas, en s'appuyant sur les systèmes nationaux en place pour en minimiser le coût pour l'entreprise.

À ce jour, compte tenu du coût qu'il engendre, le socle de protection sociale reste un projet de grands groupes. Néanmoins, de plus en plus de moyennes entreprises s'y intéressent également car afin de rester attractives dans un marché concurrentiel international, celles-ci doivent s'adapter.

Financièrement, la mise en place d'un socle de protection sociale n'est pas neutre. Les sommes engagées peuvent rapidement devenir conséquentes, notamment en termes d'engagements sociaux à long terme éventuels. Il est donc primordial de bien piloter son projet, de mettre en place un langage commun et des outils adéquats afin d'optimiser son budget et de fiabiliser son contrôle. Un contrôle centralisé des pratiques en matière de protection sociale à l'international permettra de réaliser des économies d'échelle et augmentera le pouvoir de négociation de l'entreprise.

Enfin, la communication est clé : Il faut savoir rester à l'écoute des salariés mais également savoir leur transmettre le message qui leur permettra de s'approprier le projet.

Les Nations Unies ont adopté en 2015 des Objectifs de Développement Durable (ODD) pour lesquels ils se sont engagés à une amélioration notable d'ici 2030. L'ODD 1.3 préconise une couverture sociale universelle : La mise en place d'un socle de protection sociale répond à cet objectif de développement durable et contribue à une croissance économique durable et inclusive.

Ainsi, avec un socle de protection sociale, l'entreprise s'adapte et reste à l'écoute des mutations du monde qui l'entoure ce qui lui permettra d'être résiliente et de continuer à se développer.

SOURCES & BIBLIOGRAPHIE

- ▼ Histoire de la protection sociale
CAIRN.INFO, *Revue d'histoire de la protection sociale*, 2017/1 (N° 10),
<https://www.cairn.info/revue-d-histoire-de-la-protection-sociale-2017-1-page-62.htm>

- ▼ Évolutions à venir
FRANCE STRATEGIE, « 2017/2027 - Les nouvelles formes du travail et de la protection des actifs », mars 2016
<http://www.strategie.gouv.fr/publications/20172027-nouvelles-formes-travail-de-protection-actifs>

ISSA, Association Internationale de la Sécurité Sociale : « Dix défis mondiaux pour la sécurité sociale », novembre 2016
https://www.issa.int/fr_FR/-/new-issa-report-ten-global-challenges-for-social-security

- ▼ Socles de protection sociale
ILO, International Labour Organization : Recommandation n°202 sur les socles de protection sociale, 2012
https://www.ilo.org/dyn/normlex/fr/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_INSTRUMENT_ID:3065524

ILO, International Labour Organization : Réseau mondial d'entreprises pour les socles de protection sociale
https://www.ilo.org/global/about-the-ilo/newsroom/news/WCMS_533362/lang--fr/index.htm

EN3S, Ecole des dirigeants de la protection sociale : « Entreprises mondiales et protection sociale » Guide des bonnes pratiques, 2017
<https://www.en3s.fr/relations-internationales/plateforme-global-business-network/>

LA BANQUE MONDIALE, « Des millions de personnes échappent à la pauvreté grâce aux filets de protection sociale, mais la couverture reste insuffisante et inégale », avril 2018
<http://www.banquemondiale.org/fr/news/press-release/2018/04/04/social-safety-net-programs-help-millions-escape-poverty-but-coverage-gaps-persist>

ORSE, Observatoire de la Responsabilité Sociétale des Entreprises :
« Indicateurs de reporting pour les entreprises en matière de couverture
sociale à l'international », septembre 2013

<https://www.orse.org/nos-travaux/indicateurs-de-reporting-pour-les-entreprises-en-matiere-de-couverture-sociale-a-l-international>

▼ Divers

ILO, International Labour Organization : « Rapport mondial sur la
protection sociale 2017-2019 »

https://www.ilo.org/wcmstp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_605074.pdf

ISSA, Association Internationale de la Sécurité Sociale : « Impacts
sociaux-économiques de la sécurité sociale », novembre 2016

<https://www.issa.int/fr/details?uuid=2ce786eb-578e-4e9d-aea1-ebd6f5f2d1c0>

BIBLIOGRAPHIE ET NOTES DE LECTURE

223 Bibliographie

223 Notes de lecture par Julien DAMON

231 Notes de lecture par Gilles HUTEAU

BIBLIOGRAPHIE



L'ensemble des références des nouveautés du centre de documentation et des travaux des élèves et stagiaires sont consultables en ligne sur le portail documentaire de l'École : <https://en3s.fr/secudoc/>

SANTÉ

Atlas des séniors et du grand âge en France : 100 cartes et graphiques pour analyser et comprendre / Mickaël Blanchet.- Rennes : EHESP, 2017.- 118 p.

ISBN : 978-2-8109-0622-2

Droit européen de la santé / Nathalie De Grove-Valdeyron.- Issy-les-Moulineaux : LGDJ, une marque de Lextenso, 2018.- 190 p.

ISBN : 978-2-275-05987-7

Économie de la santé / Philippe Batifoulrier, Nicolas Da Silva, Jean-Paul Domin.- Malakoff : Armand Colin, 2018.- 215 p.

ISBN : 978-2-200-61951-0

La coûteuse inégalité des soins : soigner mieux, soigner moins cher / Roland Cash, Jean de Kervasdoué.- Paris : Economica, 2018.- 172 p.

ISBN : 978-2-7178-6997-2

L'Europe de la santé enjeux et pratiques des politiques publiques / Gaël Coron.- Rennes : Presses de l'École des hautes études en santé publique, 2018.- 173 p.

ISBN : 978-2-8109-0616-1

Sociologie politique de la santé / Henri Bergeron, Patrick Castel.- Paris : PUF, 2018.- (XI-508 p.)

ISBN : 978-2-13-081097-1

Télémédecine en EHPAD, les clés pour se lancer / Nathalie Salles.- Brignais : Coudrier Editions (Le), 2017.- 168 p.

ISBN : 978-2-919374-18-2

PROTECTION SOCIALE

Comprendre la protection sociale des travailleurs indépendants / Sylvie Dutoit.- Antony : L'Argus de l'assurance, 2018.-

ISBN : 978-2-35474-315-4

Dessine-moi une mutuelle 2018-2028 : des dirigeants explorent la nouvelle modernité des mutuelles / Jean-Luc Gambey, Timothée Guillois.- Paris : Books on Demand, 2018.- 130 p.

ISBN : 978-2322123568

La mutualité / Thierry Beaudet, Luc Pierron.- Paris : Presses Universitaires de France, Que sais-je ? n°4133, 2018.- 128 p.

ISBN : 978-2-13-080959-3

La Mutualité, grande semeuse de progrès social histoire des oeuvres sociales mutualistes (1850-1976) / Charlotte Siney-Lange.- La Martinière, 2018.- 397 p.

ISBN : 978-2-7324-8644-4

Les grands problèmes sociaux : cours fondamental de Sciences Po Paris de Pierre Laroque / Pierre Laroque.- Paris : Comité d'histoire de la Sécurité Sociale, 2018.- 556 p.

ISBN : 978-2-905882-93-6

POLITIQUES SOCIALES

Comprendre les politiques sociales / Valérie Löchen.- Paris : Dunod, 2018.- 495 p.

ISBN : 978-2-10-078113-3

Droit de l'aide et de l'action sociales / Michel Borgetto, Robert Lafore.- Issy-les-Moulineaux : LGDJ, 2018.- 815 p.

ISBN : 978-2-275-04508-5

Femmes et hommes l'égalité en question / sous la coordination de Marc Collet, Emilie Pénicaut et Laurence Rioux.- Paris : INSEE, 2017.- 190 p.

ISBN : 978-2-11-151304-4

Fonction(s) publique(s) le défi du changement / sous la coordination de Delphine Espagno-Abadie, Adrien Peneranda.- Rennes : Presses de l'École des hautes études en santé publique, 2018.- 190 p.

ISBN : 978-2-8109-0660-4

L'égalité femmes-hommes au travail perspectives pour une égalité réelle / Christophe Falcoz.- Caen : EMS Editions, 2018.- 262 p.

ISBN : 978-2-37687-088-3

Politiques sociales et de santé : comprendre pour agir / sous la direction d'Yvette Rose Rayssiguier et Gilles Huteau.- Rennes : Presses de l'École des hautes études en santé publique, 2018.- 790 p.

ISBN : 978-2-8109-0708-3

ÉCONOMIE

Contrôle URSSAF entre droits et obligations / François Taquet.- Le Mans : Gereso Editions, 2018.- 261 p.

ISBN : 978-2-35953-590-7

Parlons dette en 30 questions / Jean-Marie Monnier.- La Documentation française, 2018.- 99 p.

ISBN : 978-2-11-145327-2

NOTES DE LECTURE

Par **Julien DAMON**,

Professeur associé à Sciences Po (Paris)
et Conseiller scientifique de l'EN3S

Thierry Beaudet, Luc Pierron, *La mutualité*, PUF, coll. « Que sais-je ? », 2018, 128 pages, 9 €

Voici un « Que sais-je ? » qui atteint bien les objectifs de la collection. Dans une présentation et défense des mutuelles, deux dirigeants de la mutualité française retracent l'histoire récente et tracent l'avenir possible de ces institutions. Insistant sur leurs principes, issus des anciennes « sociétés de secours mutuels », les auteurs rappellent combien leur histoire s'inscrit dans des logiques de concurrence et complémentarité à l'égard des assurances sociales (et donc aujourd'hui de la sécurité sociale) et des syndicats. Ces derniers ont pour fonction la revendication, quand les mutuelles couvrent les besoins sociaux. D'elles ressortent des prestations et réalisations sociales, d'eux procèdent des transformations du droit du travail. Mouvement à la vie rythmée par des congrès, aujourd'hui leader de l'assurance santé, la mutualité a su s'insérer dans le marché unique européen de l'assurance. Pilier de la protection sociale à la française et de l'économie sociale et solidaire, elle digère l'universalisation de l'assurance maladie, dans un contexte concurrentiel plus intense et de règles prudentielles plus exigeantes. L'univers mutualiste, qui n'est pas si connu que cela, malgré le caractère familier de l'expression « une mutuelle », mérite largement ce retour sur ses réalisations, ses évolutions et ses interrogations. Entre intérêt général et intérêt collectif, il existe un intérêt mutuel. L'éthique et le régime singulier de ce système de prévoyance libre sont certainement à mieux saisir, notamment par le secteur des assurances sociales obligatoires. Nos deux experts sont de parti pris, car parties pleinement prenantes. Mais leur propos est parfaitement équilibré, rendant compte des positions et mutations mutualistes. Les possibles perspectives d'avenir, notamment sur le volet de l'investissement social, sont versées très utilement au débat.

Julien Damon

David Graeber, *Bullshit Jobs*, Paris, *Liens qui libèrent*, 2018, 404 pages, 25 €.

L'anthropologue David Graeber est un penseur et militant anarchiste. Figure appréciée dans l'univers des nouvelles radicalités, il a levé un superbe lièvre, en 2013, dans un article sur le phénomène « des métiers à la con » (bullshit jobs). Il théorise son

concept dans un nouvel ouvrage. Le grand sujet est de savoir ce que sont ces métiers « à la con ». Graeber y inclue d'emblée ceux qu'il estime socialement inutiles : avocats et banquiers d'affaire. Il ajoute les employés qui, en réalité, n'ont pas grand-chose à faire et qui se perdent en réunions oiseuses. Il étend l'idée à tous ces emplois que ne peuvent expliquer et encore moins légitimer ceux qui les occupent. L'ensemble se développe dans un contexte d'élargissement des bureaucraties publiques et privées qui demandent des contrôles croissants et alimentent des fonctions superflues. Les responsables hiérarchiques aiment s'entourer de batteries d'adjoints, de chargés de mission et de consultants. Tout ce monde – qui n'a rien de réduit – produit à flux continu des tables Excel et des présentations PowerPoint, avec du reporting et des indicateurs dictant les conduites. On voit, à lire Graeber, assez bien le centre de la population qu'il vise. Mais on n'en saisit pas vraiment la périphérie. L'auteur estime, au doigt un peu mouillé tout de même, que 40 % des employés pensent que leur travail n'est probablement pas nécessaire. Graeber termine son propos par un soutien au projet de revenu universel, non pas pour lutter contre la pauvreté mais contre l'inutilité du travail. S'il ne convainc pas totalement, par un caractère un rien brouillon et par des exagérations, il met au jour le caractère féodal d'un management supposé à l'écoute et le caractère soviétiforme d'organisations prétendument agiles. Et il met le doigt là où le management actuel fait mal.

Julien Damon

Tom CHEVALIER, *La jeunesse dans tous ses États*, PUF, 2018, 325 pages, 26 €

Issu d'une thèse remarquée en science politique, cet ouvrage sur les jeunes européennes traite de la diversité des représentations, des institutions et des prestations. Il marque un jalon dans les travaux intéressants sur les difficultés et opportunités différenciées de la jeunesse. L'auteur raisonne à partir de deux variables. D'abord, la citoyenneté économique qui peut être inclusive ou exclusive, en fonction notamment d'un système de formation mettant l'accent sur les meilleurs ou sur tous. Ensuite la citoyenneté sociale, qui s'avère, selon les pays, plus ou moins familialisée ou individualisée. Il s'ensuit quatre modèles différents en termes de politique et de situation de la jeunesse. La France, qui associe sélection et familialisation, compte de la sorte, avec l'Espagne, la Belgique ou le Portugal, parmi les pays organisant une « citoyenneté refusée ». À l'opposé, la Suède, la Finlande ou le Danemark, associant citoyenneté sociale familialisée et citoyenneté économique inclusive développent un contexte et des politiques de « citoyenneté habilitante ». Tom Chevalier impressionne par sa maîtrise de la littérature spécialisée, mais aussi par sa connaissance détaillée des dispositifs et programmes étudiés dans des contextes nationaux très différents. Son travail de décryptage et de classification aboutit à une typologie des « régimes » de citoyenneté de la jeunesse en Europe. Cette construction deviendra certainement un classique, « la » typologie de Tom Chevalier. Une contribution importante. L'En3s a eu bien raison de soutenir ce travail doctoral.

Julien Damon

Hans Rosling, *Factfulness*, Sceptre, 2018, 342 pages.

Célèbre pour ses conférences relevant souvent du véritable spectacle, Hans Rosling s'est attelé, à la fin de sa vie, à cet ouvrage qui paraît de manière posthume. Infatigable traiteur de données, il excellait dans un l'art de la vulgarisation par visualisation des informations. Pour ceux qui ne connaissent pas le côté « performeur » de l'auteur, un tour par Youtube et un autre par son propre site gapminder s'imposent absolument. Rosling ne cesse de le montrer. Le monde va globalement mieux. Sur temps long, les dynamiques sont à l'amélioration. L'extrême pauvreté touchait 85 % de la population mondiale en 1800, 50 % en 1966, 9 % en 2017. Sur la même période, l'espérance de vie a augmenté de 31 ans à 72 ans, le nombre d'enfants par femme a baissé de 6 à 2,5, la proportion des enfants décédés avant 5 ans s'est réduite de 44 % à 4 %. Rosling sait astucieusement en rendre compte en montrant ce que sont les équipements en brosses à dents ou en toilettes des ménages, à partir de 30 000 photographies prises dans 50 pays pour 264 familles. Il s'agit de rapporter des données et des faits, sur la façon dont les gens vivent vraiment. Il s'ensuit le portrait général d'un monde bien moins polarisé qu'on le croit, avec des forces très positives à l'œuvre. Comme pour les illusions d'optique, il ne s'agit pas d'un problème de vision, mais d'interprétation cérébrale. Il est humain de penser que tout ne va pas bien. Nous présentons une sorte d'« instinct de négativité ». Rosling en construit une mesure en observant que des chimpanzés répondant à ses tests font mieux que des humains, pourtant très cérébrés, qui choisissent très souvent les réponses les plus négatives. Ce lamento, particulièrement prononcé en France si l'on lit le détail des sondages menés par Rosling, se double de facilités auxquelles nous succombons aisément. Plutôt que d'élaborer plusieurs scénarios en fonction des séries de données dont on dispose, on préfère prolonger les tendances du passé (généralement plus problématiques). Plutôt que de chercher à actualiser en permanence, on reste sur des schémas et des données datés. Les esprits académiques trouveront certainement, ici ou là, à redire. Mais les tendances et thèses paraissent bien difficiles à contredire. Les esprits chagrins, sans ouvrir le livre, grommèleront, incroyables. Ils feraient bien mieux de feuilleter ces pages pour ouvrir les yeux.

Julien Damon

NOTES DE LECTURE

Par **Gilles HUTEAU**,

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

Michel Borgetto, Robert Lafore, *Droit de l'aide et de l'action sociales*, LGDJ/ Lextenso, coll. « Précis », 10^e édition, 2018

Voici la 10^e édition d'un ouvrage dont la réputation n'est plus à faire, tant il constitue une référence incontournable. Chacune de ses nouvelles parutions est toujours très attendue des différents publics ayant à connaître du droit de l'aide et de l'action sociales. Il est vrai que le paysage éditorial en la matière est plus restreint qu'en droit de la sécurité sociale, s'agissant d'un domaine du Droit qui n'est guère enseigné à l'Université et de surcroît, peu prisé de la doctrine. Cependant, la fameuse formule « Droit des pauvres, pauvre(s) droit (s) » à travers laquelle le Professeur Pierre-Henri Imbert dénonçait en 1989 le caractère moribond du droit de l'aide sociale, tend à perdre de plus en plus de sa substance au fil des éditions successives de cet ouvrage. Au cours des trente dernières années, le droit de l'aide sociale, renommé droit de l'aide et de l'action sociales à partir de 2002, a connu d'importants développements à la faveur d'un certain nombre d'avancées sociales. On peut citer parmi celles-ci, sans nullement prétendre à une énumération exhaustive, la création du revenu minimum d'insertion (1988), de l'allocation personnalisée d'autonomie (2001) ou de la prestation de compensation du handicap (2005). Sous une plume à la fois alerte et experte, les auteurs exposent la richesse de la matière en structurant leurs développements autour de quatre grands volets : les notions générales, les institutions, les formes d'aide sociale et les actions transversales. Loin d'être un héritage suranné des législations d'assistance du XIX^e siècle, le droit de l'aide et de l'action sociales est présenté dans ce livre comme un droit vivant, au cœur des politiques sociales contemporaines, à l'exemple des politiques du handicap et de la dépendance ou bien encore, des politiques de lutte contre la pauvreté et les exclusions. Afin de prendre en compte les évolutions de ces dernières années (mise en œuvre de la loi sur l'adaptation de la société aux effets du vieillissement, réforme de la protection de l'enfance, réorganisation du contentieux, etc.), une nouvelle édition s'avérerait nécessaire. C'est désormais un millésime à ne pas manquer !

Gilles Huteau

Julien Damon, *Les politiques familiales*, PUF, coll. « Que sais-je », 2^e édition, 2018

« L'ambition de ce « Que sais-je » est de proposer un peu de lumière afin de mieux cerner la portée, le contenu, les finalités et les résultats des politiques familiales ».

Insérée dans l'introduction de l'ouvrage, cette assertion est significative du défi que l'auteur entend relever. Synthétiser en 122 pages petit format toute la richesse de la matière est sans aucun doute un projet ambitieux, d'autant plus qu'il n'existe plus aujourd'hui une politique de la famille mais des politiques des familles, celles-ci étant d'ailleurs souvent imbriquées avec d'autres politiques publiques (politique du logement, politique de lutte contre la pauvreté et les exclusions...). De surcroît, c'est un des domaines des politiques sociales les plus perméables aux mutations démographiques, sociologiques et socio-économiques. Spécialiste de *politiques familiales*, ancien directeur de la recherche à la CNAF, Julien Damon a remporté le challenge avec brio au vu de cette deuxième édition de *Politiques familiales*. Il a mis une nouvelle fois à profit son expertise du domaine et son regard de sociologue, pour dresser un panorama à la fois clair et complet de ces politiques. Il s'appuie à cet effet sur une connaissance approfondie des prestations familiales dans la mesure où elles en constituent l'épine dorsale. Néanmoins, l'auteur ne se laisse jamais enfermer dans le piège d'une approche trop technique, préférant s'ouvrir des horizons plus larges. Ainsi sur les quatre chapitres constituant le livre, un d'entre eux est entièrement consacré aux politiques familiales européennes.

Gilles Huteau

Xavier Prétot et Clémence Zacharie, *La police administrative*, LGDJ/Lextenso, coll. « Systèmes », 2018

D'aucuns s'étonneront sans doute de la mention, dans les pages de Regards, d'un ouvrage consacré à la police administrative. La qualité de ses auteurs constitue une première explication : aujourd'hui conseiller à la Cour de cassation, plus particulièrement doyen de la 2^e chambre civile en charge notamment des contentieux intéressant la sécurité sociale, Xavier Prétot est un ancien élève de l'EN3S (XX^e promotion) à laquelle il est resté fidèle au fil d'une carrière particulièrement riche et diversifiée. Quant à Clémence Zacharie, maître de conférences à l'Université Paris-Est-Créteil, elle est la fille d'Elisabeth Zacharie, ancienne élève de la XII^e promotion de l'École alors appelée CESSS..., qui fut longtemps agent de direction au sein de la caisse primaire d'assurance maladie des Hauts-de-Seine.

D'une ardente actualité depuis les manifestations de rue de ces derniers mois, le sujet est aussi de nature à susciter la curiosité d'un public jusqu'ici peu au fait de cette notion. Inhérente à l'organisation de vie en société, la police administrative a des origines fort anciennes : sans même évoquer la Rome antique, voire le monumental *Traité de la police* de Nicolas Delamare paru au début du XVIII^e siècle, on peut rappeler qu'elle est née, sous sa forme moderne, dès les premiers mois de la Révolution française, le décret du 14 décembre 1789 prescrivant aux corps municipaux de « faire jouir les habitants d'une bonne police, notamment de la propreté, de la salubrité et de la tranquillité dans les rues ». Pour autant, la police administrative demeure un parent pauvre dans le paysage éditorial du droit public et seuls quelques ouvrages de synthèse ou de réflexions lui sont consacrés. C'est donc une raison supplémentaire de saluer la publication, dans la collection *Systèmes* dirigée par MM. Michel Bouvier, Laurent Richer et Jean-Pierre Camby, de la remarquable synthèse due à la plume de Xavier Prétot et de Clémence Zacharie.

Dans sa conception issue de la Révolution française, que traduisent aujourd'hui encore les dispositions qui régissent le pouvoir de police du maire – la fameuse trilogie de la tranquillité, de la sécurité et de la salubrité publiques –, la police administrative repose sur un équilibre entre les exigences de l'ordre public et la garantie des libertés publiques. Dès lors, s'il incombe à l'autorité de police de pourvoir à la préservation de l'ordre public et à son rétablissement lorsqu'il est compromis, elle ne saurait agir que pour autant que les exigences de l'ordre public requièrent son intervention, et que celle-ci n'apportent aux libertés publiques que les seules atteintes justifiées par les circonstances. Le principe formulé par Louis Corneille, commissaire du gouvernement, devant le Conseil d'État en 1917 : « la liberté est la règle, et la restriction de police l'exception », demeure plus que jamais d'actualité, l'évolution de notre droit, aiguillonné le cas échéant par la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme, ayant accentué à la fois l'encadrement et le contrôle de l'exercice des pouvoirs de police par les textes et par la jurisprudence des deux ordres de juridictions.

C'est en un peu plus de cent-cinquante pages que les auteurs proposent une synthèse d'ensemble de la matière de la police administrative, de ses origines historiques et de ses principes directeurs, de la diversité de ses applications (un chapitre est consacré ainsi aux polices spéciales), de l'aménagement des pouvoirs de police entre l'État et les collectivités territoriales et des services de police, de l'encadrement par le droit et des contrôles exercés tant par les corps d'inspection et de contrôle que par les juridictions, l'ensemble étant émaillé de références aux textes et aux décisions de jurisprudence essentiels et complété d'une bibliographie particulièrement riche. Bref, un instrument irremplaçable pour tous ceux qui s'intéressent par choix ou par nécessité à une activité essentielle de la puissance publique.

L'activité des organismes de sécurité sociale et de mutualité sociale agricole n'a que peu à voir a priori avec la police administrative. L'appréciation mérite toutefois d'être nuancée. Il est des polices spéciales susceptibles d'affecter, directement, la protection sociale et de la santé, telles, au premier chef, les polices spéciales qui s'appliquent à la santé publique. La police administrative s'applique, plus largement, à l'exercice même de la puissance publique ; il n'est pas, dès lors, sans intérêt d'en connaître les tenants et les aboutissants en un temps où la réflexion est ouverte sur le périmètre d'intervention de l'État et, plus particulièrement, sur la réaffirmation de ses attributions régaliennes.

Gilles Huteau

Cour de cassation, *Le rôle normatif de la Cour de cassation*, étude annuelle 2018, La documentation française, 2018

Mettant à profit la place essentielle qu'elle occupe dans notre ordre juridique, la Cour de cassation publie chaque année une étude approfondie sur une grande question de Droit. Présentée distinctement de son rapport d'activité, l'étude 2018 rend compte de l'état de sa jurisprudence au prisme d'un thème, en l'occurrence le rôle normatif de la Cour de cassation, qui est susceptible de surprendre. Comme l'indique dès l'avant-propos le coordonnateur scientifique de ce travail collectif, le Professeur Fabien Marchadier, « L'expression «rôle normatif» est rarement employée et son contenu demeure relativement incertain». Aussi est-ce tout l'intérêt de cette étude

que de s'attacher à en clarifier l'objet et à en cerner la portée, dans un contexte juridique où se trouvent réactivés les questionnements sur le rôle et la place du juge de cassation dans l'échiquier juridictionnel.

La première partie est consacrée à l'élaboration de la norme par la Cour de cassation. Si tout juge est tenu de préciser le sens des textes, de les compléter, voire de créer la norme lui faisant défaut pour statuer sur une affaire, l'étude rappelle qu'en vertu de sa position dans l'organisation judiciaire et de « porte-voix de la doctrine », la Haute juridiction joue un rôle décisif en la matière. Une fois qu'elle a défini une norme, elle veille à en garantir l'unité d'application, en sanctionnant les juges du fond qui s'en seraient écartés. S'agissant du droit de la sécurité sociale, à la différence d'autres domaines du Droit (par ex., droit de la responsabilité civile) où il peut s'exercer en marge des textes, le pouvoir normatif de la Cour de cassation vise à adapter ces derniers: il consiste à en réinterpréter le sens à la faveur de notions floues et indéterminées, afin de tenir compte des évolutions sociales, économiques ou même techniques. C'est notamment le cas lorsqu'elles se rapportent aux notions d'accident du travail, de travailleur indépendant ou de débiteur de cotisations sociales. L'étude montre également que la Cour de cassation contribue au perfectionnement des textes tout en respectant le principe constitutionnel de séparation des pouvoirs. Ainsi, elle peut interpellier le pouvoir législatif et réglementaire comme en témoigne, à la suite de sa jurisprudence, l'adoption du décret du 29 juillet 2009 ayant trait à l'amélioration de la procédure d'instruction des déclarations d'accidents du travail et de maladies professionnelles, ou encore, des décrets des 11 avril 2007 et 8 juillet 2016 relatifs aux droits des cotisants. Par ailleurs, autre aspect particulièrement intéressant, l'étude de la Cour de cassation montre comment elle doit composer, dans l'exercice de son rôle normatif, avec l'autorité des décisions du Conseil constitutionnel. Sur ce point, les développements concernant l'application de la décision du 18 juin 2010 sur l'indemnisation de la faute inexcusable, qui est prévue dans la législation sur les accidents du travail, sont particulièrement éclairants.

La seconde partie est consacrée à l'articulation des normes par la Cour de cassation. Cet autre volet de son rôle normatif est peut-être susceptible d'intéresser encore plus les gestionnaires des organismes de sécurité sociale, au vu de la multiplication de textes de toutes natures auxquels ils sont confrontés, et parmi lesquels figurent les circulaires des caisses nationales. Il est en effet du rôle de la Haute juridiction de veiller à l'articulation des règles de droit selon leur champ d'application, leur nature ou leur valeur : la question renvoie naturellement à la hiérarchie de normes proprement dites, mais également à des notions plus subtiles telle la règle supplétive ou la règle d'ordre public. En matière de droit de la sécurité sociale, l'attention du lecteur pourra se focaliser sur de nombreux points. Parmi ceux-ci, citons notamment l'analyse par la Haute juridiction de la place des circulaires des caisses nationales de sécurité sociale dans l'ordonnancement juridique : elle souligne qu'elles ne sauraient se substituer aux dispositions dûment et régulièrement édictées par les autorités investies du pouvoir normatif. Concernant les instruments relatifs au fonctionnement des organismes, la Cour de cassation fait encore œuvre utile en déterminant ceux qui ont le caractère de règles de droit en application de dispositions du code de la sécurité sociale. Sur ce point, elle illustre la démarche suivie par la jurisprudence, en se référant aux modalités de prise en charge des soins par les organismes d'assurance maladie et aux relations entre ces derniers et les syndicats des professions et établissements de santé. Ainsi les décisions prises par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) au nom et par délégation de l'État, revêtent un caractère réglementaire, de sorte qu'il appartient aux juges du fond d'en faire application. Plus généralement, la Cour de cassation participe à l'édification d'un ordonnancement juridique des règles qui sont invoquées devant elle en identifiant la norme applicable, en contrôlant sa validité, ainsi que les résultats concrets de son application.

Fruit du travail de soixante-dix magistrats de la Cour de cassation, parmi lesquels figure Xavier Prétot, conseiller-doyen de la 2^e chambre civile et ancien élève de l'EN3S, la publication de cette étude de référence mérite de rencontrer le plus large écho auprès de toutes celles et tous ceux qui, à un titre ou un autre, sont amenés à s'intéresser à la jurisprudence de la Haute Juridiction.

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.

Pauline Garé
Courriel : pauline.garé@en3s.fr



À DÉCOUVRIR



2 journées d'actualité avec des intervenants experts

Transformations digitales, transformations managériales

Le mercredi 13 mars 2019 à Paris

La Sécurité sociale en 2030 : comment tirer parti du digital pour transformer la Sécurité sociale ?

Le jeudi 4 avril 2019 à Paris

Le rendez-vous incontournable des directeurs des organismes de Sécurité sociale pour une prise de hauteur et des échanges entre pairs.

+ de 200 participants accueillis depuis 2014



VIENT DE SORTIR : en3s.fr/secudoc

nouveau portail documentaire de l'EN3S



Le centre de ressources de l'École nationale supérieure de Sécurité sociale contribue à la mise en valeur de la Sécurité sociale, et plus largement de la protection sociale, au décryptage de leurs enjeux actuels et futurs. Il participe au renforcement de son enseignement et à l'accompagnement des professionnels.

ZOOM SUR L'ACTUALITÉ



LE TRAVAIL EN MUTATION
De www.banquedemondiale.org - 06 Février, 10:42



HÔPITAL: LA COUR DES COMPTES POUR LA "FERMETURE NOCTURNE" DES PETITS SERVICES D'URGENCE
De www.sciencesetavenir.fr - 05 Février, 08:33



HÉBERGEMENT DES PERSONNES EN DIFFICULTÉ SOCIALE : 140 000 PLACES FIN 2016. EN FORTE ÉVOLUTION PAR RAPPORT À 2012
De www.solidarites-sociales.gouv.fr - 05 Février, 08:19

[TOUTES LES ACTUALITÉS](#)

REVUE REGARDS



DE L'ACCÈS AUX SOINS À L'ACCÈS AUX SERVICES (REGARDS N°53)

L'accès aux droits compte explicitement parmi les priorités des politiques publiques depuis la fin des années 1990. Il ne s'agit plus de proclamer des droits mais d'en assurer...

[VOIR CE NUMÉRO](#)

[VOIR TOUTES LES REVUES REGARDS](#)

PRODUITS DOCUMENTAIRES



Achevé d'imprimer en mars 2019
sur les presses de

R E B O U L IMPRIMERIE

www.reboul-imprimerie.com



SAINT-ÉTIENNE

Dépôt légal : 1^{er} trimestre 2019

N° d'imprimeur : 1427



Au sujet de la gestion publique, en France, expertises et controverses portent largement sur l'État et les collectivités territoriales. On y traite souvent globalement de la sphère publique ou de celle de la protection sociale, envisagées comme de grands ensembles uniformes. Dans ce contexte, la Sécurité sociale mérite des analyses et des observations particulières. À la fois au cœur du système de redistribution et de la vie des gens, ce service public diffère des autres segments de l'action publique, par sa densité et ses singularités. Qu'il s'agisse des finances (avec une loi de financement bien distincte), des grandes orientations (avec l'apport de la dimension paritaire) ou du management au quotidien (avec préséance du droit privé). Ce dossier, rassemblant notamment des regards de connaisseurs, de grands témoins et de dirigeants (actuels et à venir), donne à voir les spécificités des activités, responsabilités, contraintes, capacités d'innovation, métiers et carrières.

Le secteur, comme d'autres, utilise à foison les termes de pilotage et de gouvernance pour désigner les éléments et les évolutions de sa gestion. En ces matières, la Sécurité sociale compte en tant que modèle. Non pas, bien entendu, un exemple qu'il faudrait révéler ; mais un système, naturellement améliorable, qu'il faut mieux connaître et qui peut inspirer.