

FORMATION INITIALE
54^{ème} promotion, 2015-2016

RECHERCHE – ACTION RAPPORT FINAL

LA COOPÉRATION TERRITORIALE ENTRE ORGANISMES DE SÉCURITÉ SOCIALE : QUELLES RÉALITÉS?

FREINS ET FACTEURS DE SUCCES
TERRITOIRES D'OBSERVATION : LOIRE / RHONE

Membres du groupe de travail (n° 7)

- ▼ Capucine LAMAU - chef de projet
- ▼ Agnès JOURDAN
- ▼ Catherine MANIETTE
- ▼ Cynthia PLATON-MORTEAU
- ▼ Jeanne TELLEZ

Directeur de recherche-action (n° 7)

- ▼ Michel BAUER, Consultant cabinet MBC

REMERCIEMENTS

Nous souhaitons exprimer nos plus remerciements à **Monsieur Bauer**, notre directeur de recherche-action, pour son suivi et son accompagnement de notre travail. Son approche scientifique nous a permis d'adopter une démarche rigoureuse lors de la réalisation de notre recherche. Ses relectures nous ont aiguillées vers une analyse plus fine de notre territoire d'observation.

Nous avons été sensibles aux démarches entreprises par **Monsieur Libault et Monsieur Baudoin** auprès des différents organismes pour obtenir davantage de contacts. La Direction de l'Ecole a été également très utile dans la définition du cadre du sujet et dans notre choix sur les orientations de notre recherche-action.

Nous tenions sincèrement à remercier l'ensemble des organismes pour leur grande disponibilité. Malgré leurs agendas contraints, ils ont su prendre le temps de répondre à nos questions et nous orienter vers les personnes les plus pertinentes lorsque nous désirions davantage de détails. Sans les personnes suivantes, la réalisation du présent rapport aurait été impossible :

Monsieur Blanckaert, Directeur de l'Action sociale à la CNAV,

Madame Bonvalot, Directrice du Développement et de l'accompagnement des ressources humaines à l'UCANSS,

Monsieur Canevet, Responsable du Marketing-relation client au sein du Département Relation client de la Direction Déléguée aux opérations à la CNAMTS,

Madame Cornu, Responsable du Département Vulnérabilité à la CPAM du Rhône,

Monsieur Delaire, Directeur-adjoint à la CPAM des Côtes-d'Armor,

Madame Dubois, Adjointe au directeur de la Stratégie et des Relations Institutionnelles à l'EN3S,

Madame Eroni, Attachée de direction Retraite à la CGSS de Martinique,

Monsieur Gallet, Chef de Bureau de la 4^e Sous-Direction de la Gestion et des systèmes d'information à la DSS,

Madame Gential, Directrice générale de la MSA Ardèche-Drôme-Loire,

Monsieur George, Directeur du RSI PACA,

Madame Godrie, Directrice de la Relation de service et des organisations à la CCMSA

Madame Gourlier, Élève de la 54^e promotion et ancienne Responsable du Département Prévention Séniors et Innovation sociale de la CARSAT du Rhône-Alpes,

Madame Henri-Bourgeau, Directrice de la CAF de la Loire,

Monsieur Istria, Directeur délégué aux Ressources institutionnelles à la CCMSA,

Madame Laville, Responsable de l'action sanitaire et sociale à la MSA Ardèche-Drôme-Loire,

Monsieur Martin, Directeur de la MSA Ain-Rhône,

Madame Miny, Directrice de la CPAM de la Loire,

Madame Medolago, Directrice de l'Assurance retraite à la CARSAT du Rhône-Alpes

Madame Michaudon, Responsable du Département Prévention Séniors et Innovation Sociale à la CARSAT du Rhône-Alpes

Monsieur Monchablon, Sous-directeur support production au sein de la direction de l'Assurance retraite à la CARSAT du Rhône-Alpes,

Monsieur Marinacce, Directeur des Politiques familiales et sociales à la CNAF,

Madame Nugère, Pilote du Micro-processus revenus de remplacement à la CPAM de la Loire,

Madame Piau, Responsable de la ligne Produits RH à la Direction du Développement et de l'accompagnement des ressources humaines à l'UCANSS,

Madame Picard, Référent technique invalidité à la CPAM de la Loire,

Madame Pichon, Responsable de l'accueil à la CAF de la Loire,

Madame Racoussot-Gibert, Responsable du Pôle Communication Interne et Événementielle à la CARSAT du Rhône-Alpes,

Madame Simonet, Responsable du Service invalidité à la CPAM de la Loire,

Monsieur Reynaud, Responsable des Relations clients à la CPAM de la Loire,

Madame Rivaud, Référent technique Retraite à la CARSAT du Rhône-Alpes,

Monsieur Simonnot, Directeur de la CAF du Rhône,

Monsieur Totrabas, Directeur du Réseau administratif et de la contractualisation à la CNAMTS,

Monsieur Xardel, Directeur de l'Organisation, de l'optimisation et du marketing à la CNAMTS.

Nous avons particulièrement apprécié le soutien tant logistique que moral qu'**Agnès Cardineau** et de **Mandy Morel** nous ont offert au cours de l'année scolaire.

Word cloud centered on the word "mutualisation". The words are arranged in a circular pattern around the central term. The colors of the words include yellow, red, blue, and orange. The sizes of the words vary, with "mutualisation" being the largest and "un objectif" being the smallest.

acces aux droits
échange de bonnes pratiques
sous traitance
groupement
changement
lutte contre la fraude
plus fragiles
nécessité
mobilité inexistante
qualité de service
communication
liens
insuffisamment développé
cibler les
rien
entraide partenariat
expérience
difficulté
ucanss
un objectif
difficile mythe
inexistant
évidence
bien vieillir
entente
solidarité
échec
équipe
insuffisant
complexité
coconstruction
mauvaise communication

Ce nuage de mots a été réalisé à partir d'un sondage effectué auprès des élèves de la 54^e promotion de l'EN3S.

Pour avoir plus de détails sur la méthodologie et les résultats, veuillez vous reporter à l'Annexe.

REMERCIEMENTS.....	2
---------------------------	----------

INTRODUCTION.....	8
--------------------------	----------

NOTRE DEMARCHE METHODOLOGIQUE	13
--	-----------

I- ETUDE DE CAS : 4 COOPERATIONS ENTRE OSS DANS LES DEPARTEMENTS DE LA LOIRE ET DU RHONE	17
---	-----------

A. Quatre exemples de coopération ont retenu notre attention pour illustrer la diversité des coopérations observées sur le territoire.....	17
---	-----------

B. Présentation comparée des quatre coopérations inter-branches ou inter-régimes mises en œuvre sur le territoire	18
--	-----------

1. <i>L'accueil commun : l'accueil commun CAF et CPAM de la Loire à Saint-Etienne.....</i>	<i>18</i>
--	-----------

2. <i>Le parcours invalidité CARSAT / CPAM.....</i>	<i>22</i>
---	-----------

3. <i>Le programme Bien vieillir : le GCSMS Atouts prévention.....</i>	<i>26</i>
--	-----------

4. <i>La Journée portes ouvertes des organismes de Sécurité sociale de la Loire</i>	<i>30</i>
---	-----------

II. ANALYSE CROISEE DES CONDITIONS DE MISE EN ŒUVRE DES COOPERATIONS	34
---	-----------

A. Le préalable à toute coopération : un objet et un intérêt commun.....	34
---	-----------

1. <i>Les OSS développent des coopérations en s'appuyant sur les caractéristiques et les besoins d'un public commun.</i>	<i>34</i>
---	-----------

2. <i>Certaines activités exercées dans l'ensemble des caisses prestataires font l'objet de coopérations.....</i>	<i>36</i>
---	-----------

3. <i>La promotion d'une image unifiée de la Sécurité sociale et des valeurs qu'elle véhicule incite les organismes de la Sécurité sociale à coopérer.....</i>	<i>36</i>
--	-----------

B. Le niveau de portage de la coopération	37
--	-----------

1. <i>Le projet de coopération peut être porté par les caisses nationales</i>	<i>37</i>
---	-----------

2. <i>La coopération peut être portée par des caisses locales.....</i>	<i>39</i>
--	-----------

3. <i>Les organismes moteurs, facteur de réussite des coopérations ?</i>	<i>39</i>
--	-----------

C. Les coopérations se développent dans un cadre plus ou moins formalisé.....	39
--	-----------

1. <i>Les aspects informels peuvent se révéler un élément extrêmement facilitateur pour qu'une coopération de plus grande ampleur et formalisée voit le jour.....</i>	<i>39</i>
---	-----------

2. <i>Si la formalisation paraît nécessaire pour organiser une coopération de grande ampleur, celle-ci n'est pas toujours gage d'efficacité.....</i>	<i>40</i>
--	-----------

D. Les conditions matérielles de la coopération	41
--	-----------

1. <i>L'immobilier.....</i>	<i>41</i>
-----------------------------	-----------

2. <i>Les systèmes d'information.....</i>	<i>42</i>
---	-----------

3. <i>Les moyens humains et financiers</i>	<i>43</i>
--	-----------

E. L'accompagnement des coopérations par les politiques RH : un enjeu	44
1. <i>Une connaissance faible des missions des autres organismes de Sécurité sociale accentuée par une faible mobilité des agents</i>	44
2. <i>La professionnalisation des branches</i>	44

III. LES PRECONISATIONS : S'IL EST POSSIBLE DE DEVELOPPER UNE DEMARCHE TYPE DE COOPERATION, CELLE-CI NE S'INSCRIRA DANS LE LONG TERME QUE PAR L'ANCRAGE D'UNE IDENTITE COMMUNE « SECURITE SOCIALE »46

A. Vouloir, construire et accompagner la coopération à court terme grâce à une proposition de démarche type	46
--	-----------

B. Les préconisations opérationnelles visant à favoriser le développement des coopérations : une identité commune et des politiques de gestion des ressources humaines	48
1. <i>Intensifier la construction d'une identité commune autour des valeurs communes</i>	48
2. <i>Par leur caractère transversal, les politiques RH constituent un levier pertinent pour favoriser la création d'actions de coopération et renforcer les liens entre OSS</i>	48
3. <i>L'expression ultime de ces coopérations, ne s'exprimait-elle pas dans le modèle que constituent les Caisses générales et la Caisse commune de sécurité sociale ?</i>	51
4. <i>Etudier l'opportunité du vote de l'article 57 du PLFSS 2016 pour développer de nouvelles coopérations</i>	53

LISTE DES ANNEXES54

Annexe 1 : grilles d'entretien (de premier niveau et de précision)	54
Annexe 2 : liste des interlocuteurs qui nous ont reçus pour des entretiens qualitatifs de premier niveau et de précision	54
Annexe 3 : exemples de conventions de coopérations présentes sur le territoire (accueil CPAM/CAF, parcours invalidité, Bien vieillir, journée portes ouvertes)	54
Annexe 4 : méthodologie du nuage de mots et présentation qualitative et quantitative des résultats du sondage	54
Annexe 5 : étude du modèle CGSS/CSS	54
Annexe 6 : démarche-type permettant d'identifier le sujet de la coopération dans le domaine de la protection sociale et les conditions de réussite	54

SOURCES BIBLIOGRAPHIQUES116

GLOSSAIRE121

La demande de l'EN3S de travailler sur les coopérations territoriales entre organismes de sécurité sociale (OSS) nous est apparue significative d'une ambition *a priori* louable mais rarement concrétisée. Nos recherches ont effectivement révélé la difficulté à trouver des exemples de coopérations dans deux départements regroupant tout de même neuf organismes relevant des principaux régimes (général, agricole et des indépendants).

Alors que le 70^{ème} anniversaire de la Sécurité sociale est l'occasion de renouer avec une image unifiée de l'institution et de ses valeurs, la réalité quotidienne du pilotage des organismes locaux démontre plutôt une habitude partagée de travailler en autonomie. Cette situation est le résultat d'une histoire administrative faite de compromis entre les objectifs initiaux et les contraintes de gestion.

S'il se justifie à bien des égards (spécialisation des métiers, pilotage par risques sociaux, prise en compte des particularités des régimes spéciaux, etc.), cet éclatement peut surprendre dans une institution portant une ambition de solidarité, un fort ancrage territorial et une identité commune. Au-delà des enjeux d'image, l'absence de coordination risque surtout de nuire à la qualité de service aux usagers et aux partenaires en demande d'une plus grande lisibilité. Ce morcellement peut en effet favoriser les ruptures de droits, l'inégalité de traitement entre usagers, ainsi qu'une dispersion des moyens.

Pourtant, s'appuyant sur des circonscriptions administratives identiques (échelon départemental) ou emboîtées (échelon régional), les organismes de sécurité sociale sont confrontés à des problématiques partagées vis-à-vis de leurs usagers communs, actuels ou potentiels. Dans le même temps, leurs objectifs en matière de qualité de service sont proches, avec le développement d'offres dites attentionnées. Partant de là, les champs de coopération seraient potentiellement nombreux.

Ce décalage entre les opportunités et les réalisations interpelle. Avant d'entrer plus concrètement dans l'objet de la recherche-action, les éléments de cadrage suivants reviennent sur ces différentes problématiques, en les replaçant dans une perspective historique et en interrogeant les concepts et leurs évolutions.

▼ **Des ambitions initiales au principe de réalité : l'éclatement administratif de la sécurité sociale et la définition de périmètres d'intervention**

Il y a 70 ans, le programme du Conseil National de la Résistance prévoyait d'instaurer un régime unifié de sécurité sociale bénéficiant à l'ensemble de la population active. Le principe de la caisse unique par circonscription, gérant tous les risques, devait garantir simplicité et efficacité. Quant à la caisse nationale de sécurité sociale, coiffant l'ensemble, elle devait assurer l'unité administrative et financière du régime.

En raison de la préexistence de certains régimes, mais aussi de résistances corporatistes, les ordonnances portant création de la Sécurité sociale ne retiendront pas ce principe d'unité administrative. Maintenant à titre provisoire le régime agricole ainsi que certains régimes spéciaux, elles n'incluent pas non plus les professions non salariées non agricoles. Néanmoins, l'organisation qui se met en place permet de réduire considérablement le nombre d'organismes de protection sociale existants en y substituant un réseau coordonné de caisses de sécurité sociale.

Progressivement, la généralisation de la couverture de la population s'accompagne de la création de régimes autonomes fondés sur une base professionnelle. De plus, les

exigences de gestion conduisent à réorganiser le système selon une logique de séparation des régimes et des branches. Les ordonnances Jeanneney de 1967 instaurent ainsi une séparation financière des risques, se traduisant au plan institutionnel par la création des caisses nationales des branches prestataires du régime général, ainsi que de l'ACOSS qui en assure la trésorerie. C'est encore l'argument financier qui conduit aux réformes de 1996 créant les lois de financement de la Sécurité sociale en même temps que les conventions d'objectifs et de moyens par régime et par branche.

Dans ces conditions, le pilotage de la Sécurité sociale apparaît de plus en plus vertical et compartimenté entre les régimes et les branches. Cela se traduit au niveau local par un relatif cloisonnement organisationnel et institutionnel, les organismes pouvant cohabiter sans réellement interagir.

Ce constat mérite sans doute d'être nuancé, l'existence de l'UCANSS témoignant de la prise en compte des intérêts communs des branches du régime général. Néanmoins, ce regroupement vise essentiellement les fonctions support pour lesquelles la mutualisation des moyens doit générer des économies budgétaires. D'autres actions nationales peuvent également être mises en évidence autour cette fois des échanges de données, mais aussi de l'amélioration de l'offre de service, comme le GIP info-retraite. Il est vrai que les régimes d'assurance vieillesse connaissent un mouvement de rapprochement des législations, qui se traduira au 1^{er} janvier 2017 par la liquidation unique de pensions de retraite des régimes dits alignés. C'est un signe tangible de la prise en compte du besoin d'une meilleure lisibilité et d'une plus grande équité entre assurés.

Sur les territoires, la proximité géographique des organismes de sécurité sociale ne semble pas non plus particulièrement mise à profit, sauf à s'assurer une taille critique, à l'exemple des caisses générales de sécurité sociale (CGSS) dans les départements d'outre-mer ou encore de la création plus récente de la caisse commune de sécurité sociale en Lozère (CCSS).

Cette brève mise en perspective historique montre que dans le pilotage des régimes et des branches, l'importance croissante du critère financier, ou du moins gestionnaire, a globalement renforcé le cloisonnement entre les périmètres respectifs d'intervention des organismes de de sécurité sociale.

▼ **La notion de coopération comme dépassement des périmètres d'intervention des organismes de sécurité sociale**

La définition des périmètres d'intervention des organismes de sécurité sociale est à la fois d'ordre juridique (gérer les droits et obligations de leurs affiliés) et géographique (circonscription administrative). La population affiliée à un organisme est donc définie par un double critère, de rattachement à un régime d'une part, et de résidence d'autre part.

Pour autant, ces périmètres ne sont pas étanches.

Sur le plan juridique, des droits ouverts dans plusieurs branches peuvent être corrélés entre eux : impact des prestations en espèces versées par la CARSAT et/ou la CPAM pour le calcul des minima sociaux versés par la CAF, affiliation systématique des bénéficiaires du RSA à la CMU-C, ou encore nécessaire prise en compte simultanée de la maternité par les branche maladie et famille. De plus, les assurés peuvent être transférés d'un régime à un autre à la faveur d'une mobilité professionnelle, de leur état de santé (nouveaux invalides),

ou encore de leur âge (passage en retraite, octroi des minima sociaux ou de la pension de réversion, etc.).

Sur le plan géographique, une grande partie des résidents d'une circonscription est affilié à plusieurs organismes, eux-mêmes agissant dans des territoires d'échelle différente (URSSAF régionalisées, CPAM et CAF départementalisées, MSA et RSI inter-départementaux, CARSAT interrégionales, etc.).

On observe par ailleurs que ces périmètres sont évolutifs.

Sur le plan juridique, ces évolutions concernent surtout la modification du nombre et du contenu des prestations servies, en réponse à l'évolution des risques sociaux et des principes et moyens de leur socialisation. Ces modifications sont d'autant plus fréquentes que les organismes de sécurité sociale sont régulièrement choisis pour distribuer des prestations pour le compte de l'État (RMI puis RSA, prime d'activité).

Sur le plan géographique, ces évolutions concernent certes les assurés, dont la mobilité résidentielle conduit à gérer les transferts de dossiers entre organismes. Elles concernent surtout les organismes eux-mêmes, puisqu'ils connaissent des restructurations territoriales régulières. On a ainsi pu observer une tendance récente à la concentration des réseaux, avec par exemple la départementalisation des CAF et des CPAM, la régionalisation des URSSAF, les regroupements départementaux des MSA et à venir la constitution de grandes régions pour la gestion du RSI.

Reposant sur la séparation des branches et leurs restructurations territoriales respectives, cette segmentation par périmètre se révèle efficace du point de vue de la gestion des organismes car elle permet de définir les critères et les conditions de leur intervention. De plus, en période de restrictions budgétaires, elle facilite la rationalisation des organisations et l'optimisation des moyens, dans un objectif d'industrialisation de la production. En effet, les choix de gestion portent sur des sections restreintes et relativement homogènes, et poursuivent pour chaque branche leur logique propre. Cette organisation facilite également l'harmonisation du service rendu aux usagers sur chaque risque.

En ce sens, cette situation légitime le recentrage des organismes sur leur « cœur de métier » en permettant à chaque réseau de s'appuyer sur des critères objectifs d'intervention. En conséquence, elle favorise l'accentuation de la séparation des branches, qui se traduit par une tendance au renforcement du pilotage par les caisses nationales.

À l'inverse, à l'exception du guichet unique que représente la mutualité sociale agricole, cette organisation par périmètre paraît déconnectée des parcours des usagers, car elle crée des cloisonnements artificiels entre les différentes facettes de leur vie. De plus, elle incite à traiter les usagers par catégories en fonction des droits ouverts dans chaque organisme, sans que la globalité de la situation d'une personne puisse être réellement examinée.

Eu égard à la complexité de la législation, les usagers les plus fragiles risquent de ne pas pouvoir se conformer aux exigences de cette organisation sans aide. Cela se traduit par exemple par le non recours aux droits ou par la rupture de droits. Ce risque est d'autant plus prégnant dans un contexte de précarisation de la société, notamment sous l'effet de la crise économique qui touche la France depuis 2008.

Ainsi, s'il ne fait pas de doute que la délimitation de périmètres d'intervention est d'une grande efficacité pour traiter en masse des situations semblables en minimisant les coûts, elle paraît au contraire inadaptée au traitement de cas particuliers. En effet, celles-ci mériteraient à la fois une plus grande individualisation et une vision globale de la situation,

notamment dans une logique de prévention. Cette personnalisation implique alors, à périmètre d'intervention constant, des coopérations entre les organismes de sécurité sociale.

▼ **Coopérations entre organismes de sécurité sociale et performance**

Les coopérations inter-branches et inter-régimes ont aujourd'hui matière à se développer dans le cadre d'une conception renouvelée de la performance. La production de valeur dans un organisme de sécurité sociale, c'est de concrétiser un droit pour l'usager, qui se traduit généralement par le versement d'une prestation. Impliquant « à la fois l'action de produire et le résultat de cette activité », elle se trouve donc « intrinsèquement liée à la notion de performance »¹.

Les organismes de sécurité sociale sont relativement enclins à travailler ensemble dans une logique de rationalisation des coûts, ce qui se traduit par des mutualisations qui s'inscrivent plutôt dans le volet « action de produire ». L'objectif est de réaliser des gains de productivité par la mise en commun de fonctions supports ou du patrimoine immobilier pour ce qui concerne les frais généraux et surtout par les échanges de données et la coproduction avec les usagers et partenaires. Sur le volet systèmes d'information, l'enjeu de la qualité est de plus très prégnant, mais il est clairement mis au service de la production de masse. Une grande partie de la production peut ainsi être considérée comme largement déterritorialisée, c'est-à-dire qu'elle pourrait être réalisée dans n'importe quel point du territoire sans préjudice pour l'usager.

Les coopérations entre organismes dont il est question ici s'inscrivent justement dans une logique de services dits attentionnés, dans l'intention d'améliorer le « résultat ». Dans cette perspective, la clé d'entrée n'est plus l'offre, c'est-à-dire le périmètre d'intervention des organismes de sécurité sociale, mais l'usager et ses besoins. Dans une logique de gestion pure, cette dimension peut sembler freiner la dynamique de gains de productivité puisqu'elle s'inscrit à rebours de la nécessité de standardisation qu'implique la production de masse. Cela explique sans doute que cette dynamique soit plus récente et moins développée. Pour autant, de telles coopérations sont susceptibles de contribuer tout autant à la performance des organismes dans la mesure où elles pourraient permettre d'obtenir l'un des résultats attendus : concrétiser les droits de tous les usagers.

En ce sens, les coopérations entre organismes de sécurité sociale peuvent être un moyen de répondre aux nouveaux enjeux des conventions d'objectifs et de gestion (COG). En effet, les coopérations reposent intrinsèquement sur les notions de parcours de vie et de territoire d'intervention, particulièrement valorisées dans la dernière génération de COG. A l'articulation de ces notions semble se dégager la valeur ajoutée possible des coopérations, tant pour les usagers, que pour les organismes eux-mêmes, ainsi que pour l'image de l'institution Sécurité sociale.

Ainsi, l'intérêt de la coopération autour de la notion de parcours serait tout d'abord pour l'usager l'opportunité d'obtenir, sans multiplier les démarches, un service pluridisciplinaire coordonné, adapté à ses besoins tout en tenant compte de leur évolution (vieillesse de la société, etc.). Pour les organismes, ce type de coopérations permet de rationaliser la gestion des dossiers respectifs pour un même usager, ce qui est source de gain de temps et de moyens, mais aussi de fiabilisation des données. Enfin, en termes d'image de la Sécurité sociale, c'est ici la qualité de service qui est en jeu.

L'intérêt de la coopération autour de la notion de territoire serait quant à elle une meilleure connaissance des caractéristiques socio-économiques de la population affiliée et

¹ BASSO-FATTORI Agnès, « Les métamorphoses du pilotage de la « Production » dans les organismes de Sécurité sociale » in *Les métamorphoses de la protection sociale*, EN3S, Revue *Regards*, n°43, janvier 2013, Saint-Etienne, p.135.

ainsi un meilleur ciblage des offres vers les usagers. Pour les organismes, les recompositions territoriales récentes ont permis de rendre compatibles les périmètres géographiques, généralement à l'échelle départementale. Cette correspondance constitue un levier pour organiser les coopérations en harmonisant le paysage institutionnel. Enfin, pour l'image de marque de la Sécurité sociale, les organismes présentent une offre cohérente et un pilotage coordonné vis-à-vis des partenaires du territoire.

Ainsi, dès lors que l'intervention des OSS se recentre autour des besoins des usagers et de leurs évolutions, la notion de territoire prend une consistance nouvelle. Le développement de la démarche de diagnostic territorial et de création d'observatoires témoigne de cette évolution. Longtemps considéré dans le champ de la Sécurité sociale comme un espace d'application de la réglementation nationale, un « espace fonctionnalisé »², la notion de territoire dans sa définition politique n'avait eu de sens qu'en matière d'action sanitaire et sociale et de dispositifs contractualisés. Cette modification de la perception du territoire dans les organismes est donc récente, à l'exception sans doute des CAF dont l'activité implique un partenariat renforcé avec les élus locaux. Elle s'inscrit par ailleurs dans un mouvement plus global de territorialisation des politiques publiques (réforme de l'administration territoriale de l'Etat en 2010, loi de modernisation de l'action publique territoriale et d'affirmation des métropoles en 2014).

L'évolution du concept même de performance ouvre ainsi des espaces de coopération sur la base des principes de proximité géographique et de personnalisation du service. L'utilisation de ces espaces paraît pourtant loin d'être généralisée.

▼ **Objet de la recherche-action**

La recherche-action se base sur les trois postulats suivants :

- La coopération entre organismes de sécurité sociale s'entend comme la volonté commune de construire, à partir d'un diagnostic partagé des besoins, un projet visant à développer une offre de service globale et pertinente sur un territoire ; elle se distingue de la mutualisation en tant qu'elle poursuit davantage un objectif de performance du service que de rationalisation des moyens.
- Le territoire sur lequel peuvent se construire des coopérations se définit comme une zone géographique sur laquelle les organismes de sécurité sociale ont compétence dans leurs domaines pour répondre aux besoins d'un public commun.
- La Sécurité sociale est une institution autonome qui se définit et se construit indépendamment des autres partenaires.

Par ailleurs, dans un souci de comparaison d'offres de service homogènes, l'étude a porté sur le champ des caisses prestataires (CPAM, CARSAT, CAF, MSA, RSI).

L'objet de la recherche-action est de recenser les exemples de coopérations inter-régimes ou interbranches entre organismes de sécurité sociale dans un territoire délimité (les départements du Rhône et de la Loire), de comprendre dans quel contexte et sur quels objectifs elles ont été mises en place, de qualifier les effets produits et enfin d'identifier les facteurs de réussite et les difficultés.

² LAFORE Robert, « Les territoires de la protection sociale » in Revue *Regards* (sous la coordination de Alain CHAILLAND et Claude BIGOT), n°41, janvier 2012, p.9-18.

L'analyse transversale de ces exemples vise à mettre en évidence les conditions dans lesquelles la Sécurité sociale en tant qu'institution pourrait davantage valoriser la proximité géographique au service de ses usagers et partenaires (assurés ou allocataires, collectivités territoriales, associations, bailleurs, professionnels de santé, etc.), mais aussi de ses propres agents (mobilité fonctionnelle, échanges de bonnes pratiques, connaissance des partenaires, etc.).

NOTRE DEMARCHE METHODOLOGIQUE

▼ Les terrains d'analyse :

Nous nous sommes concentrées sur les départements Loire-Rhône pour effectuer nos recherches. Outre leur proximité, ces départements nous paraissent particulièrement pertinents car ils sont de nature hétérogène, tant en termes de richesse économique que de niveau d'urbanisation. L'étude des organismes prestataires de ces territoires ainsi que la rencontre de leurs directeurs et agents de direction nous a aidées à identifier les critères facilitant la coopération territoriale.

Par ailleurs, nous avons limité notre recherche aux caisses prestataires du régime général, au régime agricole et au régime social des indépendants.

▼ Les hypothèses de travail :

Par ailleurs, nous nous appuyons sur des hypothèses de travail, que nous validerons ou non au cours de nos recherches.

1. La coopération entre OSS serait source d'efficacité et d'efficacités, et justifierait donc d'être développée.
2. Il existe de nombreuses coopérations entre OSS : les unions immobilières, la caisse commune de Lozère, la centralisation de la politique RH au niveau de l'UCANSS, etc. Cependant, celles-ci semblent avoir pour but de réaliser des économies d'échelle, plutôt que de développer une stratégie territoriale.
3. Les coopérations les plus pertinentes devraient reposer sur une logique territoriale.
4. Les OSS ont un rôle à jouer sur le territoire et sont créateurs de valeur au-delà du rôle de simple payeur-liquidateur.
5. Les actions de coopération engagées sur un territoire reposent davantage sur la volonté des agents de direction, sur leur connaissance et leur perception de ce territoire que sur des directives nationales.
6. Les caisses nationales ne favorisent pas les coopérations inter-branches car elles désirent conserver leurs prérogatives de pilotage de branche.

▼ La démarche :

La méthodologie se décline en trois axes :

- Une analyse bibliographique relative aux coopérations entre organisme et à la place du territoire dans la conception des politiques des OSS.
- Des entretiens semi-directifs auprès de différents organismes pour répertorier et analyser les relations de coopérations entre OSS.
- Un sondage auprès des élèves de la 54^{ème} promotion pour connaître leurs impressions face au terme « coopération ».
- Des fiche-outils qui peuvent constituer des supports d'aide à la mise en place de coopérations

▼ Lecture critique de la documentation :

Les documents que nous avons utilisés peuvent être classés en différentes catégories. Il s'agit tout d'abord des documents officiels propres aux caisses de Sécurité sociale. Les COGs et CPGs des différents organismes nous ont ainsi permis de réaliser dans quelle mesure la logique de coopération pouvait s'intégrer dans la politique des Caisses nationales et constituer pour les caisses locales un objectif à atteindre. Les documents produits par les caisses locales ont été fort utiles pour traduire la traduction concrète des coopérations.

Le recensement et l'analyse des documents officiels des autres institutions (LFSS, rapports parlementaires) nous ont permis d'adopter une approche plus globale, et de questionner la cohérence des politiques publiques entre elles.

Enfin la littérature scientifique et les ouvrages de différents auteurs nous ont permis de rencontrer le questionnement d'acteurs ne faisant pas partie des institutions publiques. De même, certains spécialistes se sont penchés sur des questions plus techniques liées à l'intégration des politiques des OSS dans leur territoire, plusieurs d'entre eux cherchant le meilleur moyen d'optimiser le binôme maillage institutionnel et réduction des coûts, posant ainsi en filigrane la question des coopérations entre OSS.

▼ Des entretiens semi-directifs

Notre stratégie d'analyse a consisté, à côté d'une analyse documentaire, en une enquête de terrain fondée sur la réalisation d'entretiens semi-directifs sur la base de guides d'entretien communs. Les questions posées ont été une première fois définies en groupe, pour arriver à une somme de 12 questions. Les premiers entretiens réalisés nous ont convaincu qu'il valait mieux revenir à quatre grands thèmes que nous abordions lors des entretiens, laissant ainsi librement l'interlocuteur développer sur le sujet. Cette évolution dans notre méthode d'entretien nous a semblé plus pertinente, car elle permettait à la personne interviewée d'exprimer son opinion, et de digresser, ouvrant ainsi notre réflexion. A partir des questions, nous avons souvent rebondi, par exemple, en demandant à nos interlocuteurs de détailler certaines actions qu'ils avaient mises en place.

Nos entretiens peuvent se décomposer en trois catégories :

Nous avons interrogé 8 caisses locales de notre zone de territoire (Loire-Rhône) de toutes les branches de la Sécurité sociale : 5 d'entre elles étaient du régime général et 3 issus des régimes dits alignés. Notre objectif était de répertorier les actions de coopération

sur le territoire et de comprendre les relations entre ces organismes. Deux volets successifs d'entretiens ont été menés. La première série visait à définir et identifier les enjeux et les facteurs de mise en œuvre ou non de coopérations sur le territoire concerné. La seconde série visait à contacter plus spécifiquement les managers en charge d'une coopération existante. Dans le cadre de l'étude de la Journée Portes ouvertes, l'EN3S a été également interrogée ainsi que les organismes participants.

Nous avons aussi interrogé lors d'entretiens formels 5 caisses nationales concernant le régime général et le régime agricole. Ces entretiens nous ont permis de situer les caisses nationales face aux coopérations locales et dans quelle mesure celles-ci peuvent les soutenir voire en être à l'origine. Dans le même esprit, nous avons réalisé un entretien avec la DSS, qui nous a précisé la position de l'Etat face à ces initiatives et un entretien auprès de l'UCANSS, qui nous a présenté sa politique en matière de ressources humaines.

Enfin, nous avons réalisé plusieurs entretiens informels avec des caisses ne relevant pas de notre territoire défini. En effet, nous avons considéré que des exemples d'échec ou de réussite de coopération pouvaient nous être utiles afin de comparer avec la situation dans le Loire-Rhône, tout en enrichissant notre partie « Propositions ».

Les entretiens visaient aussi à mieux comprendre les raisons des coopérations entre organismes de Sécurité sociale, ainsi que les contraintes formelles et informelles que rencontraient les acteurs pour faire valoir leurs intérêts. Il va de soi que les informations qu'il est possible de recueillir grâce aux entretiens ne sont pas infaillibles. Quoiqu'il en soit l'analyse croisée de ces entretiens et de la documentation écrite nous a permis d'éviter certains écueils. Ces entretiens ont participé à notre réflexion, menant parfois à l'abandon de certaines pistes, ou nous conduisant au contraire à approfondir certaines réflexions.

▼ **Le sondage auprès des élèves de la 54^{ème} promotion.**

Nous avons réalisé un sondage auprès des élèves de la 54^{ème} promotion de l'EN3S. La question à laquelle nos interlocuteurs devaient répondre était la suivante :

« En tant qu'élève de l'EN3S, qu'évoque pour vous en un mot le terme de coopération inter-régimes et inter-branches ? ».

Ces entretiens ont été effectués en tête-à-tête, l'élève devait fournir un mot dans les 15 secondes.

L'objectif de cet exercice était de comprendre la perception que pouvaient avoir les futurs dirigeants de la Sécurité sociale face à ce sujet, souvent soumis à controverse. Par ailleurs, ce sondage permettait aussi à certains salariés de la Sécurité sociale (les élèves internes) d'exprimer leur ressenti face à des actions auxquelles ils ont pu être acteurs.

Cela nous a permis d'ajuster l'une de nos problématiques sur le dépassement des préjugés abordé dans la deuxième partie.

Nous avons choisi de présenter les résultats de ce sondage sous la forme d'un nuage de mots afin d'aider à sa compréhension. En effet, la récurrence des réponses est proportionnelle à la taille de la police des mots représentés dans le nuage. Un tableau répertoriant l'ensemble des réponses une synthèse quantitative de celles-ci sont disponibles en annexe.

▼ Les fiches-action visant à une mise en œuvre réussie de coopérations

Les différentes fiches-outils que nous avons réalisées permettent d'identifier les facteurs de réussites des coopérations entre OSS. Elles visent également à recenser les écueils à éviter et les solutions à proposer pour maintenir vivante une coopération. Elles ont également pour objectif de synthétiser les éléments contextuels et pratiques identifiées au cours des deux premières parties de notre recherche-action.

Nous avons choisi la forme de fiches afin de rendre sa lecture simple et son utilisation la plus opérationnelle possible. Nous espérons que ces supports pourront être réutilisés par les caisses locales désireuses de mettre en place une coopération ou d'en mesurer la faisabilité.

▼ Les hypothèses de travail :

Enfin, nous nous appuyons sur des hypothèses de travail, que nous validerons ou non au cours de nos recherches.

1. La coopération entre OSS serait source d'efficacité et d'efficacités, et justifierait donc d'être développée.
2. Il existe de nombreuses coopérations entre OSS : les unions immobilières, la caisse commune de Lozère, la centralisation de la politique RH au niveau de l'UCANSS, etc. Cependant, celles-ci semblent avoir pour but de réaliser des économies d'échelle, plutôt que de développer une stratégie territoriale.
3. Les coopérations les plus pertinentes devraient reposer sur une logique territoriale.
4. Les OSS ont un rôle à jouer sur le territoire et sont créateurs de valeur au-delà du rôle de simple payeur-liquidateur.
5. Les actions de coopération engagées sur un territoire reposent davantage sur la volonté des agents de direction, sur leur connaissance et leur perception de ce territoire que sur des directives nationales.
6. Les caisses nationales ne favorisent pas les coopérations inter-branches car elles désirent conserver leurs prérogatives de pilotage de branche.

L'étude du phénomène des coopérations entre organismes de sécurité sociale nécessite de partir d'exemples concrets dans le territoire observé. Pour identifier ces pratiques, nous nous sommes fiées aux indications fournies par nos interlocuteurs, ce qui nous a posé deux types de difficultés. D'une part, le nombre d'exemples de coopérations indiquées s'est révélé limité, et d'autre part, certaines ne correspondaient pas à la définition que nous nous sommes données de la coopération, mais davantage à celle de la mutualisation (hébergement du service social CARSAT dans les CPAM par exemple).

En approfondissant nos échanges, nous avons identifié tardivement d'autres projets, que nous n'avons pas pu analyser faute de temps, à l'instar des différentes actions menées par les régimes alignés de retraite dans la perspective de la mise en œuvre de la liquidation unique.

Nous avons aussi choisi de ne pas étudier certaines actions ayant fait ou faisant actuellement l'objet d'une autre recherche action, à l'exemple du « rendez-vous des droits » ou encore des partenariats autour de la lutte contre la fraude.

A. Quatre exemples de coopération ont retenu notre attention pour illustrer la diversité des coopérations observées sur le territoire

Nous avons finalement concentré nos recherches sur 4 coopérations. Le premier exemple est une offre de service conjointe CAF et CPAM dans le cadre de l'accueil physique, avec la coanimation d'un espace multiservices dans les locaux partagés de l'union immobilière à Saint-Etienne. Cet exemple a retenu notre attention parce que l'accueil semble particulièrement adapté au développement d'une prise en charge commune des usagers, au sens d'un guichet unique. De plus, la particularité de cette action est d'avoir pris fin pour des raisons qui éclairent les conditions de réussite des coopérations.

Les deux exemples qui suivent relèvent de la construction d'offres de services fondées sur la notion de parcours de vie. Il s'agit d'une part de la démarche de parcours clients élaborée par la CNAMTS, et d'autre part de l'offre de prévention senior déployée par les régimes de retraite (CARSAT, MSA, RSI) dans le cadre du programme Bien vieillir. Concernant les parcours clients, nous avons fait le choix de nous concentrer sur seulement l'un d'entre eux, le parcours invalidité. Cette décision a été prise au vu de la difficulté à rassembler les informations, et considérant que la démarche pouvait être similaire sur les autres parcours (maternité, perte d'un proche, etc.), il nous a paru plus utile d'approfondir d'autres exemples.

Enfin, le dernier cas analysé est celui de la journée porte ouverte de la Sécurité sociale dans le département de la Loire. Il s'agit d'une spécificité du territoire de la Loire, qui repose sur la présence de l'EN3S et son implication dans l'impulsion et la coordination de cet événement qui, à notre connaissance, n'est pas développé ailleurs. Cet exemple a d'ailleurs été cité par tous nos interlocuteurs dans le département.

L'analyse complète de ces exemples nous a parfois demandé de multiples entretiens pour en cerner les enjeux et les effets. Les conditions de réalisation de cette enquête de terrain est ainsi révélatrice de la faible sensibilisation des cadres et agents de direction aux projets de coopérations. Toutefois, les 4 exemples retenus sont complémentaires dans leurs objets et leurs modalités de mise en œuvre, et permettent ainsi de rendre compte des différentes manières d'aborder la question de la coopération dans les organismes. Pour faciliter la lecture croisée, les exemples sont présentés selon la même grille d'observation.

B. Présentation comparée des quatre coopérations inter-branches ou inter-régimes mises en œuvre sur le territoire

1. L'accueil commun : l'accueil commun CAF et CPAM de la Loire à Saint-Etienne

Objet de la coopération	
De quoi s'agit-il ?	<p>La coopération entre la CAF et la CPAM a concerné la création et la co-animation d'un espace multiservices commun à l'accueil au siège de Saint-Etienne (en union immobilière).</p> <p>Immédiatement accessible en entrant dans l'accueil, l'espace multi-services a été conçu comme un filtre à l'entrée des assurés et allocataires, prenant directement en charge les demandes pouvant être réglées dans cet espace.</p>
Quels sont les objectifs ?	<p>Simplifier les démarches de l'utilisateur.</p> <p>Promouvoir une image unifiée de la sécurité sociale.</p>
Quelles sont les actions concrètes mises en place dans le cadre de cette coopération ?	<ul style="list-style-type: none"> - L'espace multiservices a été aménagé avec l'installation d'un mobilier spécifique (banque haute et tabourets hauts) et de 4 postes informatiques permettant d'accéder aux deux portails internet. Cet aménagement a cohabité avec des bornes multiservices de chaque branche, qui ne font pas l'objet d'une co-animation. - Les deux caisses ont affecté du personnel dédié, les agents étant présents alternativement sur l'espace multiservices : <ul style="list-style-type: none"> - 3 agents de la CPAM : des techniciens information orientation (TIO) ne prenant en charge que l'accompagnement des usagers sur les téléservices mais n'étant pas qualifiés sur les autres métiers de l'accueil. Ils ont été mobilisés par ailleurs sur le programme PRADO. - 1 agent de la CAF : une secrétaire positionnée à mi-temps sur cette action, formée uniquement sur les téléservices mais pas aux autres métiers de l'accueil. - Les agents ont été formés sur les usages basiques des téléservices de chaque branche accessibles sur les postes informatiques, mais pas aux fonctionnalités des bornes multi-services qui restent spécifiques à chaque branche et nécessitent des compétences en législation.
A qui s'adresse la coopération ? Quel est le public cible ?	<p>La coopération s'adressait aux assurés et aux allocataires. Il s'agissait de simplifier leurs démarches en leur permettant d'accéder aux téléservices des deux branches sur le même poste informatique et d'être accompagné par un même agent.</p>

Périmètre de la coopération	
Echelle de la coopération	Il s'agissait d'une coopération inter-branches.
Acteurs de la coopération : organismes impliqués, autres OSS concernés, partenaires éventuels ? Quelles sont les raisons de ce choix ?	<p>2 organismes ont été impliqués dans cette coopération : la CPAM de la Loire et la CAF de la Loire, toutes deux partageant en union immobilière leur siège de Saint-Etienne.</p> <p>L'union immobilière incluant le siège de l'URSSAF, cette dernière aurait pu être concernée également, mais l'accueil des cotisants se fait par une entrée séparée. Il existe des publics communs CAF-URSSAF</p>

Quels autres acteurs cette coopération aurait-elle pu impliquer ?	(particuliers employeurs d'assistants maternels) et CPAM-URSSAF (professionnels de santé employeurs) mais dans des volumes faibles.
Quel est le territoire de mise en œuvre de la coopération ? Quelles sont les raisons de ce choix ? Quels autres territoires cette coopération aurait-elle pu impliquer ?	La coopération a eu lieu sur le site de Saint-Etienne. Elle a été facilitée par l'existence d'une union immobilière. La coopération entre la CAF et la CPAM sur l'accueil concerne aussi deux permanences dans des communes du département, la CPAM prenant en charge l'accueil de premier niveau sur l'une, et la CAF sur l'autre, chaque agent recevant indifféremment les assurés et allocataires. Cette organisation répond aussi à une logique d'optimisation de moyens.

Construction de la coopération	
Quelles sont les raisons de la mise en place de cette coopération ?	La configuration des locaux a été déterminante dans la décision de mettre en place cette coopération. C'est le fait d'accueillir les assurés et allocataires dans le même espace qui a conduit les organismes à proposer une offre de service conjointe pour des demandes similaires.
Quelle est l'origine de cette coopération ? (Qui ? Quand ? Comment ?) Quelles ont été les principales étapes ?	C'est plutôt la CPAM qui a initié le projet. Cela s'explique par le fait qu'à l'époque, seule la branche maladie avait des objectifs en termes d'usage des téléservices. Pour la CAF, c'est par le lancement de l'espace multiservices qu'a débuté l'usage des téléservices à l'accueil. L'espace commun a été ouvert en novembre 2013, il a fonctionné pendant environ 18 mois avant d'être fermé mi 2015.

Pilotage de la coopération	
Qui pilote ? Quelle gouvernance ?	Le pilotage de l'action s'est fait dans le cadre du pilotage global de la convention de partenariat entre la CAF et la CPAM, qui réunit une instance annuelle dédiée. Le suivi opérationnel était réalisé par les responsables de l'accueil dans chacune des caisses, sans formalisation particulière. Par exemple, il n'existait pas de planning commun de gestion des permanences.
La coopération est-elle formalisée ? Comment (convention, charte) ? Sinon, sur quoi repose-t-elle ? (confiance, relations personnelles, etc.) ?	La coopération sur l'accueil a été inscrite dans une convention plus large entre la CAF et la CPAM (en annexe) qui s'est progressivement étoffée. Au départ, il s'agissait surtout d'échanges de données, notamment pour faciliter la mise à jour des adresses des assurés par la CPAM, les fichiers de la CAF étant plus fiables. Puis, elle a été étendue aux bénéficiaires du RSA, afin de leur faire bénéficier de la CMU-C. C'est aujourd'hui la CAF qui transmet la demande de CMU-C à la CPAM. Cette coopération permet de pallier le manque d'automatisation des systèmes d'information. La convention comprend également la participation de la CAF aux parcours clients mis en œuvre par la CPAM (maternité, CMU-C).
Existe-t-il des outils facilitant ce type de coopération ? Sont-ils mobilisés ? (outil RH, SI) ?	Aucun outil particulier n'a été utilisé, en dehors de l'aménagement de l'espace (achat d'un nouveau mobilier pour disposer les ordinateurs) et de configurations informatiques pour accéder aux téléservices des 2 branches sur le même poste. Une brève sensibilisation a été effectuée auprès des agents concernés.
L'un des organismes est-il plus porteur que les autres ? Pourquoi ? Comment cela se manifeste-	La CPAM semble avoir été davantage contributrice en termes de mobilisation de personnel. Néanmoins, il n'a pas été fait de suivi particulier de la présence effective des personnels dans l'espace multiservices. Cette contribution ne pose pas de problème au

t-il ?	responsable de la relation clients de la CPAM, dans la mesure où la CPAM avait été plus demandeuse que la CAF. Par ailleurs, les deux caisses se sont partagées à part égale les coûts liés à la mise en place de l'espace.
Quel est le rôle de la caisse nationale ? Quel impact l'implication ou non de la caisse nationale a-t-elle dans la réussite et/ou l'échec de la coopération ?	L'accueil commun a été une initiative locale dans laquelle les caisses nationales n'ont eu un aucun rôle lors de sa mise en place. En revanche, l'extinction de la coopération a été provoquée par des facteurs essentiellement nationaux : <ul style="list-style-type: none"> - La mise en place des nouvelles doctrines nationales d'accueil s'est révélée incompatible avec le maintien de la coopération. Côté CPAM, le maintien des TIO est impossible au regard des exigences du nouveau métier d'agent d'accueil, qui est désormais polyvalent. Celui-ci doit être capable d'évaluer tous les besoins des assurés se présentant à l'accueil, de répondre aux questions de premier niveau, de les accompagner sur les téléservices, mais aussi de les recevoir en rendez-vous. Cette exigence de polyvalence a requis une montée en compétence des agents de la CPAM sur la législation et les outils de la branche maladie. Côté CAF, il reste deux métiers distincts à l'accueil, certains agents n'étant mobilisés que sur les téléservices et la réponse de premier niveau et/ou la réponse téléphonique, tandis que d'autres assurent les rendez-vous. Le développement des outils en ligne a également nécessité une montée en compétence des agents. <ul style="list-style-type: none"> - Dans l'application des directives nationales, certains choix de gestion ont entériné la rupture (marché distinct pour les outils de prise de rendez-vous et l'appel des usagers au guichet). De plus, la CAF et la CPAM ont du mal à mettre en cohérence les instructions nationales distinctes sur la nouvelle signalétique. - Plus généralement, les caisses nationales cherchent à sortir du modèle des unions immobilières qui génèrent d'importantes difficultés de gestion et contredisent leurs politiques immobilières respectives.

Bilan de la coopération	
Les résultats : les objectifs sont-ils atteints ? La coopération fonctionne-t-elle ?	L'action a donné lieu à un suivi quantitatif de la fréquentation (200 à 300 usagers pris en charge dans cet espace chaque jour) mais non à une enquête de satisfaction clients, en raison de la courte durée de l'opération. Rétrospectivement, l'action est perçue positivement par le responsable de la relation clients de la CPAM. Pour lui, l'action a contribué à la réduction des files d'attentes et donc à une meilleure gestion des flux. De plus, elle a permis d'habituer les assurés aux téléservices, et de leur faire gagner du temps en réalisant leurs démarches dans les deux branches. La responsable accueil de la CAF confirme l'intérêt de l'action pour acculturer les allocataires aux téléservices. Elle est plus mitigée sur le reste, considérant que l'espace n'était pas très ergonomique et que, pour certains usagers qui ont déjà des difficultés à comprendre la répartition des missions entre la CPAM et la CAF, ce type d'action risque de renforcer leur confusion. La différence de point de vue entre les cadres des services peut être liée au fait qu'ils ont été plus (CPAM) ou moins (CAF) fortement associés au projet par leur direction respective.
Qu'est-ce que la coopération a produit qui n'était pas attendu dans les objectifs ?	L'action a permis d'habituer les agents d'accueil aux téléservices comme nouveau mode de réponse à l'utilisateur. Le développement d'un réflexe de renvoi vers les outils en ligne facilite aujourd'hui la mise en place de l'accueil sur rendez-vous.
Quelles sont les perspectives pour la suite ?	Malgré ses points positifs, l'arrêt de la coopération n'est pas perçu comme problématique par les cadres rencontrés. Au contraire, le retour à l'autonomie de chacun est apprécié dans le contexte de mise

	<p>en place des nouvelles modalités d'accueil.</p> <p>La dissolution de l'union immobilière est prévue à l'horizon 2018 avec la vente de l'immeuble et l'installation des 3 organismes dans des bâtiments distincts mais néanmoins voisins. Aucune offre de service commune n'est actuellement envisagée concernant l'accueil des usagers dans les futurs locaux.</p>
--	---

Analyse	
En quoi la co-animation de l'espace multiservices répond-elle à la définition de la coopération ?	<p>La co-animation de l'espace multiservice a constitué une nouvelle offre de service conjointe de la CAF et de la CPAM, favorisée par l'existence d'un espace d'accueil commun. Elle a consisté à faire prendre en charge l'accompagnement des usagers sur l'ensemble des outils numériques par un agent de l'une ou l'autre branche indifféremment.</p>
Les facteurs de réussite	<p>Lors de la mise en place de la coopération, plusieurs conditions de réussite étaient réunies :</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Intérêt commun</u> : une partie des usagers sont communs aux deux caisses et viennent réaliser des démarches similaires. - <u>Conditions matérielles</u> : la configuration des locaux a permis de concevoir un espace multiservices commun sans nécessiter des aménagements trop importants ; les coûts liés à cette action (mise à disposition de personnel, achats initiaux) n'ont pas été un obstacle. - <u>Portage local</u> : la volonté existait de part et d'autre pour construire une offre de service conjointe pour les usagers, le portage plus volontaire par la CPAM ayant permis de soutenir l'action dans la durée.
Les difficultés	<p>L'évolution de ces 3 conditions a rendu impossible le maintien de la coopération :</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Rôle des caisses nationales</u> : l'application des directives nationales sur l'accueil a conduit à l'abandon de la coopération. En effet, les doctrines nationales d'accueil ont été pensées séparément. Même si elles se rejoignent dans leurs principes (rendre autonomes les usagers sur les demandes simples grâce aux téléservices et accueillir sur rendez-vous les usagers dont la situation le justifie), leurs modalités de mise en œuvre ne sont pas facilement conciliables entre les branches (conception des métiers d'accueil, signalétique, outils de gestion des rendez-vous). - <u>Ressources humaines</u> : les nouveaux métiers d'accueil sont différents selon les branches et nécessitent de part et d'autre une montée en compétences des agents. Dans ce contexte, les cadres rencontrés considèrent inopportun de développer une polyvalence inter-branches y compris sur la réponse de premier niveau. - <u>Conditions matérielles et rôle des caisses nationales</u> : les politiques immobilières de branche conduisent à l'éclatement de l'union immobilière. - <u>Formalisation</u> : l'action n'aurait sans doute pas été soutenable à long terme, eu égard à la faible formalisation de la gestion quotidienne de cette activité.

2. Le parcours invalidité CARSAT / CPAM

Objet de la coopération	
De quoi s'agit-il ?	<p>Le parcours attentionné « Passage en invalidité » est l'une des 9 offres nationales de services initiées par l'Assurance maladie et mises en œuvre avec ses partenaires, pour faciliter l'accès aux droits et aux soins des populations en situation de fragilité.</p> <p>En l'occurrence, le parcours invalidité consiste à accompagner le passage des assurés dans le statut d'invalidité en coordonnant l'action de la CPAM et du service social de la CARSAT.</p> <p>En Rhône-Alpes, le parcours a été complété par une coopération entre les mêmes organismes pour fluidifier le passage de l'invalidité à la retraite.</p>
Quels sont les objectifs ?	<p>Le parcours invalidité a pour objectif d'améliorer la qualité de service à l'assuré : en favorisant la détection des situations à prendre en charge, en facilitant les démarches des assurés (informations administratives et médicales, aide à la constitution du dossier) et en évitant les ruptures de ressources (entre IJ maladie et pension invalidité, ou entre AAH et pension invalidité, ou entre pension invalidité et pension de retraite).</p> <p>La définition du parcours vise aussi à améliorer l'efficacité des organismes dans la gestion des dossiers concernés avec par exemple des objectifs internes de diminution des contacts entrants et des indus.</p>
Quelles sont les actions concrètes mises en place dans le cadre de cette coopération ?	<p>L'accompagnement de l'assuré dans ses démarches lors d'un passage en invalidité puis dans l'acceptation du changement de statut (nouveau statut d'invalidité) se réalise par :</p> <ul style="list-style-type: none"> - un accueil et un suivi en binôme CPAM/CARSAT sur la base de données consolidées en amont avec les données de la CAF si besoin ; - une uniformisation des documents remis par n'importe quel acteur (plaquette d'information, formulaire, courrier d'accompagnement et de décision, etc.) ; - un partage des données entre les différents acteurs du parcours afin d'éviter la redondance des pièces justificatives et de fluidifier le traitement des dossiers ; - la complémentarité des compétences des professionnels administratifs, sociaux et médicaux pour répondre globalement à l'assuré sur ses droits (calcul du montant de la pension), ses soins (accompagnement médical), ses obligations (déclaration de ressources et contrôles). <p>Dans le cadre du parcours étendu pour les invalides nouveaux retraités, il s'agit essentiellement d'échanges de données qui fonctionnent comme une alerte de la CPAM ou de la CAF vers la CARSAT pour l'ouverture d'un dossier retraite et l'information de l'assuré.</p>
A qui s'adresse la coopération ? Quel est le public cible ?	<p>Le parcours national s'adresse aux assurés non retraités en arrêt de travail longue durée détectés par le médecin du travail ou sur décision du médecin-conseil (IJ de plus de 90 jours) et/ou bénéficiaires de minima sociaux (AAH, RSA) et qui sont susceptibles d'être bénéficiaires d'une pension invalidité.</p> <p>Le parcours complémentaire développé en Rhône-Alpes s'adresse aux invalides atteignant l'âge de la retraite.</p>

Périmètre de la coopération	
Echelle de la coopération	Il s'agit d'une coopération inter-branches
Acteurs de la coopération : organismes impliqués, autres OSS concernés, partenaires éventuels ? Quelles sont les raisons de ce choix ? Quels autres acteurs cette coopération aurait-elle pu impliquer ?	Quatre organismes sont impliqués dans cette coopération : la CPAM, l'échelon local du service médical, la CARSAT (retraite et service social) et la CAF. Chacun de ces organismes gère une partie des droits de ces usagers communs. Le régime agricole gère sa propre offre de service dans le cadre du « guichet unique » sans qu'il ait été envisagé de coopérations inter-régimes dans ce domaine. La législation prévoit en effet que le passage en invalidité soit pris en charge dans le même régime de versement des IJ précédentes.
Quel est le territoire de mise en œuvre de la coopération ? Quelles sont les raisons de ce choix ? Quels autres territoires cette coopération aurait-elle pu impliquer ?	Le parcours invalidité est mis en œuvre sur le territoire national. Le volet complémentaire pour les invalides passant en retraite est mis en œuvre sur la région Rhône-Alpes. Dans ce cadre, la CARSAT Rhône-Alpes coopère avec l'ensemble des CPAM de la région dans des conditions similaires. Chacune des CPAM a développé des échanges avec les CAF départementales, notamment pour l'accès aux données ressources de CAFPRO.

Construction de la coopération	
Quelles sont les raisons de la mise en place de cette coopération ?	Cette coopération s'inscrit dans le cadre du déploiement des parcours attentionnés coordonnés définis par la CNAMTS depuis la COG 2006-2009, confirmée par les suivantes. La finalité globale est d'optimiser le parcours social de l'assuré et de mieux répondre aux enjeux sociétaux de réduction des inégalités de santé, de prévention des situations de fragilisation sociale et sanitaire et de régulation du système sanitaire et social.
Quelle est l'origine de cette coopération ? (Qui ? Quand ? Comment ?) Quelles ont été les principales étapes ?	Le parcours « passage en invalidité » est le résultat d'un groupe de travail piloté par la CNAMTS, composé de plusieurs CPAM (Foix, Mâcon, Creil, Amiens, Saint Briec et Le Mans) et en collaboration avec le service social. Il s'appuie sur une analyse du processus menée dans le cadre de travaux de l'Action Pilote Régionale Midi-Pyrénées. Le parcours est encadré par deux lettres réseau conjointes CNAMTS/CNAV de 2007 et 2011 (cf Annexe). Le parcours invalidité (tout comme les autres parcours) s'est trouvé renforcé par la démarche PLANIR initiée depuis 2 ans, qui structure les actions locales communes CPAM, service médical et service social CARSAT autour du risque de rupture de droits, dans une approche partenariale intégrant d'autres acteurs du territoire.

Pilotage de la coopération	
Qui pilote ? Quelle gouvernance ?	La lettre circulaire commune CNAMTS/CNAV positionne clairement le service social comme l'acteur chargé de l'optimisation du parcours social de l'assuré. Des cellules de coordinations locales et régionales assurent le pilotage local de la coopération.
La coopération est-elle formalisée ? Comment (convention, charte) ? Sinon, sur quoi repose-t-elle ? (confiance, relations personnelles...)?	Le parcours est encadré par une lettre réseau nationale particulièrement détaillée laissant une marge de manœuvre très faible aux organismes dans les modalités de mise en œuvre. En Rhône-Alpes, les actions sont formalisées par une convention de partenariat entre la CARSAT et la CPAM, des protocoles d'actions concertées (PLACS) et des chartes de fonctionnement de l'accueil du service social CARSAT dans les accueils CPAM
Existe-t-il des outils facilitant ce type de coopération ? Sont-ils mobilisés pour accompagner/ mettre en œuvre cette coopération ? (outil RH, SI) ?	Au-delà du cadrage réglementaire, les outils utilisés relèvent principalement de la documentation et de la communication. Il existe ainsi des supports standardisés mis à disposition des organismes : diaporama présentant l'offre de service, plaquette d'information, modèles-types de courriers et de scripts téléphoniques. Les systèmes d'informations permettent les échanges de données : Hypocrate pour l'échange de fichiers sécurisé (avis médicaux) entre le service médical et les services administratifs, CAFPRO pour la consultation des prestations sociales versées par la CAF.
L'un des organismes est-il plus porteur que les autres ? Pourquoi ? Comment cela se manifeste-t-il ?	Les CPAM et la CARSAT semblent déployer la même attention à la réussite de ce parcours.
Quel est le rôle de la caisse nationale ? Quel impact l'implication ou non de la caisse nationale a-t-elle dans la réussite et/ou l'échec de la coopération ?	Les caisses nationales CNAMTS et CNAV ont standardisé l'offre. Elles imposent un cadre et des modalités de fonctionnement expérimentées et éprouvées : le parcours invalidité a été expérimenté par des caisses locales avant d'être généralisé). Le déploiement des parcours est inscrit dans les CPG signés avec les caisses locales, ce qui fixe les priorités et l'importance donnée aux actions.

Bilan de la coopération	
Les résultats : les objectifs sont-ils atteints ? La coopération fonctionne-t-elle ?	Les enquêtes de satisfaction auprès des assurés sont positives ainsi que les taux de participation aux réunions d'information sont élevés : 94,5% des usagers du service social se disent « très » ou « plutôt satisfaits » du service social de la CARSAT Rhône-Alpes ³ . Selon les responsables de service, les agents se disent satisfaits de leur travail. Selon eux, ces actions qui donnent du sens à leurs activités car elles offrent par une approche globale de l'assuré et facilitent les échanges de données cruciales pour le bon déroulement du parcours (informations médico-administratives, ressources, conditions de vie, fragilité et alertes, etc).
Qu'est-ce que la coopération a produit qui n'était pas attendu dans les objectifs ?	Le parcours « passage en invalidité » a donné lieu à une action complémentaire sur le passage à la retraite des invalides.
Quelles sont les perspectives pour la suite ?	Pas d'indications d'évolution à ce jour.

³ Rapport d'activité 2014 de la CARSAT Rhône-Alpes

Analyse	
En quoi le parcours invalidité répond-il à la définition de la coopération ?	Ce parcours vise l'amélioration de la prise en charge d'un public cible, grâce à l'action coordonnée de quatre organismes. Bien que l'impulsion et le cadrage soient nationaux, quelques initiatives locales ont permis d'en étendre le contenu et d'en améliorer la performance.
Les facteurs de réussite	<p>La réussite de cette coopération repose sur plusieurs facteurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Cadrage national</u> : le parcours invalidité relève d'une logique descendante visant à homogénéiser l'offre de service sur le territoire national. La coopération s'exprime dès le niveau national par la lettre réseau conjointe CNAMTS/CNAV et favorise l'implication des différents organismes dans la déclinaison locale ; - <u>Intérêt commun</u> : le parcours invalidité prend en charge un événement de la vie des assurés qui nécessite une intervention de plusieurs organismes, dans le but de fluidifier la gestion des dossiers. Cet intérêt se comprend tant du point de vue de l'assuré dont les démarches sont simplifiées, que de celui des organismes eux-mêmes qui gagnent en efficience (réduction des contacts entrants et des indus) ; - <u>Impulsion nationale</u> corrélée à cet intérêt évident à collaborer a permis de structurer la coopération et même de l'étendre, grâce au travail en réseau développé autour du service social (cellules de coordinations locales et régionales) - <u>Portage</u> : la visibilité du positionnement du service social pour l'ensemble des partenaires clarifie le pilotage sans nuire à l'implication des autres acteurs dont le rôle est bien établi.
Les difficultés	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Conditions matérielles</u> : les systèmes d'informations restent perfectibles au regard des nombreux rejets informatiques lors des échanges de fichiers ; - <u>Ressources humaines</u> : on constate un manque de moyens et/ou de disponibilités de certains partenaires. La CPAM de la Loire a récemment redéployé le personnel affecté au parcours : un agent d'accueil assure désormais les réunions d'information ; - <u>Incidence forte du contexte socio-économique</u> : la charge de travail a augmenté du fait de l'accroissement du nombre de bénéficiaires du RSA et de l'AAH ; - <u>Complexité de la réglementation</u> : l'invalidité demeure un domaine où la réglementation est particulièrement complexe et où la coopération entre organismes ne suffit pas à simplifier vis-à-vis de l'utilisateur. De plus, le parcours doit s'adapter aux évolutions législatives : par exemple, report sur demande de l'invalidé de l'âge butoir de passage à la retraite à 65 ans au lieu de 60 ou 62 ans, différant les conséquences financières pour les bénéficiaires.

3. Le programme Bien vieillir : le GCSMS Atouts prévention

Objet de la coopération	
De quoi s'agit-il ?	Atouts prévention est un groupement de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS) créé en 2013 par l'union des caisses CARSAT, MSA, RSI, CANSSM et ANGDM dans le cadre du programme « bien vieillir ».
Quels sont les objectifs ?	L'ambition GCSMS d'Atouts Prévention Rhône-Alpes est de porter collectivement une politique active de prévention pour le maintien de l'autonomie et de construire un véritable parcours à l'attention des futurs retraités et des retraités. Ainsi la stratégie inter-régimes vise : <ul style="list-style-type: none"> - une équité de traitement de tous les publics, quel que soit le régime d'appartenance, - une meilleure couverture du territoire, - une meilleure lisibilité de l'offre commune d'action sociale de la Sécurité sociale vis à vis de ses ressortissants et aussi auprès des partenaires et des pouvoirs publics.
Quelles sont les actions concrètes mises en place dans le cadre de cette coopération ?	3 axes d'actions sont développés : <ul style="list-style-type: none"> - Informer et conseiller les retraités ou comment "bien vivre sa retraite" ; - Proposer des ateliers de prévention favorisant le bien vieillir sur diverses problématiques (nutrition et équilibre alimentaire, maintien de l'équilibre, activation cérébrale et atelier mémoire, bien être et santé) ; - Accompagner le maintien à domicile des retraités fragilisés à partir d'une évaluation personnalisée des besoins à domicile en proposant une offre de services diversifiée (assistance et sécurité, accompagnement dans le maintien du lien social, adaptation de l'habitat, informations et conseils en prévention, orientations vers des ateliers de prévention). <p>Dans ce cadre, une aide a été créée au sein même du GCSMS, l'ARDH (allocation de retour au domicile après hospitalisation) en septembre 2015. Elle remplace les allocations précédentes que chaque caisse avait mis en place pour cette thématique.</p>
A qui s'adresse la coopération ? quel est le public cible ?	Les futurs retraités et retraités quelque soit leur régime.

Périmètre de la coopération	
Echelle de la coopération	C'est une coopération inter-régimes.
Acteurs de la coopération : organismes impliqués, autres OSS concernés, partenaires éventuels ?	CARSAT Rhône-Alpes, MSA Ain-Rhône, MSA Alpes du Nord et MSA Ardèche-Drôme-Loire, RSI des Alpes et RSI région Rhône, CANSSM (Caisse Autonome Nationale de la Sécurité Sociale dans les Mines) et ANGDM (Agence Nationale pour la Garantie des Droits des Mineurs).
Quelles sont les raisons de ce choix ?	Autres organismes impliqués : l'ARS, les Conseils Départementaux, le Comité Régional de Coordination des Caisses de Retraite Complémentaire (CRCAS), les régimes de retraite de la fonction publique (CNRACL) et le régime des Industries Electriques et Gazières (CAMIEG).
Quels autres acteurs cette coopération aurait-elle pu impliquer ?	
Quel est le territoire de mise en œuvre de la	Le territoire Rhône Alpes correspond à la région administrative Rhône Alpes, qui est le même que celui de la CARSAT (rôle moteur de la

<p>coopération ? Quelles sont les raisons de ce choix ? Quels autres territoires cette coopération aurait-elle pu impliquer ?</p>	<p>coopération) et de l'ARS. La coopération peut alors s'avérer variable en fonction du partenaire extérieur :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ainsi les départements de la Loire et de l'Isère sont des départements où le GCSMS intervient beaucoup. C'est notamment lié au passé des Conseils départementaux très mobilisés sur la prévention. - Dans le cadre du GCSMS, les actions de la MSA réalisées sur le territoire sont organisées avec le CLIC (centre local d'info concertée), parfois transformé en MDPH. Les actions peuvent varier en fonction de la personnalité des responsables de ces CLIC, voire des directeurs des MDPH.
--	---

Construction de la coopération	
<p>Quelles sont les raisons de la mise en place de cette coopération ?</p>	<p>En janvier 2014 a été signée une convention entre la CNAV, la CCMSA et le RSI « La Retraite pour le Bien Vieillir. Les caisses locales ont ainsi été fortement incitées à s'organiser sur le territoire. Cette convention répondait aux objectifs COG de la CNAV, CCMSA et RSI.</p> <p>Face aux différentes formes d'association, le GCSMS a été privilégié par les administrateurs des caisses, et notamment de la CARSAT, en raison de son caractère médico-social. La forme de Groupement d'intérêt économique était trop marquée par l'approche financière et économique et la création du ARSEPT (association régionale santé éducation et prévention sur les territoires) trop marquée « MSA ».</p>
<p>Quelle est l'origine de cette coopération ? (Qui ? Quand ? Comment ?) Quelles ont été les principales étapes ?</p>	<p>Il existait auparavant plusieurs initiatives régionales autour de la prévention et du maintien dans l'autonomie (programme de prévention personnalisé et ateliers collectifs par la CARSAT Rhône-Alpes, programme de prévention des chutes et d'aide aux aidants par la CARSAT Bourgogne-Franche-Comté, etc.).</p> <p>Ces expérimentations locales ont inspiré les caisses nationales et notamment la CNAV, qui, à l'occasion de sa COG 2009-2013, a opéré un virage pour passer d'une action sociale vieillisse individuelle à un accompagnement global de la personne âgée. Cette politique est développée autour de 3 niveaux de prévention pour bien vieillir traduits par une offre de service déclinée en région.</p> <p>Par l'intermédiaire des CPG, les caisses nationales ont fixé aux caisses locales l'objectif de coopérer. Les caisses de Rhône-Alpes ont alors choisi la forme du GCSMS pour coopérer.</p>

Pilotage de la coopération	
<p>Qui pilote ? Quelle gouvernance ?</p>	<p>Le pilotage du GSMS est assuré par :</p> <ul style="list-style-type: none"> - un Délégué général : le Directeur de la Carsat Rhône-Alpes, - un vice-Délégué général : le Directeur de l'association régionale des organismes MSA en Rhône-Alpes, - un Contrôleur aux comptes : l'Agent comptable du RSI des Alpes. <p>Des instances ont été mises en place : un comité stratégique, un comité opérationnel, une assemblée générale annuelle. Une équipe technique de 3 personnes est mobilisée.</p> <p>Le groupement s'appuie sur les compétences existantes au niveau des caisses membres avec une coordinatrice régionale, une chargée de mission et une assistante technique, qui travaillent en coordination</p>

	avec les Directions d'Action Sociale de chaque organisme fondateur. Des relais dans les départements avec des référents «évaluation» et des binômes en prévention internes aux caisses ont été mis en place. Le siège social d'Atouts Prévention Rhône-Alpes est hébergé au sein des locaux de la Carsat Rhône -Alpes.
La coopération est-elle formalisée ? Comment (convention, charte) ? Sinon, sur quoi repose-t-elle ? (confiance, relations personnelles...)?	La coopération est formalisée par une convention.
Existe-t-il des outils facilitant ce type de coopération ? Sont-ils mobilisés pour accompagner/ mettre en œuvre cette coopération ? (outil RH, SI) ?	Hormis la structure juridique, le groupement s'appuie sur les compétences existantes au niveau des caisses membres avec une coordinatrice régionale, une chargée de mission et une assistante technique, qui travaillent en coordination avec les Directions d'Action Sociale de chaque organisme fondateur.
L'un des organismes est-il plus porteur que les autres ? Pourquoi ? Comment cela se manifeste-t-il ?	La CARSAT est dans l'ensemble plus porteuse que les autres régimes du fait de ses effectifs et de ses moyens financiers. Elle organise ainsi la plupart des actions. Les MSA sont particulièrement présentes pour les actions réalisées dans les zones rurales, où se retrouvent la plupart de leurs allocataires. Les caisses de RSI, du fait de leur histoire, commencent à s'engager dans le domaine de la prévention. Elles sont aujourd'hui présentes pour l'aide au maintien à domicile.
Quel est le rôle de la caisse nationale ? Quel impact l'implication ou non de la caisse nationale a-t-elle dans la réussite et/ou l'échec de la coopération ?	Les caisses nationales ont joué un rôle de moteur, en imposant la coopération aux caisses et celles-ci ont choisi leur forme juridique de coopération. Le rôle des caisses nationales est donc ici un facteur déterminant pour la réussite dans cette coopération.
Bilan de la coopération	
Les résultats : les objectifs sont-ils atteints ? La coopération fonctionne-t-elle ?	Les objectifs ont été atteints. L'ensemble des assurés bénéficie de l'offre globale. Sur la seule année 2014, il y a eu 6 500 de participants aux actions, et 21 716 évaluations d'aide à domicile réalisées. Les objectifs qui avaient été définis en amont sont atteints.
Qu'est-ce que la coopération a produit qui n'était pas attendu dans les objectifs ?	Plusieurs supports de communication ont été créés pour permettre une identification du groupement, une identité commune dans les différentes manifestations, forums, conférences. <ul style="list-style-type: none"> - Une plaquette de présentation du groupement, de ses missions et de sa gouvernance - Des plaquettes communes illustrant les différents ateliers proposés aux retraités - La création en cours d'un site internet inter-régimes par un prestataire externe.
Quelles sont les perspectives pour la suite ?	<ul style="list-style-type: none"> - Besoin de se coordonner avec le calendrier de l'ARS pour pouvoir bénéficier de financements. - Approfondissement des partenariats avec les caisses de retraite complémentaires. - Harmonisation des politiques d'action sociale. Ex : coordination préalable lorsqu'un nouvel établissement recherche des subventions, afin d'éviter les doublons. - Développement du GCSMS sur d'autres axes, notamment sur celui des aidants.

Analyse	
En quoi Atouts prévention répond-il à la définition d'une coopération ?	Le GCSMS est une coopération, car il s'appuie sur une volonté partagée des OSS de la région de construire, à partir d'un diagnostic partagé des besoins, notamment grâce à l'Observatoire des situations de fragilité, une politique active de prévention commune pour le maintien de l'autonomie.
Les facteurs de réussites	<p>Plusieurs éléments ont favorisé cette coopération :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Un public et des intérêts communs et complémentaires : cette coopération permet d'assurer une équité de traitement auprès des futurs retraités et retraités quelque soit leur régime. La MSA se concentre sur les territoires ruraux. - Impulsion nationale : les caisses nationales imposent aux organismes locaux de définir en commun une offre de service conjointe pour les assurés. Ce cadrage favorise l'implication de chaque OSS dans la définition du projet sur le territoire. En revanche, les caisses nationales n'ont pas précisé les modalités de mise en œuvre et notamment la forme juridique de la coopération permettant ainsi une adaptation des actions au territoire d'intervention. - La présence d'acteurs extérieurs facilite les coopérations pour certains des territoires (Conseil département, Centre d'action sociale). - Forme juridique (GCSMS) : permet à chaque OSS de s'exprimer et assure la cohérence des actions. De plus, l'existence d'une entité juridique autonome contribue à créer une identité commune même si celle-ci doit être davantage développée (mails transmis dans le cadre des actions ont tous la racine CARSAT et non celle du GCSMS. Cela a une conséquence en termes d'image : une prédominance de la CARSAT) - Portage du projet au niveau du territoire : même si la CARSAT est davantage porteuse du projet, celle-ci veille à ce que l'ensemble des autres caisses soient incluses dans le projet. - Les relations personnelles peuvent être aidantes sur certains territoires. - La coopération a favorisé le développement d'une connaissance commune entre les organismes. Cela a un impact positif sur l'émergence de nouvelles actions (exemple : création de l'ARDH à la suite de groupes de travail)
Les difficultés /raisons de l'échec le cas échéant	<ul style="list-style-type: none"> - Initialement, il y avait le risque que les conseils d'administration se sentent dépossédés d'une de leurs prérogatives : l'action sociale. Ceux-ci ont donc été associés à chaque étape de la création du GCSMS. - Pour certains territoires, les relations personnelles peuvent constituer une difficulté dans la mise en œuvre de la coopération. - Les personnes interrogées ont évoqué d'autres difficultés : existence de politiques de prévention différentes, cultures d'entreprise différentes entre MSA et CARSAT.

4. La Journée portes ouvertes des organismes de Sécurité sociale de la Loire

Objet de la coopération	
De quoi s'agit-il ?	Journée portes ouvertes : les organismes de Sécurité sociale ouvrent leurs portes au public pour venir rencontrer leurs agents et découvrir les services et accompagnements proposés au quotidien.
Quels sont les objectifs ?	Cette action a pour objet la promotion de la Sécurité sociale auprès du grand public et des jeunes. Il s'agit de valoriser la modernité de la Sécurité sociale et le travail des organismes, faire mieux connaître les missions, les organisations et les métiers de la Sécurité sociale. Cette action a pour conséquence opérationnelle la mise en place d'un travail partenarial sur des actions de communication entre l'ensemble des organismes de Sécurité sociale du département.
Quelles sont les actions concrètes mises en place dans le cadre de cette coopération ?	Les organismes de Sécurité sociale organisent sur une journée dans leurs locaux respectifs une animation ou un événement en lien avec leur cœur de métier.
A qui s'adresse la coopération ? quel est le public cible ?	Deux publics de la Loire sont visés par cette action : <ul style="list-style-type: none"> - Grand public - Jeunes

Périmètre de la coopération	
Echelle de la coopération	Coopération inter-branches et inter-régimes
Acteurs de la coopération : organismes impliqués, autres OSS concernés, partenaires éventuels ? Quelles sont les raisons de ce choix ? Quels autres acteurs cette coopération aurait-elle pu impliquer ?	L'ensemble des organismes de Sécurité sociale implantés sur le département de la Loire participent à cette action : CPAM de la Loire, CAF de la Loire, URSSAF de la Loire, CARSAT Rhône Alpes, Echelon Local du Service Médical, RSI région Rhône, MSA Ardèche-Drôme Loire, CARMi Centre Ouest, Centre National CESU, CETAF et l'Ecole Nationale Supérieure de la Sécurité Sociale.
Quel est le territoire de mise en œuvre de la coopération ? Quelles sont les raisons de ce choix ? Quels autres territoires cette coopération aurait-elle pu impliquer ?	Cette action concerne le département de la Loire du fait de l'implantation de l'EN3S à St Etienne. Cette action n'a pas été développée sur le département du Rhône alors que certains organismes régionaux (URSSAF, CARSAT) auraient pu étendre l'initiative sur un autre territoire que la Loire.

Construction de la coopération	
Quelles sont les raisons de la mise en place de cette coopération ?	Un des objectifs de la COG de l'EN3S est de promouvoir l'action de la Sécurité sociale.
Quelle est l'origine de cette coopération ? (Qui ? Quand ? Comment ?) Quelles ont été les principales étapes ?	Ce projet est à l'initiative de l'EN3S qui avait une légitimité sur le territoire pour impulser ce projet. L'EN3S est moteur et indispensable pour l'organisation de la JPO. Cette initiative a été lancée en 2013. Depuis, elle est organisée chaque année. L'événement a lieu une fois par an.

Pilotage de la coopération	
Qui pilote ? Quelle gouvernance ?	<p>L'EN3S est à l'initiative de ce projet. Elle en a défini l'organisation :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comité des directeurs des organismes participant dont le pilote est le directeur de l'EN3S. Ce comité définit les grandes orientations. - Groupe référents communication chargé du suivi et du déploiement des actions décidées en Copil directeurs. <p>L'EN3S supervise et coordonne les actions mises en place. Par exemple, le plan de communication global est proposé et mis en œuvre par l'EN3S ; les référents valident et jouent un rôle de relai au travers d'actions de communication complémentaires)</p>
La coopération est-elle formalisée ? Comment (convention, charte) ? Sinon, sur quoi repose-t-elle ? (confiance, relations personnelles...)?	<p>Une convention a été signée en 2014 pour gérer les aspects financiers de l'organisation de la JPO (contribution financière ou service rendu par chaque organisme).</p> <p>Aucune convention signée en 2015 car la JPO a été financée dans le cadre du 70^{ème} anniversaire par un fonds national.</p>
Existe-t-il des outils facilitant ce type de coopération ? Sont-ils mobilisés pour accompagner/ mettre en œuvre cette coopération ? (outil RH, SI) ?	Création d'un site Internet commun.
L'un des organismes est-il plus porteur que les autres ? Pourquoi ? Comment cela se manifeste-t-il ?	Ce projet n'aurait pas vu le jour sans l'EN3S qui assure le pilotage de cette action.
Quel est le rôle de la caisse nationale ? Quel impact l'implication ou non de la caisse nationale a-t-elle dans la réussite et/ou l'échec de la coopération ?	L'EN3S en tant qu'organisme national pilote cette action qui formalise un de ses objectifs COG.

Bilan de la coopération	
Les résultats : les objectifs sont-ils atteints ? La coopération fonctionne-t-elle ?	<p>Tous les organismes de Sécurité sociale implantés sur le département participent à ce projet même si le niveau d'investissement est différent selon les organismes. Toutefois, les organismes auraient pu aller plus loin dans la coopération : dans le cadre de la JPO, chaque organisme reçoit du public sur une thématique définie ; chaque organisme a fait le choix de présenter une offre de service spécifique à son organisme et non une action commune à plusieurs branches ou régimes. Ainsi, la CPAM présente « comment s'effectue le versement des indemnités journalières ? », la CARSAT a choisi le thème « comment bien préparer votre retraite tout au long de la vie ? » et le RSI « quelles sont les démarches à effectuer pour lancer son activité indépendante ? ».</p> <p>Or, cette JPO aurait été l'occasion de mettre en lumière des actions communes (présentées dans le guide « prestations et services »)</p>

	<p>comme les parcours attentionnés, le projet bien vieillir, etc. Certains organismes justifient ce choix par des soucis de clarté : il est important de présenter en premier lieu l'objet de chaque organisme avant de mettre en lumière les actions communes.</p> <p>Par ailleurs, cette coopération a permis à l'ensemble des chargés de communication des différents organismes qui ne se connaissaient pas ou peu avant l'organisation de cet événement de travailler désormais ensemble. Plus généralement, cette action a permis le développement d'un vrai réseau inter-régimes et inter-branches notamment entre les chargés de communication.</p> <p>Elle permet de réaffirmer la place de chaque organisme au sein de la Sécurité sociale. En interne, cette action a peu de retentissement au niveau du personnel.</p>
<p>Qu'est-ce que la coopération a produit qui n'était pas attendu dans les objectifs ?</p>	<p><u>Création d'outils de communication par les organismes.</u> Les supports de promotion de l'événement ont fait l'objet d'une mutualisation des moyens humains et logistiques. Les supports d'information ont été réalisés en commun et partagés :</p> <ul style="list-style-type: none"> - En 2014, création d'une brochure inédite sur les prestations et services commune à l'ensemble des branches et régimes. Ce guide intitulé « La Sécurité sociale m'accompagne tout au long de ma vie » : présente les prestations et services proposés par les organismes de Sécurité sociale pour chaque événement important de la vie : maternité, entrée dans la vie active, la retraite, la maladie, l'invalidité, les accidents du travail, la prise d'un logement, etc.). Elle fait par ailleurs un focus sur les actions de prévention et met en lumière les outils en ligne existants. Cette brochure permet de présenter et d'expliquer l'intervention qui peut être conjointe des différents organismes de Sécurité sociale pour les différents événements de vie. L'EN3S est à l'initiative de la création de ce support et en a assuré le pilotage. Les autres organismes ont donné les éléments de rédaction. Dans le cadre du 70^{ème} anniversaire, ce guide a été retravaillé et a fait l'objet d'une relecture par les caisses nationales. Ce guide est ainsi devenu un support national. - Site Internet relatif à la JPO développé par l'EN3S - Réalisation d'un outil : guide opératoire pour organiser une JPO : à l'initiative de l'EN3S pour faire émerger ce type d'action sur d'autres territoires.
<p>Quelles sont les perspectives pour la suite ?</p>	<p>Lors du premier comité de pilotage 2015, la question du transfert du pilotage de la JPO a été posée par le directeur de l'EN3S. Finalement, le transfert n'a pas eu lieu du fait du contexte du 70^e anniversaire qui justifiait plutôt une coordination EN3S.</p> <p>A ce jour, il n'y a pas d'organisme moteur qui s'est positionné pour assurer le pilotage de cet événement à la place de l'EN3S.</p>

Analyse	
En quoi la JPO rentre-t-elle dans la définition d'une coopération ?	La JPO est une coopération même si l'EN3S y occupe une place centrale. En effet, chaque organisme participe au comité de pilotage et participe à la définition des objectifs. De plus, chacun réalise des actions dont l'objectif est de présenter les missions des différents OSS auprès du grand public et des jeunes. .
Les facteurs de réussite	Plusieurs éléments favorisent la réalisation de cette coopération : <ul style="list-style-type: none"> - <u>Intérêt commun</u> : cette action permet à chaque organisme de promouvoir auprès du public ses missions et d'être davantage visible. Elle contribue à la création d'une identité commune. - <u>Portage du projet</u> : action pilotée par l'EN3S. La personnalité du directeur et ses fonctions antérieures ont entraîné l'ensemble des directeurs des organismes de Sécurité sociale du département à s'inscrire dans ce projet. Ce projet n'aurait certainement pas vu le jour sans l'impulsion de l'EN3S. - <u>Formalisation</u> : la création d'un comité de pilotage et d'un groupe de référents communication permet de structurer les actions menées dans le cadre de ce projet. Par ailleurs, la mise en place d'un groupe de référents communication a permis de créer un réseau entre ces professionnels et de mieux se connaître, favorisant ainsi la mise en place des actions. - <u>Conditions matérielles</u> : l'EN3S prend en charge la logistique et permet une coordination de l'ensemble des actions. En 2015, les frais liés à cette coopération ont été pris en charge dans le cadre du 70^{ème} anniversaire de la Sécurité sociale, l'élément financier n'a donc pas constitué un frein à cette action.
Les difficultés /raisons de l'échec le cas échéant	L'investissement des OSS est variable. Plusieurs raisons peuvent expliquer cette différence d'implication : <ul style="list-style-type: none"> - Sentiment d'appartenance à une branche qui conduit l'organisme à se concentrer sur ses objectifs CPG ou sentiment d'appartenance à la Sécurité sociale plus globalement qui vise à inscrire son action dans un cadre plus général. - Les territoires d'intervention entre les organismes sont différents : départemental, régional, interrégional. Ceci n'est pas un élément de simplification. - Positionnement du directeur : est-il un gestionnaire (priorité donnée aux délais de traitement) ou acteur de la promotion de la Sécurité sociale sur le territoire. Les organismes confrontés à des problématiques de production peuvent contraindre la direction à concentrer les objectifs et les moyens sur ce sujet. La participation à la JPO n'apparaît pas alors comme prioritaire d'où une implication a minima. <p>Par ailleurs, les organismes ont cité plusieurs freins : logistiques, temps de préparation important pour les OSS, difficulté d'évaluer l'impact de cette action sur le public, etc.</p>

II. ANALYSE CROISEE DES CONDITIONS DE MISE EN ŒUVRE DES COOPERATIONS

A partir des exemples de coopérations sur le territoire d'observation, l'analyse croisée proposée ici retient une clé d'entrée thématique. Nous avons cherché à comprendre dans quelle mesure certains éléments pouvaient être ou non des conditions de réussite des projets de coopération, à partir des points de convergence mais aussi de différenciation entre les exemples. Cette analyse s'articule autour de 5 axes que nous supposons pouvoir faciliter ou au contraire freiner les coopérations :

- L'identification de l'intérêt commun des organismes à coopérer
- Le niveau de portage de la coopération, national ou local
- Le degré de formalisation du projet
- Les conditions matérielles de mise en œuvre des coopérations
- L'accompagnement RH.

Cette analyse ne nous permet pas de conclure définitivement sur des facteurs de réussite des coopérations territoriales entre organismes de sécurité sociale. En effet, elle trouve ses limites dans le faible nombre d'exemples présentés lors des entretiens. Nous avons aussi eu des difficultés à comprendre la combinaison des différents éléments, eu égard à l'importance de la personnalité des acteurs et des relations interpersonnelles dans l'initiative locale, mais aussi inversement au poids du cadrage national. Néanmoins, l'analyse permet de mettre en évidence les conséquences de certains choix dans les modalités de mise en œuvre des coopérations.

A. Le préalable à toute coopération : un objet et un intérêt commun

Pour mettre en œuvre de coopérations, les organismes de sécurité sociale doivent s'entendre autour d'un objet commun aux organismes de sécurité sociale, qui peut être leur public destinataire ou bien leur activité elle-même.

1. *Les OSS développent des coopérations en s'appuyant sur les caractéristiques et les besoins d'un public commun.*

Il existe des publics communs à plusieurs organismes de sécurité sociale, que ce soit en tant qu'individus devant recourir à différentes branches pour accéder à leurs droits, ou bien en tant que catégories relativement homogènes vers lesquelles les OSS peuvent coordonner leur offre de service dans une logique d'équité dans l'accès au droit. Dans ces conditions, il existe pour les OSS un objet commun susceptible de faire l'objet de coopérations. Celles-ci s'articulent le plus souvent autour d'une part de la prise en charge des situations de vulnérabilité et d'autre part des événements de vie.

▼ **Des coopérations en réponse aux situations de vulnérabilité**

La coopération permet de lutter contre le non-recours aux droits et de limiter les ruptures de droits chez les personnes en situation de précarité. En effet, outre l'accessibilité à l'information et les facteurs sociaux et psychosociaux, le manque de coordination entre les institutions en contact avec les bénéficiaires potentiels peut être une des causes du non-recours aux prestations sociales.

Ce constat a poussé les OSS à faciliter l'accès aux droits par des dispositifs de détection, afin d'identifier les moments où les personnes décrochent et ne sont plus en capacité de s'inscrire dans une relation administrative. La déclinaison territoriale du plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté de janvier 2013, dont les OSS sont partie prenantes, illustre cette dynamique de mise en synergie entre les différents acteurs accueillant des personnes en difficulté sur leur territoire. C'est dans ce cadre qu'ont été développés les rendez-vous des droits en CAF et la démarche PLANIR en branche maladie.

Le rendez-vous des droits effectué en CAF consiste à étudier individuellement l'ensemble des droits à prestations dans la branche famille et, dans un cadre partenarial, à informer et orienter au titre des dispositifs gérés par d'autres opérateurs, notamment les droits relatifs à la CMU-C et à l'ACS relevant de la branche maladie. Il nécessite ainsi en amont une coordination des partenaires pour favoriser une prise en charge globale des besoins de l'utilisateur.

La démarche PLANIR (Plan Local d'Accompagnement du Non-recours, des Incompréhensions, des Ruptures) structure les différentes actions mises en œuvre par la CPAM, le service social de la CARSAT et le service médical autour de la prise en charge des situations de fragilité, en associant les partenaires. Elle conduit à l'élaboration d'une cartographie des actions et à l'élaboration le cas échéant de nouvelles initiatives pour prendre en charge des besoins non couverts. Le rendez-vous des droits est intégré à cette démarche.

Dans le territoire d'observation, ces politiques nationales se matérialisent par des conventions de coopération à l'exemple de celle entre la CPAM et la CAF de la Loire, qui comprend les modalités d'articulation entre les deux organismes pour faciliter l'accès des bénéficiaires du RSA à la CMU-C (formation des agents de la CAF par la CPAM, supports d'information et de communication, outils informatiques).

▼ **Des coopérations pour une prise en charge globale autour d'un événement de vie**

L'intervention nécessaire de plusieurs OSS de branches ou régimes différents à l'occasion d'un même événement dans la vie de l'assuré (maternité, deuil, invalidité, etc.) peut être un élément déclencheur des coopérations. Dès lors, la coopération vise à simplifier les démarches de l'utilisateur et à l'accompagner dans la mise en œuvre de ses droits dans la recherche d'une réponse globale aux besoins de la personne.

L'introduction de la notion de parcours dans chaque branche répond à cet objectif puisqu'il crée un lien logique et nécessaire entre les différents organismes. En effet afin de proposer une offre globale, les OSS s'appuient sur cette notion pour proposer des services attentionnés. Cette démarche est particulièrement structurée en branche maladie, avec la définition de 5 parcours attentionnés coordonnés par le service social (IJ de plus de 90 jours et nouveaux invalides, ACS pour l'utilisation du chèque, première affiliation, perte d'un proche, prévention de la désinsertion professionnelle), et de 3 parcours pilotés par la CPAM (CMU-C en lien avec la CAF pour les bénéficiaires du RSA, maternité également en lien avec la CAF, déménagement).

Le parcours invalidité relève d'une coopération inter-branches qui vise à répondre aux différents besoins d'un même assuré par une démarche unique et dans une logique d'anticipation. L'objectif est de limiter le risque d'interruption de droits en facilitant les démarches administratives, de favoriser la compréhension du nouveau statut d'invalidé et de permettre un accompagnement adapté sur le plan administratif, social et médical.

De même, le parcours maternité instaure une coopération interbranches matérialisée dans la Loire par une convention spécifique entre la CPAM et la CAF (cf annexe). Elle associe les services administratifs de la CPAM et de la CAF, mais aussi du personnel

médical et éventuellement d'autres partenaires (conseil départemental via la PMI), qui co-animent un atelier mensuel réunissant les femmes enceintes.

Ces exemples illustrent l'intérêt d'une coopération des OSS pour proposer une offre de service globale aux usagers afin de favoriser l'accès aux droits.

2. Certaines activités exercées dans l'ensemble des caisses prestataires font l'objet de coopérations.

Plusieurs activités, à savoir l'accueil physique, l'action sanitaire et sociale et la prévention, ainsi que la lutte contre la fraude, donnent matière au développement de coopérations inter-branches ou inter-régimes. Il peut alors être délicat de distinguer la coopération de la mutualisation, dans la mesure où ces actions peuvent relever plus ou moins fortement d'une logique d'optimisation des moyens. C'est la mise en place d'une nouvelle offre de service adaptée aux besoins des usagers qui permet de distinguer ces deux types d'action.

Ainsi, parmi les exemples d'accueil physique conjoints, nous n'avons retenu sur le territoire que la mise en place de la co-animation de l'espace multiservices au sein de l'union immobilière de la Saint-Etienne. D'autres exemples, tels que l'hébergement par les CPAM de l'accueil du service social de la CARSAT, montrent que les services proposés relèvent plus de l'orientation que du conseil, et que les conventions qui encadrent ces actions se réduisent au fonctionnement de la cohabitation. L'accueil commun n'est alors qu'un prétexte pour rendre accessible dans un même lieu deux organismes sans proposer de réel guichet unique comme peut le revendiquer la MSA. Cette situation pourrait évoluer pour les régimes de retraite dans la perspective de la mise en œuvre de la liquidation unique.

L'action sanitaire et sociale et la prévention constituent également des domaines propices au développement de coopérations. En effet, elle rejoint la question des situations de vulnérabilité dans lesquelles l'enjeu d'accès aux droits des personnes concernées conduit plusieurs organismes à coopérer. De plus, ces activités s'inscrivent par nature dans une logique de complémentarité à l'offre de service principale des OSS, faisant le cas échéant intervenir d'autres acteurs et s'adaptant aux besoins des publics et des territoires.

La lutte contre fraude est un enjeu politique et financier majeur qui incite à la coopération territoriale en intégrant divers partenaires, notamment dans le cadre des comités opérationnels départementaux anti-fraude dans lesquels siègent un représentant de chaque OSS. Cet exemple n'a pas été développé dans cette recherche-action, ressortant d'un cadre partenariale plus large que la Sécurité sociale, et ayant fait l'objet à ce titre d'une précédente recherche-action.

3. La promotion d'une image unifiée de la Sécurité sociale et des valeurs qu'elle véhicule incite les organismes de la Sécurité sociale à coopérer.

La célébration du 70^e anniversaire de la Sécurité sociale a pu être l'occasion pour les OSS de mener des actions communes d'information sur la Sécurité sociale envers le public profane. Ainsi, des conférences-débats et des expositions ont été organisées dans la Loire pour présenter les missions et les enjeux actuels de la Sécurité sociale.

Au-delà du prétexte de cet anniversaire, la journée portes ouvertes de la Sécurité sociale organisée chaque année dans le département de la Loire a été citée par toutes les personnes rencontrées comme un bon exemple de coopération. Les moments de préparation et d'animation permettent aux membres des différents organismes de se rejoindre autour des valeurs communes à faire partager au grand public. Cette manifestation

a donné lieu à un support de communication commun qui montre qu'au-delà de la multiplicité des régimes et des branches, la Sécurité sociale est avant tout là pour accompagner chaque assuré dans les différentes étapes de leur vie.

B. Le niveau de portage de la coopération

Les coopérations sont mises en œuvre selon des modalités diverses, du point de vue de l'impulsion et du niveau de portage, qui peuvent revenir soit à la caisse nationale, soit aux organismes de base. Ils peuvent aussi être partagés, notamment dans le cas d'initiatives locales généralisées par la caisse nationale, ce qui semble être une tendance de plus en plus forte.

L'envergure donnée à la coopération lorsqu'elle est portée au niveau national donne une assise plus solide aux actions, mais la volonté d'homogénéisation des pratiques affaiblit alors la marge de manœuvre des organismes de base pour s'adapter aux spécificités du territoire.

1. Le projet de coopération peut être porté par les caisses nationales

▼ Les COG, cadre structurant des coopérations

Le fait que le projet soit porté par le national peut être une condition de réussite des coopérations. En effet, par leur caractère impératif, les COG constituent un cadre structurant qui précise les orientations et définit les priorités. Toutefois, en fonction des branches et des régimes, la référence aux projets de coopération est très variable.

- La COG de la CNAV consacre sa première partie à l'objectif d'accentuation de la dynamique inter-régimes. Son axe 1 s'intitule « Accompagner les assurés tout au long de la vie dans une logique de service inter-régimes ». Le développement des actions inter-régimes prévu par la COG de la CNAV est en lien avec la mise en place de la loi garantissant l'avenir et la justice des systèmes des retraites, concourant à renforcer la simplification pour les assurés sociaux et à offrir un service global. Dans ce cadre, la branche retraite s'engage à développer des actions de prévention de la perte d'autonomie et de « Bien vivre sa retraite » à travers une coordination renforcée avec les autres régimes. Le projet de liquidation unique de la retraite des régimes alignés incite également les organismes à davantage coopérer ensemble, ce qui s'exprime d'ores et déjà dans le cadre des travaux préparatoires à cette réforme, par la tenue de groupes de travail régionaux et la mise en place de stratégies communes.
- La COG de la CNAMTS fait également référence à la coopération inter-régimes sur le Bien vieillir. Elle indique qu'« en partenariat avec la CNAV, une offre d'accompagnement sera proposée aux personnes âgées dans le cadre du Plan Proximité Autonomie de l'Avancée en Age. En effet, le passage à la retraite constitue un point de contact privilégié avec ce public pour promouvoir l'ensemble des programmes de prévention et des services en santé adaptés aux seniors. » En revanche, la définition des parcours clients par la CNAMTS ne s'inscrit pas initialement dans le cadre de coopérations inter-branches ou inter-régimes, bien que la mise en œuvre de certaines actions les nécessitent. Cette politique s'inscrit dans une logique d'uniformisation de l'offre sur l'ensemble du territoire dans le cadre d'un pilotage de branche, qui requiert parfois une meilleure coordination avec les partenaires. La CNAMTS souhaite néanmoins inscrire davantage les actions sur les

territoires, notamment avec la démarche PLANIR. A ce titre, la COG de la CNAMTS prévoit que les CPAM développeront des partenariats institutionnels notamment avec les branches famille et retraite.

- La COG de la CNAF évoque la nécessité de renforcer les coopérations. La fiche n°12 vise ainsi à faciliter les démarches de l'allocataire en renforçant les synergies avec les partenaires. Cependant, cette fiche concerne davantage les échanges de données que la construction d'une offre de service conjointe. Par ailleurs, les objectifs de partenariats concernent souvent d'autres institutions que celles de la Sécurité sociale.
- La COG de la MSA fait référence aux offres de service qui nécessitent une coordination inter-régimes, à l'exemple de la convention cadre signée entre la CCMSA et la CNAV concernant la politique menée en direction des personnes âgées, ou encore de l'objectif d'optimisation des relations partenariales entre le réseau MSA et le réseau des CAF dans le domaine de l'accueil du jeune enfant. A cet effet, la COG prévoit d'inscrire le système d'information de la MSA dans un cadre inter-régimes.

▼ **La déclinaison des COG : une marge de manœuvre variable pour les organismes locaux**

Lors de la déclinaison des COG, les caisses nationales peuvent définir, à travers les lettres réseaux, un cadre très précis qui laisse une faible marge de manœuvre aux organismes locaux dans la mise œuvre. C'est le cas pour les parcours clients élaborés par la CNAMTS, dont le parcours invalidité. Cette offre de service a fait l'objet d'une standardisation par la CNAMTS et la CNAV, qui ont fixé dans une lettre-réseau les priorités mais également les modalités de fonctionnement.

Pour d'autres types de projets de coopération, les caisses nationales définissent les objectifs et construisent des outils mais laissent aux organismes locaux une certaine autonomie dans la mise en œuvre. C'est la démarche qui a été retenue pour le programme Bien vieillir. L'offre commune inter-régimes est matérialisée par une convention nationale (« La Retraite pour le Bien Vieillir, l'offre commune inter-régimes pour la prévention et la préservation de l'autonomie » signée en janvier 2014) qui vise notamment à définir les grands axes de l'offre de prévention commune aux régimes de retraite de base, à fixer les orientations et les objectifs qui les engagent pour les prochaines années, à arrêter les modes d'organisation et les outils qui en découlent. La convention définit également les principes de la gouvernance locale. Les organismes locaux définissent dans ce cadre les modalités de leur coopération. Les caisses nationales ont ainsi joué un rôle de moteur dans ce projet en imposant la coopération aux caisses, mais celles-ci en ont choisi la forme juridique. En région Rhône-Alpes, les caisses locales, sous l'impulsion de leurs administrateurs, ont décidé de se réunir en GCSMS.

Les caisses nationales jouent donc un rôle moteur déterminant dans le développement des coopérations, en donnant un cadrage plus ou moins souple, mais à caractère obligatoire. Leur plus-value apparaît en particulier dans la définition claire des objectifs et dans la construction des outils d'accompagnement pour les organismes locaux (supports de communication, documentation, formation). Toutefois, ce cadre peut parfois paraître très lourd et laisser peu de place à l'expression de particularités territoriales. De plus, s'il est trop détaillé, il risque de vider de son sens la démarche locale de diagnostic et d'identification d'un intérêt commun des organismes de base à coopérer. Néanmoins

2. La coopération peut être portée par des caisses locales

L'émergence de coopérations locales nous est apparue compliquée. Les personnes rencontrées ont parfois peiné à identifier des exemples typiquement locaux. Plusieurs éléments d'explication peuvent être avancés : problématiques de production rencontrées par certains organismes qui les incitent à concentrer leur action sur ce sujet, baisse des moyens humains et financiers, développement des coopérations d'initiative nationale, difficulté d'évaluer le retour sur investissement.

Pour autant, ce sont souvent des expériences locales concluantes qui ont permis aux caisses nationales de généraliser les actions de coopération les plus structurantes. Le programme Bien vieillir illustre cette dynamique, puisqu'il s'appuie sur des initiatives locales, ayant eu lieu pour partie en Rhône-Alpes. Autre exemple, dans le cadre de la JPO, un guide relatif aux prestations et services proposés par les organismes de sécurité sociale de la Loire a été créé. Ce guide a été validé par l'ensemble des caisses nationales pour bénéficier d'une plus large diffusion. Cette généralisation a été grandement facilitée grâce à l'implication de l'EN3S dans le projet.

3. Les organismes moteurs, facteur de réussite des coopérations ?

Le niveau d'implication des différents acteurs peut être variable dans le cadre d'une coopération. Un des acteurs peut ainsi avoir un rôle moteur au niveau du pilotage, des moyens mis à disposition, du financement, du nombre d'actions réalisées, etc.

Plusieurs facteurs expliquent ces degrés d'investissement variables :

- l'existence d'objectifs COG (parcours clients élaborés par la CNAMTS),
- l'objet de la coopération qui peut être plus ou moins éloigné des missions de l'organisme (position en retrait de la CAF de la Loire dans le parcours maternité),
- le niveau d'expertise des organismes sur le sujet traité dans le cadre de la coopération (délégation quasi-totale par le RSI des actions de prévention dans le cadre du Bien vieillir, n'ayant pas d'expérience sur ce champ),
- les moyens humains et financiers dont dispose l'organisme (position dominante de la CARSAT sur le programme Bien vieillir),
- la personnalité des directeurs qui portent le projet (le directeur de l'EN3S dans le cadre de la JPO).

D'après les exemples de coopération étudiés, il apparaît que le rôle moteur joué par un organisme dans la mise en place d'une coopération favorise la soutenabilité de l'action dans le temps. Cependant, un risque a pu être identifié : les organismes peu investis dans la coopération se désengagent plus facilement car cela a peu de conséquences sur leur organisation.

C. Les coopérations se développent dans un cadre plus ou moins formalisé

1. Les aspects informels peuvent se révéler un élément extrêmement facilitateur pour qu'une coopération de plus grande ampleur et formalisée voit le jour.

Il ressort de nos entretiens que les échanges informels sont très fréquents et se retrouvent à chaque niveau de l'organigramme. Nous entendons par là tout échange de bonnes pratiques ou habitude de travailler en commun dans un but d'amélioration des

performances des organismes. Ces pratiques peuvent constituer les prémisses de coopérations entre organismes de sécurité sociale, au sens où nous l'avons défini précédemment, car ces échanges répondent à une volonté commune de construire et développer une offre de service globale et pertinente sur un territoire. Elles peuvent aller de l'appel téléphonique pour se renseigner sur les bonnes pratiques d'une autre caisse à l'organisation de réunions régulières. Il est à noter que nos interlocuteurs souvent ne considèrent pas a priori ces échanges comme faisant partie d'une démarche de coopération.

Ces pratiques se retrouvent dès le niveau national, notamment entre le RSI et la MSA, qui du fait de leurs caractéristiques de caisses plus spécialisées que le régime général, partagent des spécificités communes. Les agents de direction se rencontrent ainsi plusieurs fois dans l'année pour échanger autour de problématiques communes.

De même, les directeurs des organismes de sécurité sociale du régime général de la région Rhône-Alpes se réunissent deux à trois fois par an autour de problématiques communes. Ces échanges de bonnes pratiques s'apparentent à du benchmark sur des points précis tel que la mise en place des entretiens professionnels ou l'harmonisation des pratiques autour de la laïcité. On peut de même retrouver ces habitudes au niveau des directeurs adjoints et des responsables des ressources humaines.

A un autre niveau, il existe également des échanges d'information entre des agents préventeurs de la CARSAT Rhône-Alpes et des inspecteurs de l'URSSAF, initialement fondés sur des relations interpersonnelles cordiales. Ces échanges ne sont pas automatisés mais dépendent d'une relation de confiance qui se crée entre agents. Les avantages en termes de gains de temps et de performance sont pourtant indéniables.

Le côté informel paraît ici un atout, car synonyme de flexibilité en fonction des personnes et d'une certaine confidentialité des échanges, il permet de s'adapter à chacun en fonction de ses besoins. Inversement, ces pratiques se fondent principalement, par définition, sur des relations interpersonnelles et sont conditionnées par conséquent à la présence d'agents voulant coopérer et comprenant leurs intérêts. Ces échanges informels prennent souvent fin avec la mobilité des agents concernés.

2. Si la formalisation paraît nécessaire pour organiser une coopération de grande ampleur, celle-ci n'est pas toujours gage d'efficacité.

Par formalisation des coopérations, nous entendons tout texte écrit et signé par les différentes parties visant à définir le contenu de l'action et à organiser les relations. Sur le territoire, nous avons pu constater deux formes de formalisation des coopérations : la charte et la convention.

Cette formalisation se retrouve tout d'abord au niveau national, et rejoint en cela la question du niveau de portage de la coopération. Répondant souvent à des objectifs nationaux définis dans les COG, les caisses nationales concluent des conventions afin de mettre en place des actions communes. La CNAV a ainsi conclu différentes conventions avec la CCMSA et le RSI dans le cadre du programme Bien vieillir. Ces conventions sont très globales et peu opérationnelles, permettant ainsi à chaque caisse de l'adapter en fonction de ses caractéristiques. Les caisses locales avaient ainsi le choix de la forme de coopération, et la CARSAT Rhône-Alpes associée au MSA et au RSI de la région ont opté pour la forme du groupement de coopération social et médico-social. De même dans le cadre de la liquidation unique des pensions de retraites, des conventions ont été signées entre caisses nationales. Cette formalisation par la convention est apparue nécessaire pour aider à la définition locale des actions et clarifier le rôle de chaque acteur, notamment entre le régime général et la MSA.

Au niveau local, la formalisation se retrouve dans la plupart des exemples qu'on nous a cités. Allant de la convention de partenariat entre la CARSAT et les CPAM, complétée de protocoles d'actions concertées et de charte de fonctionnement pour le parcours invalidité, à la convention multipartite pour l'organisation des journées portes ouvertes en 2014, la formalisation semble un passage obligé dès lors que la coopération engage des ressources humaines et financières. Le rôle de la formalisation est alors double : nécessaire en amont pour sécuriser la coopération pour chaque partie prenante, celle-ci par son aspect « officiel » peut aussi jouer un rôle de communication interne aux organismes. A l'inverse des rencontres informelles entre agents des caisses, la formalisation d'une coopération a pour but d'inscrire dans le temps les actions des caisses, indépendamment des relations interpersonnelles.

Au-delà, l'expérience du GCSMS Atout prévention témoigne de la nécessité d'une relation interpersonnelle nécessaire à l'intérieur même d'une coopération formalisée. Il nous a été rapporté une certaine différence en termes de fréquence des actions réalisées en fonction des territoires, et ce notamment en fonction des relations interpersonnelles entre directeurs de CLIC et agents travaillant auprès du GCSMS.

Ainsi, la formalisation des coopérations apparaît souvent comme un passage obligé pour développer une coopération visant à faire appel aux moyens de chacun. Son caractère facilitateur apparaît notamment lorsque les organismes concernés choisissent eux-mêmes la forme et les moyens de leur coopération, la convention permettant de déterminer leurs marges de manœuvre mutuelles. Néanmoins, il existe un risque, déjà identifié sur le portage national, d'une formalisation excessive imposée par les caisses nationales, empêchant les caisses locales d'adapter l'offre de service aux territoires.

D. Les conditions matérielles de la coopération

La mise en œuvre des coopérations nécessite que certaines conditions matérielles soient réunies. Il s'agit de comprendre dans quelle mesure les modalités d'organisation et les outils utilisables par les organismes de sécurité sociale facilitent ou au contraire freinent leur capacité à concrétiser la coopération.

Deux types de conditions matérielles nous ont paru déterminants : l'immobilier et les systèmes d'informations. Ces critères ne sont en effet en général pas facilement modifiables par les organismes locaux et s'apparentent souvent à des contraintes externes fortement induites par les caisses nationales, les contraintes techniques et financières ou encore les opportunités. Une marge de manœuvre existe néanmoins au niveau local, conduisant à étudier plus largement les moyens humains et financiers mobilisés dans les coopérations.

1. L'immobilier

Les aspects immobiliers comprennent à la fois les caractéristiques physiques des locaux et les enjeux financiers correspondants. En effet, même lorsque les locaux sont adaptables, la prise en charge des coûts correspondants demeure une condition nécessaire pour la faisabilité du projet de coopération.

Dans les coopérations relatives à l'accueil des usagers, le critère immobilier est apparu prépondérant. Les coopérations observées sur cette thématique n'ont été réalisées que parce que la configuration des locaux les rendait possibles, notamment dans l'exemple de l'union immobilière de Saint-Etienne. Les cadres de la CAF et de la CPAM ont ainsi affirmé que si les locaux n'étaient pas adaptés, le constat de l'intérêt commun à présenter une offre

de service coordonnée n'aurait pas par lui-même conduit à mettre en place le projet de co-animation de l'espace multiservices. Dans leur présentation de l'action, le partage des locaux de l'accueil faisait même partie de l'intérêt à agir, en améliorant la gestion des flux grâce au filtre effectué par l'agent animateur de l'espace multiservices.

Alors que l'immobilier peut contraindre l'offre de service, à l'inverse ce sont parfois les potentialités immobilières qui incitent à la coopération. Les principaux organismes de retraite en Rhône-Alpes (CARSAT, MSA, RSI) ont ainsi développé une stratégie immobilière qui consiste à systématiser l'examen des opportunités d'hébergement réciproque résultant de leurs réorganisations respectives. Un regroupement effectif des trois régimes existe à Bourg-en-Bresse, et un projet est en cours de finalisation à Chambéry. Depuis peu, un autre projet est à l'étude à Saint-Etienne, où la MSA pourrait héberger les services de la CARSAT. Toutefois, le projet immobilier est en attente de validation par les caisses nationales, c'est pourquoi le contenu de l'offre de service aux assurés, dont l'accueil, n'est pas défini à ce jour. Dans la perspective de la liquidation unique de la retraite au 1er janvier 2017, la forme la plus aboutie de la coopération serait de proposer un accueil avec prise en charge réellement commune des assurés polypensionnés. Cette ambition devrait se concrétiser à Bourg-en-Bresse courant 2016, mais non à Chambéry du fait de la configuration des locaux. Cela pourrait faire partie du projet de Saint-Etienne mais qui à ce jour n'inclut pas le RSI.

2. Les systèmes d'information

La performance des organismes de sécurité sociale dépend aujourd'hui de celle de leurs systèmes d'information, qui constituent ainsi un enjeu stratégique. Néanmoins, les développements informatiques ont pour la plupart été réalisés séparément dans chaque branche et dans chaque régime. De plus, dans les différents régimes et branches, la stratégie définie au niveau national est de limiter les développements locaux pour garantir l'uniformité des SI et maîtriser les risques informatiques (CNIL, attaques virales, détournements de finalités, normalisation technique, etc).

Dans les faits, l'incompatibilité des systèmes d'information a été très fréquemment soulignée par nos interlocuteurs comme frein au développement des coopérations. Par exemple, l'affiliation des bénéficiaires du RSA à la CMU-C devrait être automatisée grâce à l'outil e-RSA mis en place par la CNAF. Néanmoins, de nombreux dysfonctionnements nous ont été signalés, obligeant les organismes à trouver des solutions alternatives dans l'attente de modification des outils nationaux. La convention entre la CAF et la CPAM de la Loire indique ainsi que ces échanges se font actuellement sous forme de tableaux excel hebdomadaires. Ainsi, il apparaît que l'adaptabilité des systèmes d'information aux coopérations relève bien souvent d'une compatibilité préexistante des outils. Dans le cas contraire, elle peut nécessiter que la coopération soit portée au niveau national pour que les évolutions requises des SI soient réalisées.

Néanmoins, il faut signaler comme évolution positive de ces dernières années la construction progressive de référentiels nationaux communs. Ils permettent une connaissance réciproque des personnes (SNGI : système national de gestion des identités), des prestations servies (EOPPS : espace des organismes partenaires de la protection sociale), de la situation administrative (RNCPS : référentiel national commun des organismes de protection sociale) ou professionnelle (Carrières et Retraites) des usagers. Ces référentiels permettent le croisement des fichiers notamment dans le cadre de la lutte contre la fraude. Les données sont également utilisées à l'appui des diagnostics territoriaux, permettant par exemple de définir le public cible des parcours communs.

Dans l'usage de ces données, un frein souvent avancé par les organismes est que la CNIL alourdit les démarches, notamment lorsque l'échange de données est fondé sur le NIR. Pourtant, des évolutions réglementaires récentes (décrets du 3 avril 2015) autorisent les

traitements de données à caractère personnel par les organismes gestionnaires des régimes obligatoires de base de l'Assurance maladie pour l'accomplissement de leurs missions d'affiliation, d'immatriculation, d'instruction des droits aux prestations et de prise en charge des soins, produits et services, et des missions de leurs services sociaux. Les ouvertures qu'apportent ces évolutions réglementaires n'ont manifestement pas encore été investies par les caisses locales.

Face aux difficultés rencontrées, le renforcement de la compatibilité et de l'interopérabilité des systèmes informatiques des différents régimes et branches est ainsi un enjeu pour les années à venir : il s'agit de passer d'une logique d'échange de fichiers à des systèmes d'information communs. La mise en place de la Déclaration Sociale Nominative (DSN) qui va remplacer, automatiser et simplifier toutes les déclarations sociales demandées aux entreprises, constitue à ce titre une amélioration notable.

3. Les moyens humains et financiers

La mise en œuvre des coopérations a un coût pour les organismes impliqués, qui en attendent un avantage en retour. Ces coûts sont de différentes natures (personnel, achats divers, travaux, développements SI...) et interviennent à différents moments de la coopération. On peut ainsi considérer qu'il existe un « ticket d'entrée » au démarrage des coopérations, avec un temps de préparation préalable (diagnostic, réunions de coordination, achat de matériel, etc.). Des moyens doivent ensuite être consacrés à faire vivre la coopération, notamment en termes de mobilisation du personnel sur l'action elle-même mais aussi sur son pilotage, et en termes d'accompagnement du changement (communication, formations, etc.).

Les organismes locaux consacrent plus ou moins de moyens aux coopérations, en fonction de leurs marges de manœuvre budgétaires, mais aussi de la priorité que constitue la mise en œuvre de l'action. Ainsi, la CPAM de la Loire constate que le niveau d'implication de la CAF dans le parcours maternité peut varier en fonction de ses propres priorités, sachant que le parcours est une initiative de la branche maladie et que la CAF n'a pas d'objectif spécifique sur cette action. Concernant la JPO, la prise en charge des frais afférents à la manifestation dans le cadre du 70^e anniversaire de la Sécurité sociale a permis de supprimer un frein dans l'implication des organismes.

Les restructurations internes peuvent également avoir des conséquences sur les organisations et les engagements externes. Ainsi, à la CPAM de la Loire, un agent d'accueil a remplacé le référent technique dans le binôme d'animation des réunions de présentation du parcours invalidité avec la CARSAT. Le référent technique n'intervient plus que ponctuellement, pour permettre à l'agent d'accueil de maîtriser les modifications législatives. La CPAM du Rhône a quant à elle maintenu le référent technique.

Dans un contexte de raréfaction des ressources, la mobilisation des moyens dépend du bénéfice attendu. Or, le retour sur investissement n'est pas immédiat, et n'est pas forcément de la même nature que les moyens engagés. Ainsi, la mobilisation de travailleurs sociaux sur les actions de prévention dans le cadre du Bien vieillir sont susceptibles de limiter les coûts d'une prise en charge médicale tardive. Cette logique d'anticipation est affichée également dans les parcours attentionnés. Elle rend délicat le calcul rationnel d'un retour sur investissement des coopérations, notamment en l'absence d'une réelle évaluation des résultats des coopérations.

E. L'accompagnement des coopérations par les politiques RH : un enjeu

A partir de nos observations et de nos entretiens, il apparaît que les agents des organismes ont davantage développé une culture de branche ou de régime qu'une culture institutionnelle Sécurité sociale. Cette situation peut résulter d'une mobilité professionnelle inter-branches et inter-régimes peu développée, mais aussi de la professionnalisation des branches.

1. Une connaissance faible des missions des autres organismes de Sécurité sociale accentuée par une faible mobilité des agents

Un des facteurs favorisant le développement des coopérations est la connaissance des missions, des besoins et des projets des autres organismes de sécurité sociale du territoire. Cette connaissance partagée permet d'identifier les enjeux, les publics, les territoires qui sont communs et qui peuvent faire l'objet d'une coopération. Or, nos échanges avec les agents des caisses montrent, en général, une faible connaissance des missions et des projets des autres organismes que le leur.

S'il est vrai que les journées portes ouvertes permettent d'actualiser la connaissance réciproque des projets des différents organismes, ces actions demeurent trop ponctuelles pour permettre une réelle compréhension des enjeux des autres caisses du territoire.

De plus, la mobilité géographique ou fonctionnelle des agents de la Sécurité sociale est très faible et ce, malgré une convention collective unique pour le régime général, récemment amendée de dispositions de compensation financière (prime de mobilité équivalent à 4 mois de salaire, remboursement des frais de déménagement, accélération du déroulement de carrière des agents de direction). Le rapport annuel de l'UCANSS recense en 2014 un taux de mutations inter-organismes au sein du régime général de 0,47%, dont moins du quart concernent des mutations inter-branches. Ce taux de mobilité est toutefois sensiblement plus élevé pour les agents de direction (6,9%).

2. La professionnalisation des branches

La complexité des législations des branches et régimes et le niveau attendu de qualité de service entraînent une spécialisation des agents sur leur cœur de métier. Il est en effet attendu d'eux une expertise de plus en plus importante, dans la mesure où les outils informatiques sont aujourd'hui capables de traiter la plupart des situations simples.

Cette spécialisation par branche est notamment visible dans l'exemple de l'accueil commun CAF et CPAM à Saint-Etienne. La mise en place des nouvelles modalités d'accueil requiert de part et d'autre une plus grande polyvalence des agents sur les différents métiers d'accueil, ce qui rendrait trop difficile, selon les cadres rencontrés, la mise en place d'une polyvalence entre les branches pour la réponse de premier niveau. Cette organisation existe pourtant dans les guichets uniques que sont les MSA ou les CGSS, la spécialisation par branche intervenant alors seulement en second niveau.

La gestion des ressources humaines constitue ainsi un enjeu pour l'accompagnement des coopérations, dans le sens d'une plus grande ouverture des métiers et des postures.

L'existence et le bon fonctionnement de coopérations inter-organismes sont ainsi conditionnés à différents facteurs, et en premier lieu la définition d'un intérêt commun, que ce soit dans le but de toucher un public cible, ou d'organiser en commun certaines activités. La

volonté de voir aboutir la coopération par les acteurs concernés, sous-tendant le portage du projet, s'appuie souvent sur un certain formalisme, qui se révèle être une étape nécessaire à l'engagement de moyens humains et financiers. Ces conditions matérielles des coopérations semblent jouer un rôle à part, puisque si elles peuvent être la cause initiale d'une coopération, il paraît cependant difficile de considérer qu'une coopération échoue ou n'a pas lieu du fait d'un manque de moyens. En effet, lorsque les priorités de chacun sont bien définies, rares sont les occasions où les moyens ne peuvent pas suivre. C'est sans doute davantage la problématique RH qui constitue aujourd'hui le principal frein aux coopérations.

Au cours de nos recherches, nous avons ainsi pu constater que les coopérations inter-organismes pouvaient être un outil efficace pour pallier les limites de la segmentation des caisses entre branches, entre régimes, voire entre territoires. Le champ des coopérations paraît ainsi extrêmement étendu, chaque action pouvant a minima être l'objet de coopération bilatérale, et a maxima s'inscrire dans un plan d'ensemble pensé au niveau d'un territoire réunissant toutes les caisses, voire les partenaires extérieurs concernés (ARS, conseils départementaux, CCAS...). Ces coopérations sont de plus créatrices de valeur : permettant d'ancrer les problématiques de protection sociale au sein des territoires, elle pourrait permettre de remplir l'objectif tant de fois annoncé de « replacer l'assuré au centre de la Sécurité sociale ».

Par ailleurs, alors que des actions de coopérations de grande ampleur existent sur le territoire étudié, il est intéressant de constater qu'elles sont presque toutes portées au niveau national. A l'image du Bien vieillir, les caisses locales jouent souvent le rôle d'expérimentateur des coopérations autour d'actions innovantes, que les caisses nationales repèrent avant d'en généraliser certaines sur l'ensemble du territoire. Ces rôles respectifs paraissent aujourd'hui structurants pour le développement des coopérations, dans un contexte de renforcement du pilotage des réseaux par les caisses nationales. Localement, sans une volonté personnelle des agents susceptibles de porter les coopérations, c'est bien souvent leur caractère obligatoire qui est déterminant.

III. LES PRECONISATIONS : S'IL EST POSSIBLE DE DEVELOPPER UNE DEMARCHE TYPE DE COOPERATION, CELLE-CI NE S'INSCRIRA DANS LE LONG TERME QUE PAR L'ANCRAGE D'UNE IDENTITE COMMUNE « SECURITE SOCIALE »

Cette partie a pour objectif de présenter nos propositions visant à favoriser le développement des coopérations.

De nos recherches et analyses, nous avons pu mettre en évidence des constats forts qui se sont avérés soit facilitants pour les coopérations observées, soit au contraire se sont révélés être des insuffisances pour atteindre les objectifs fixés.

Le point commun à tous ces sujets est qu'ils ont été conduits en mode projet, avec des similitudes d'étapes même s'il peut exister certaines spécificités induites par leur environnement.

Nous proposons donc dans un premier temps, de formaliser une démarche type qui retrace les étapes clé et les livrables nécessaires à une mise en œuvre réussie d'un projet de coopération dans le domaine de la protection sociale. Elle se construit selon le principe de l'amélioration continue et ne nécessite ni préalable, ni évolution institutionnelle.

Dans un deuxième temps, nous faisons un certain nombre de préconisations qui visent à favoriser les coopérations et qui pourraient être impulsées à moyen terme, sous réserve de volonté et de décision nationales. Elles concernent la communication institutionnelle interne et la gestion des ressources humaines.

Enfin, dans un troisième temps, nous formulons l'ambition d'une grande réforme organisationnelle qui pourrait être vue comme un aboutissement des coopérations.

A. Vouloir, construire et accompagner la coopération à court terme grâce à une proposition de démarche type

Sur le terrain, les analyses menées dans le cadre de cette recherche-action ont permis d'identifier une logique de conduite de projet propre à ce type de démarche de coopérations.

Nous proposons, à partir de l'identification des facteurs clé de succès une démarche type. Cette proposition tient compte des réalités actuelles et peut être mise en place sans attendre d'évolutions majeures dans les comportements, législations ou ajouts de moyens supplémentaires spécifiques. Dans une logique d'amélioration continue, les expérimentations doivent s'ajuster constamment aux réalités perçues et constatées.

Il schéma serait le suivant :

- ▀ identifier les pré-requis : définition de l'objet et des missions portées dans / par la coopération dans des domaines porteurs et favorables à ce type d'action, identification et connaissance des acteurs voire des parties prenantes et intéressées, expression d'une volonté et des valeurs partagées exprimées. Cela permet la construction d'un projet clair.
- ▀ identifier les points de vigilance (notamment en mesurant l'impact sur les autres acteurs, en s'assurant de leur bonne information)
- ▀ expérimenter en mettant en œuvre les outils idoines (définition d'objectifs et d'indicateurs pertinents, analyses d'impact, recueil de satisfaction, etc)

- ▼ réaliser un bilan et ajuster en fonction des résultats, de la faisabilité de la déclinaison opérationnelle des objectifs de départ
- ▼ officialiser par la contractualisation
- ▼ communiquer
- ▼ étendre la couverture de la coopération avec le soutien des caisses nationales concernées
- ▼ évaluer de façon récurrente la généralisation par la mesure de la valeur ajoutée (pour les clients, pour les organismes, pour la collectivité, grâce à l'identification d'indicateurs)

Schématisation de la démarche type



Il s'agit pour nous de proposer également une fiche-action pour approfondir les étapes clé, avec les objectifs, actions types, outils et indicateurs qui peuvent non pas garantir mais au moins limiter les échecs d'opérations de coopération (cf. annexe).

B. Les préconisations opérationnelles visant à favoriser le développement des coopérations : une identité commune et des politiques de gestion des ressources humaines

1. Intensifier la construction d'une identité commune autour des valeurs communes

Les **valeurs communes** de la sécurité sociale que sont la solidarité, la responsabilité, l'unité et l'universalité doivent être constamment rappelées et expliquées. Les récents mouvements de désaffiliation montrent combien ces rappels sont utiles pour l'acceptation des modes de financement de la sécurité sociale.

Des événements d'ampleur nationale comme les manifestations du 70e anniversaire prennent alors tout leur sens et leur importance et sont à maintenir. La poursuite de la construction d'une **image de marque** devrait améliorer la visibilité de la Sécurité sociale auprès de ses agents. Pour ces derniers, le sentiment d'appartenance à une même entité peut favoriser l'envie et donne du sens aux coopérations.

Elle gagnerait en efficacité à être portée par une communication institutionnelle non seulement nationale mais également locale.

Nous pensons qu'une communication institutionnelle interne efficace mettant en avant les missions et valeurs des différentes branches améliore la connaissance que peuvent avoir les agents des OSS des différents enjeux, missions et objectifs (exemple du livret des parcours clients personnalisés par région sur le modèle du livret de la JPO 2014 à généraliser, d'organisation de manifestations collectives « Sécurité sociale »).

Préconisations

-Intensifier les actions visant à promouvoir auprès des acteurs institutionnels et des agents, les missions, valeurs et objectifs de la sécurité sociale au travers d'une **identité visuelle forte et unique** pour l'ensemble des branches et régimes.

-Généraliser le livret des parcours clients personnalisé par région en précisant les adresses des OSS locaux.

2. Par leur caractère transversal, les politiques RH constituent un levier pertinent pour favoriser la création d'actions de coopération et renforcer les liens entre OSS

La connaissance commune des problématiques et offres de service de chaque branche et régime, facteur clé au développement des coopérations, pourrait être renforcée par la **mobilité** des agents de Sécurité sociale. Il existe déjà plusieurs outils qui sont progressivement mis en place afin de faciliter les parcours inter-branches et inter-régimes. Ils pourraient être renforcés et promus comme facilitant les mobilités et déboucher sur de nouveaux parcours professionnels.

▼ Les formations interbranches : un des leviers forts de la mobilité

L'UCANSS propose chaque année davantage de formations interbranches. On compte à ce jour 145 modules interbranches. Ces formations sont co-construites avec les caisses nationales.

L'UCANSS, les caisses nationales et la commission paritaire nationale de l'emploi et de la formation professionnelle (CPNEFP) ont développé les certificats de qualification professionnelle dont plusieurs sont interbranches. Pour exemple, le CQP manager opérationnel interbranche.

Par conséquent, les caisses nationales ont une plus-value importante pour outiller les caisses locales sur l'accompagnement des collaborateurs dans le cadre de coopérations qui entraîne des changements RH. L'UCANSS apporte des repères méthodologiques.

En outre, des formations initiales communes comme le diplôme d'assistante sociale peuvent faciliter le travail en transversal même si les disciplines sont plutôt plurielles.

Toutefois, même si les formations sont de plus en plus partagées entre les branches et que des certificats de qualification professionnelle sont interbranches, les expertises et les métiers ne sont pas mutualisés entre plusieurs caisses : la médiation ou le recouvrement des créances. Il n'existe pas non plus de réseaux d'experts inter-branches. Or, un répertoire des métiers a été élaboré en interbranche.

Ces mutualisations ou ces pôles d'expertises pourraient faciliter les coopérations en jouant le rôle de pivot. En effet, travaillant pour le compte de plusieurs caisses de branches différentes, ces agents auraient une connaissance du fonctionnement de chacune et faciliteraient la communication entre chaque organisme. Cela réduirait le fonctionnement en tuyau d'orgue qui est un frein aux coopérations.

▼ Des outils spécifiques pour renforcer la mobilité

L'Ucanss travaille actuellement sur la définition d'outils visant spécifiquement à favoriser la mobilité.

Une expérimentation est actuellement réalisée dans le Nord-Pas-de-Calais. Il s'agit d'identifier les outils puis de les tester dans ce bassin d'emploi avant une éventuelle généralisation. Plusieurs outils sont évalués : stage d'immersion, guide sur la mobilité.

Par ailleurs, un projet destiné spécifiquement aux ADD est en cours d'expérimentation :

- la revue des viviers dont l'acte fondateur est le rapport Morel. Cette action est en direction des sous-directeurs et DA et concerne également le RSI, la MSA et l'ARS.
- un processus au niveau du comité des carrières pour les postes de directeurs et agents comptable.

Zoom sur le Rapport Morel : dans le cadre de son diagnostic initial spécifiquement consacré à la carrière des cadres dirigeants des organismes de sécurité sociale, le rapport Morel publié en décembre 2010 fait le constat, entre autre, d'une faible mobilité interne (0,63%) et externe (5,6%). Ce faible turn-over est peu propice à la découverte d'autres branches ou régimes. Sur ce point particulier, le rapport Morel préconise la mise en place d'un certain nombre d'outils inter-branches et inter-régimes comme :

- « un centre (commun) d'évaluation pour les candidats à la liste d'aptitude des directeurs et d'un observatoire inter-branches et inter-régimes (RSI au moins) des ressources dirigeantes. Cet observatoire aurait entre autre pour objectif d'animer une revue annuelle des viviers disponibles pour la mobilité entre les 4 caisses nationales et le RSI ; un système d'information entre les branches et les régimes adéquat est un préalable à cette opération.

- le passage obligatoire par les formations de l'EN3S pour tout candidat à un poste d'ADD. L'accompagnement institutionnel à la prise de fonction est d'abord un impératif dans un parcours encouragé de mobilité, qu'elle soit fonctionnelle, inter-organismes, inter-branches et inter-régimes. Organisé par l'EN3S pour l'ensemble des branches, l'accompagnement doit être obligatoire pour les ADD et les directeurs à chaque prise de poste. Le changement de

branche, prévu pour les ADD, pourrait dynamiser également leurs parcours avec la formalisation dans les contrats de travail des directeurs des organismes (contrats types nationaux) d'un principe de mobilité après une période déterminée, éventuellement renouvelable.

- l'affichage dans la convention collective du principe de mobilité pour les agents de direction, les directeurs et les agents comptables donnerait enfin une visibilité institutionnelle à cet impératif. »

▼ Conséquences du renforcement des outils de mobilité : de nouveaux parcours professionnels

Ces différents outils devraient permettre de construire de nouveaux parcours professionnels, notamment autour de nouveaux métiers. On pourrait identifier par exemple :

- Les métiers de la relation client comme les agents d'accueil de premier niveau capable de renseigner et d'orienter les assurés dans la logique du « guichet unique » sur 2 ou 3 législations ;
- Les métiers de l'action sociale, car les travailleurs sociaux ont en général les mêmes formations initiales et les mêmes compétences techniques requises ;
- Les métiers du management opérationnel des équipes de production ;
- Les métiers des fonctions support (ressources humaines, logistique, achats, marchés, juridique, organisation, optimisation des processus, pilotage, budget, comptabilité, communication, etc) ;

Dans le cadre de nouveaux parcours professionnels à construire, il s'agirait de faciliter le passage dans différentes branches pour bien appréhender les missions et de valoriser une mobilité dans ces fonctions qui ne sont pas spécifiques aux branches. Une politique spécifique de rémunération pourrait être envisagée lors de l'acquisition de compétences nouvelles.

Préconisations

- Poursuivre le développement des formations inter-branches
- Développer les stages d'immersion et les actions de découvertes des autres branches
- Valoriser de nouveaux parcours professionnels ouverts sur plusieurs branches et régimes

Ces préconisations rejoignent celles de la RA 52e sur l'intégration des nouveaux collaborateurs⁴.

⁴ L'enjeu de la recherche –action de la 52e promotion sur l'intégration des collaborateurs est de proposer des préconisations sur les modalités de mise en œuvre d'une politique d'intégration institutionnelle pour les collaborateurs du service public de la Sécurité sociale. Leurs recommandations ne s'adressent pas seulement aux nouveaux salariés mais aussi à ceux qui sont plus anciens dans l'Institution. Ils proposent que « cette politique d'intégration institutionnelle, qui serait centrée autour des valeurs communes à l'ensemble des régimes de Sécurité sociale, pourrait, d'une part, favoriser la mobilité entre les branches et les régimes (donnant un « second souffle » à une carrière) et, d'autre part, fédérer l'ensemble des branches et des régimes autour d'une image employeur Sécurité sociale unifiée. Nos préconisations se déclinent selon trois thématiques essentielles : mettre en place une politique d'intégration inter branches et inter régime, favoriser la mobilité interne et enfin encourager le développement d'un sentiment d'appartenance à l'Institution en construisant une image employeur de la Sécurité sociale dynamique et positive. »

▼ **Dans ces conditions, la coopération inter-organismes ne devrait plus être considérée comme une activité marginale mais constituer un objectif en soi des OSS**

3. *L'expression ultime de ces coopérations, ne s'exprimait-elle pas dans le modèle que constituent les Caisses générales et la Caisse commune de sécurité sociale ?*

Parmi les organismes de sécurité sociale, il en existe certains qui ont adopté des formes juridiques et d'organisation atypiques. Ainsi, les Caisses générales de sécurité sociale (CGSS) que l'on retrouve dans les 4 départements d'outre-mer, la Caisse commune de sécurité sociale de la Lozère (CCSS), la Caisse de sécurité sociale de Mayotte (CSS), ont été créés en réponse à des réalités et des spécificités territoriales géographiques et socio-économiques qui leur sont propres. Concrètement, ces modèles sont économiquement plus viables et soutenables, plus efficaces qu'une juxtaposition de 4 caisses locales, notamment dans des contextes de populations affiliées peu nombreuses et du fait de la taille critique. Ils répondent aux besoins du territoire en ce qu'ils sont proches des populations (dans l'espace et dans le partage des réalités locales) et économiquement indispensables à leur développement. Si un diagnostic territorial partagé a été réalisé pour la Lozère, il n'est pas certain que ce type d'outil existait en 1950 date de la création des CGSS dans les DOM. Pourtant, nombre des missions remplies par ces organismes sont conformes à la définition retenue pour le terme « coopération ». On pourrait même y voir l'aboutissement car sous ces formes d'organisations, il n'existe plus qu'une entité juridique et de gestion.

Aujourd'hui, tous ces organismes (CGSS-CSS, CCSS) communiquent chacun sous une même identité visuelle/ un logo unique, offrent un panel de services cohérents avec des plates-formes de contacts multi-canal uniques, sur des points d'accueil multi-risques.

Certaines CGSS ont développé des concepts de guichet unique ou d'agences locales de sécurité sociale, avec des espaces d'accueil présentant plusieurs espaces accessibles à toutes les catégories de clients (libre-service, accueil spontané, accueil sur rendez-vous, espace social pour les urgences sociales). Les réponses de niveaux 1 sont opérées par des agents formés sur les bases simples de deux ou trois législations. Des outils informatiques « customisés » avec une interface informatique unifiée complète cette approche globale du client en masquant la multitude des applicatifs nationaux qui sous-tendent chacune des branches. Cela se caractérise aussi par la mise en place d'un processus de « Gestion du dossier client » à la CGSS de la Martinique par exemple qui organise la prise en charge global des clients, optimise les échanges de données et leur mise à jour (*dans le respect de la réglementation Informatique et Libertés*), un processus Ecoute client qui réalise des enquêtes de satisfaction locales orientées CGSS (en plus des enquêtes nationales diligentées par catégorie de risque). Pour l'assuré, cela apporte une simplification des démarches (un seul point d'entrée pour mettre à jour sa situation), une prise en charge globale de sa situation sociale (action sociale maladie et retraite), etc.

La CCSS de la Lozère a su adapter son modèle à la réalité d'un territoire situé en zone de redynamisation urbaine. Le modèle expérimental dans ces premières années et porté localement, a été plébiscité par les assurés, les administrateurs et les agents, puis confirmé par les Conseils d'administration des Caisses nationales. De même, le territoire des Hautes-Alpes soumis à une configuration économique proche de celle de la Lozère, est en train de

se doter d'une direction unique CPAM/CAF, prémisses peut-être à la création d'une nouvelle CCSS.

S'il n'est pas ici question de généraliser le modèle de caisse unique de sécurité sociale, il peut sembler pertinent de l'envisager lorsque les territoires se prêtent à cette opportunité (éloignement des centres de décision et de pilotage, étroitesse du tissu économique et donc du nombre de partenaires, taille critique non atteinte, culture du besoin de proximité des accueils physiques, etc), et comme modèle ultime de coopération.

Préconisations

- Modéliser la création de Caisse (commune ou générale) de sécurité sociale inter-risques à comparer avec les solutions de mutualisation intra-branche et mono-risque voire mono-activité dans les territoires isolés ou économiquement fragilisés
- La formalisation d'une pré-coordination à travers une COG transverse

Il s'agirait alors de bâtir le cadre d'une pré-coordination, par exemple en intégrant cet objectif dans une COG transversale dans le but d'optimiser les possibilités de coordination inter-organismes et inter-branches.

Toutefois, la signature d'un tel document apparaît compliquée. En effet, l'article 110 de la LFSS 2012 prévoyait la signature d'une convention-cadre de performance du service public de la Sécurité sociale entre l'autorité compétente de l'Etat et les organismes nationaux de Sécurité sociale.

Cette convention devait déterminer plusieurs objectifs en vue de fixer des actions communes en matière :

- de mise en œuvre des mesures de simplification et d'amélioration de la qualité du service aux assurés, allocataires et cotisants ;
- de mutualisation entre organismes, notamment dans le domaine de la gestion immobilière, des achats, des ressources humaines, de la communication et des systèmes d'information, en cohérence avec le plan stratégique des systèmes d'information du service public de la sécurité sociale arrêté par le ministre chargé de la sécurité sociale ;
- de présence territoriale des différents régimes et différentes branches ;
- d'évaluation de la performance des différents régimes.

Ce projet a fait l'objet de travaux préparatoires avec les caisses nationales mais n'a pas débouché en raison de l'opposition des présidents de Conseils d'administration. De ce fait, cet outil n'est actuellement pas utilisé pour favoriser les travaux en inter-branches ou inter-régimes au sein de la Sécurité sociale.

La négociation d'une COG transverse pourrait être relancée selon de nouvelles modalités pour être mieux acceptée. Il s'agirait par exemple de restreindre son périmètre aux thématiques et aux territoires où les actions communes notamment de coopération apparaissent opportunes et adaptés aux besoins des populations.

Sur la base de diagnostics territoriaux partagés et sur les territoires idoines, la déclinaison de cette COG transverse pourrait se traduire par la signature des CPG avec les organismes de base concernés.

Préconisations

- Relancer la négociation d'une nouvelle COG transverse en redéfinissant son périmètre.

4. *Etudier l'opportunité du vote de l'article 57 du PLFSS 2016 pour développer de nouvelles coopérations*

Dans son article 57, le PLFSS 2016 prévoit la mutualisation entre des branches et des régimes différents de la Sécurité sociale qui va forcer au rapprochement sur des questions matérielles mais qui pourraient favoriser une réflexion ultérieure sur l'offre de service.

S'il est mis en œuvre, il sera intéressant d'observer si le caractère vertueux des coopérations se révèle efficace, chaque coopération réussie encourageant à approfondir celles-ci et à réitérer l'expérience dans d'autres domaines.

Par exemple, au départ de l'accueil commun CAF-CPAM, était mis en place un échange de données, afin de faciliter la mise à jour des adresses des assurés par la CPAM, les fichiers de la CAF étant réputés plus fiables. Cette coopération s'est aujourd'hui étendue aux bénéficiaires du RSA, afin de leur faire bénéficier de la CMU-C.

De même dans le cadre du GCSMS, une fois que celui-ci fut installé, les organismes ont cherché à approfondir leur coopération en termes d'action sociale, et ont ainsi créé une allocation, l'allocation de retour au domicile après hospitalisation, harmonisant ainsi leur politique.

Une coopération réussie, en créant une relation de confiance entre des acteurs, peut ainsi leur permettre d'identifier plus facilement leurs intérêts communs et la faisabilité d'une coopération afin de les défendre.

Préconisations

- Suivre et évaluer l'impact de l'article 57 sur le développement des coopérations

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 : grilles d'entretien (de premier niveau et de précision)

Annexe 2 : liste des interlocuteurs qui nous ont reçus pour des entretiens qualitatifs de premier niveau et de précision

Annexe 3 : exemples de conventions de coopérations présentes sur le territoire (accueil CPAM/CAF, parcours invalidité, Bien vieillir, journée portes ouvertes)

Annexe 4 : méthodologie du nuage de mots et présentation qualitative et quantitative des résultats du sondage

Annexe 5 : étude du modèle CGSS/CSS

Annexe 6 : démarche-type permettant d'identifier le sujet de la coopération dans le domaine de la protection sociale et les conditions de réussite

RECHERCHE – ACTION N°7

ENTRETIEN QUALITATIF

FORMATION INITIALE
2015-2016
54^{ème} promotion

Version n°2
Date : 28/04/2015
Statut : Validé

La coopération territoriale entre organismes de Sécurité sociale : quelle réalité ?

Freins et facteurs de succès (territoire d'observation : Loire / Rhône)

▼ OBJECTIFS DES ENTRETIENS :

Ces entretiens doivent nous permettre d'identifier :

- la représentation que les CN, ADD et cadres se font du territoire : vision fonctionnelle, stratégique, l'offre de service, etc ;
- les champs de coopération existants ou envisagés entre caisses prestataires d'un même régime ou de régimes différents sur un territoire,
- les conditions de réussite et les freins qui les limitent

▼ RAPPEL DU CONTEXTE ET DEFINITIONS DE LA RA :

La recherche-action exclut les stratégies nationales de mutualisations pilotées par l'UCANSS ou par les caisses nationales, portées par des logiques techniques ou fonctionnelles. Elle se concentrera donc sur les coopérations inter-branches et inter-régimes entre organismes de Sécurité sociale qui relèvent d'une logique de territoire, au sens où elles sont porteuses d'un projet d'ordre stratégique, qui s'adapte aux besoins des usagers mais aussi des organismes eux-mêmes, et qui se réalise dans la proximité (coopérations en matière d'offre de service mais également leurs incidences sur le cœur de métier des personnels de Sécurité sociale, sur les politiques RH)

*Dans le cadre de notre recherche, le **territoire** se définira comme une zone géographique sur laquelle les OSS ont compétence dans leurs domaines pour répondre aux besoins d'un public commun.*

*La **coopération** entre organismes de Sécurité sociale s'entendra comme la volonté commune de construire, à partir d'un diagnostic partagé des besoins, un projet visant à développer une offre de service globale et pertinente sur un territoire. Par conséquent, la **coopération** se distinguera de la **mutualisation** en tant qu'elle poursuit davantage un objectif de performance à l'échelle du territoire et pour répondre à ses besoins. Les **mutualisations** seraient par définition pilotées par l'UCANSS ou*

par les caisses nationales, portées par des logiques techniques, fonctionnelles et par souci d'économie.

TRAME ENTRETIEN QUALITATIF AVEC LES CAISSES NATIONALES

▼ PRESENTATION DE L INTERVIEWE :

Caisse nationale

M/Mme :

Fonction :

Responsabilités actuelles :

Parcours institutionnel et autre :

Ancienneté dans l'institution : ...

.....
.....

1- Au niveau national, comment sont définies les notions de :

- Territoire : ...
- Coopération :
- Mutualisation : ...

2- Quelle est la position de la caisse nationale sur la coopération au niveau national ? Pouvez-vous illustrer par des exemples ? et au niveau local ? avez-vous également des exemples ? Les caisses nationales favorisent-elle les coopérations ? Si oui comment ? Si non, pourquoi ?

3- Lorsque vous avez connaissance d'opérations de coopération concluantes sur un territoire, cherchez-vous à les généraliser ?

4- Avez-vous eu connaissance d'un projet de coopération qui n'aurait pas été concluant et connaissez-vous les causes de l'échec ?

5- Quels sont les principaux atouts d'une coopération en termes d'offre de service et de qualité de service à l'utilisateur ?

6- Quels sont les facteurs de réussite d'une coopération au niveau local ?

- 7- Quelles sont les conséquences en termes d'organisation des services et de développement des compétences et de formation des agents ?

- 8- Pour la caisse nationale, existe-t-il des territoires type de coopération (région administrative, département, bassin de vie, bassin d'emplois, frontières géographiques naturelles, ...) ?

- 9- Est-ce que certaines branches ou certains régimes se prêtent mieux aux coopérations, notamment du fait de la proximité des attentes du public ?

- 10- Quels sont les domaines dans lesquels ce sont, ou faudrait-il, développer les coopérations ?

- 11- Quelles seraient les limites de la coopération, du point de vue de l'utilisateur ? de l'organisation ? du système d'information ? de la législation ?

TRAME ENTRETIEN QUALITATIF AVEC LES CAISSES LOCALES

▼ PRESENTATION DE L INTERVIEWE :

Caisse :

M/Mme :

Fonction : ADD Cadre Autre

Responsabilités actuelles :

Parcours institutionnel et autre :

Ancienneté dans l'institution : ...

▼ DEFINITIONS ET PERCEPTIONS :

Comment définissez-vous (spontanément) les notions de ...

Territoire : ...

Coopération :

Mutualisation : ...

Si besoin, recentrer l'approche avec notre définition

▼ EXPERIENCES :

1- Avez-vous eu connaissance ou avez-vous vécu des expériences de coopérations ? si oui :

- Comment la coopération s'est-elle organisée ? autour de quelle gouvernance ?
- Qui en a eu l'initiative ?
- Quel est l'objet de cette coopération ? quels sont les objectifs poursuivis ?
- Évaluez-vous la satisfaction des usagers par rapport à cette offre ?
- Quel bilan pour les usagers, le gestionnaire et le territoire? (d'un point de vue offre de service, financier, logistique, RH, partenarial, ...)
- Quels sont les principales clés de succès ?
- Quelles limites et quels freins observez-vous ? (institutionnels, législatifs, hiérarchiques, administratifs, financiers, politiques, humains)
- Votre expérience est-elle connue des caisses nationales ? des autres OSS ? qu'en pensent-ils ?

- 2- Connaissez-vous des expériences qui ont échoué ? Si oui, pour quels motifs / quelles causes ?

- 3- Avez-vous des échanges avec vos homologues des autres OSS de la ville, du département, du territoire ?
 - si oui, à quelle occasion ? sous quelles modalités ?
 - si non, pourquoi ? le souhaiteriez-vous ?
 - dans quelle mesure estimez-vous que de tels échanges pourraient être utiles ?

- 4- Quels échanges avez-vous ou seriez-vous prêts à avoir, avec des partenaires, autres que OSS, sur le même territoire ? quels sont les facteurs qui vous pousseraient à coopérer ?

- 5- Selon vous, existe-il des domaines où il est plus simple de faire des coopérations ? (*gestion du dossier client, accès aux droits, action sociale, recouvrement d'indus, détection de la fraude*) ... des branches ou des régimes avec lesquels il est plus facile de coopérer (*maladie/famille, maladie/retraite, ...*) ?

- 6- Si vous aviez une « baquette magique », quelle serait la coopération idéale ?

▼ APPROCHE THEORIQUE ET GENERALE :

1. Selon vous, la coopération entre OSS serait-elle source d'efficience et d'efficacité, et justifierait-elle donc, malgré les coûts de concertation, une coopération plus grande entre organismes, voire entre régimes ?

2. Il existe de nombreuses coopérations et mutualisations entre OSS : les unions immobilières, la caisse commune de Lozère, la centralisation de la politique RH au niveau de l'UCANSS, etc. Cependant, celles-ci semblent avoir pour but de réaliser des économies d'échelle, plutôt que de développer une stratégie territoriale. Qu'en pensez-vous ?

3. Quels sont les critères de définition d'un périmètre de coopérations entre OSS relevant de branches ou de régimes différents et situés sur un même espace géographique ? Un territoire homogène vous semble-t-il pertinent comme critère ?

4. Quelle valeur ajoutée se dégage des coopérations inter-organismes ? inter-branches ? inter-régimes ?

5. Dans quelle mesure la volonté des ADD est-elle déterminante dans la mise en place des coopérations ?

6. Pensez-vous que les caisses nationales favorisent les coopérations inter-branches ?

TRAME ENTRETIEN QUALITATIF AVEC L'UCANSS

1. **État des lieux des formations interbranches :**

- ▼ projet de développer des formations inter-branches pour certains métiers (par exemple, accueil de premier niveau) ;
- ▼ projet de création d'un institut de formation à compétence nationale réunissant l'ensemble des instituts de formation régionaux : existe-t-il des projets de création de métiers inter-branches ?

2. **Mobilité géographique et inter-branches :** quels sont les leviers d'action ? (

- ▼ projet de coordination avec les caisses nationales du développement d'expérimentations locales visant à mettre en œuvre, dans un bassin d'emploi et dans un cadre interbranche voire inter-régimes, des actions visant à favoriser le développement des mobilités des salariés

3. **Réforme qui vise à favoriser les parcours inter-branches et inter-régimes des ADD.**

- ▼ mise en place d'une revue des viviers ;
- ▼ rencontres thématiques communes aux ADD des 4 branches du RG voire des autres régimes

Quel est le rôle de l'UCANSS ?

4. **Répertoire des métiers et nomenclature des emplois de l'UCANSS :** comment peut-il favoriser le développement des coopérations inter-branches ?

5. **Développement des parcours professionnels inter-branches :** quelles réalités ? Quels sont les outils ?

- ▼ pour exemple, actions pour favoriser l'organisation de stages de découverte dans les différents organismes.

ANNEXE 2 : LISTE DES CONTACTS SOLLICITES POUR DES ENTRETIENS QUALITATIFS DE PREMIER NIVEAU ET DE PRECISION

Organismes contactés	Personnes contactées			Nature de l'entretien	Entretien Objectif de l'entretien
	Nom	Prénom	Fonctions occupées		
CAF Loire	Henri-Bourgeau	Véronique	Directrice	Entretien de premier niveau	Avoir connaissance des coopérations
CAF Loire	Pichon	Corinne	Responsable accueil	Entretien de précision	Avoir davantage de précision sur les accueils communs à Saint-Etienne
CAF Rhône	Simonnot	Philippe	Directeur		
CARSAT	Racoussot-Gibert	Isabelle	Pôle Communication Interne et Évènementielle	Entretien de précision	Obtenir des informations sur l'origine et l'organisation de la JPO
CARSAT Rhône-Alpes	Medolago		Directrice de l'Assurance retraite	Entretien de premier niveau	Avoir connaissance des coopérations
CARSAT Rhône-Alpes	Gourlier	Fabienne	Elève de la 54e promotion	Entretien de précision en tant qu'ancienne responsable de l'espace Prévention ATOO, Direction de l'Action sociale	Avoir davantage de précision sur le "Bien vieillir"
CARSAT Rhône-Alpes	Michaudon	Catherine	Responsable Département Prévention Séniors et Innovation Sociale	Entretien de précision	Avoir davantage de précision sur le "Bien vieillir"
CARSAT Rhône-Alpes	Monchablon	Laurent	Sous-directeur support production au sein de la direction de l'assurance retraite	Entretien de précision	Avoir des informations sur les accueils communs avec la CARSAT
CARSAT Rhône-Alpes (antenne Saint-Etienne)	Rivaud		Référent technique Retraite	Entretien de précision	Avoir davantage de précision sur le "Bien vieillir"
CCMSA	Istria	Paul	Directeur délégué aux ressources institutionnelles	Entretien de premier niveau	Avoir la vision des caisses nationales sur les coopérations locales

CCMSA	Godrie	Sophie	directrice de la relation de service et des organisations	Entretien de premier niveau	Avoir la vision des caisses nationales sur les coopérations locales
CGSS de la Martinique	Eroni		Attachée de Direction	Entretien de précision	Avoir des éléments supplémentaires sur le modèle des CGSS
CNAF	Marinacce	Frédéric	Directeur des politiques familiales et sociales	Entretien de premier niveau	Avoir la vision des caisses nationales sur les coopérations locales
CNAMTS	Xardel	David	Directeur de l'organisation, de l'optimisation et du marketing	Entretien de premier niveau	Avoir la vision des caisses nationales sur les coopérations locales
CNAMTS	Canevet	Yves	Responsable marketing-relation client au sein du département relation client, DDO	Entretien en tant qu'observateur	Obtenir une vision de la caisse nationale sur le rendez-vous des droits.
CNAMTS	Totrabas	Philippe	Directeur du réseau administratif et de la contractualisation	Entretien de premier niveau	Connaître l'opinion des caisses nationales sur les coopérations
CNAV	Blanckaert	Antonin	Direction de l'action sociale	Entretien de premier niveau	Avoir la vision des caisses nationales sur les coopérations locales
CPAM Loire	Miny	Frédérique	Directrice	Entretien de premier niveau	Avoir connaissance des coopérations
CPAM Loire	Nugère		Pilote micro-processus revenus de remplacement	Entretien de précision	Avoir davantage de précision sur le parcours invalidité
CPAM Loire	Simonet		Responsable du service invalidité	Entretien de précision	Avoir davantage de précision sur le parcours invalidité
CPAM Loire	Picard		Référent technique Invalidité	Entretien de précision	Avoir davantage de précision sur le parcours invalidité
CPAM Loire	Reynaud	Amaury	Responsable des relations clients	Entretien de précision	Avoir davantage de précision sur les accueils communs à Saint-Etienne
CPAM Rhône	Cornu	Nathalie	Responsable Vulnérabilité	Entretien de premier niveau	Avoir connaissance des coopérations
CPAM Saint-Brieuc	Delaire	Nicolas	Directeur GDR	Entretien de précisions en tant qu'ancien sous-directeur à la CCSS	Obtenir des informations sur le bilan de la création de la CCSS

DSS	Gallet	Laurent	Chef de Bureau de la 4e sous-direction de la gestion et des systèmes d'information	Entretien de précision	Obtenir des informations sur les outils mis en place par le Ministère en matière de coopérations
EN3S	Dubois	Céline	Adjointe au directeur de la Stratégie et des Relations Institutionnelles	Entretien de précision	Obtenir des informations sur l'origine et l'organisation de la JPO
MSA Ain-Rhône	Martin	Ludovic	Directeur	Entretien de premier niveau	
MSA Ardèche-Drôme-Loire	Gential	Dominique	Directrice générale	Entretien de premier niveau	Avoir connaissance des coopérations
MSA Ardèche-Drôme-Loire	Laville	Marie-Noelle	Responsable de l'Action sanitaire sociale	Entretien de précision	Avoir davantage de précision sur le GCSMS Atouts prévention
RSI PACA	Georges	Jean-Marie	Directeur	Entretien de précision en tant que un des initiateurs de la CCSS de Lozère	Obtenir des informations sur les conditions de la création de la CCSS de Lozère
UCANSS	Piau	Stéphanie	Responsable ligne produits RH, direction du Développement et de l'accompagnement des ressources humaines	Entretien de précision	Obtenir des informations sur les démarches mises en place pour faciliter les coopérations set la mobilité
UCANSS	Bonvalot	Carole	Directrice du Développement et de l'accompagnement des ressources humaines	Entretien de précision	Obtenir des informations sur les démarches mises en place pour faciliter les coopérations set la mobilité

ANNEXE 3 : EXEMPLES DE CONVENTIONS DE COOPERATIONS PRESENTES SUR LE TERRITOIRE (ACCUEIL CPAM/CAF, PARCOURS INVALIDITE, BIEN VIEILLIR, JOURNEE PORTES OUVERTES)



CONVENTION RELATIVE A L'ACCES A LA CMUC DES BENEFICIAIRES DE RSA

ENTRE :

La Caisse Primaire d'Assurance Maladie de la Loire, dont le siège administratif est situé 3, avenue du président Emile Loubet, 42 000 Saint-Etienne, représentée par son directeur Vincent Verlhac, ci-après dénommée la CPAM,

d'une part,

ET

La Caisse d'Allocations Familiales de la Loire, dont le siège administratif est situé 3, avenue du président Emile Loubet, 42 000 Saint-Etienne, représentée par son directeur Véronique Henry-Bougreau, ci-après dénommée la CAF,

d'autre part,

Vu la circulaire DSS/2AN°99-701 du 17 décembre 1999
Vu la loi 2008/1249 du 1/12/2008
Vu la circulaire ministérielle DSS/2A/2009/181 du 30 juin 2009

Il est convenu ce qui suit :

Préambule

Les usagers des deux services publics désignés sont constitués de populations dont les besoins diffèrent selon la situation qu'ils rencontrent. Certaines catégories de publics, notamment ceux en difficulté économique ou sociale, ont des attentes spécifiques qui réclament une réponse adaptée, par une simplification des démarches et un accompagnement individualisé. C'est le cas notamment des demandeurs de Revenu de Solidarité Active (RSA). Aussi, en vue de faciliter leur accès aux droits et aux soins, la CAF

et la CPAM se sont rapprochées pour mutualiser leurs moyens dans le cadre d'un « parcours attentionné ».

En effet, afin de permettre à toute personne remplissant les conditions de ressources de demander par une démarche unique le bénéfice du RSA et de la CMU Complémentaire, la loi 2008-1249 du 1/12/2008 et la circulaire DSS/2A/2009/181 du 30/06/2009 prévoit que les organismes chargés du RSA apportent leur concours aux demandes de CMU Complémentaire formulées par les demandeurs et les bénéficiaires dont les ressources sont inférieures ou égales au montant forfaitaire.

TITRE I : ENGAGEMENTS DES PARTIES.

Article 1 : Les engagements de la CPAM

La CPAM s'engage à :

- Pour les assurés

- Mettre à disposition de la CAF les documents constitutifs de la demande de CMU Complémentaire, à savoir :
 - le formulaire de demande référencé S 3711d
 - les formulaires de choix de l'organisme complémentaire S 3712 et S 3713

Il est rappelé que ces documents sont disponibles et téléchargeables sur le site ameli.fr. La liste des organismes complémentaires agréés est disponible sur le site du fonds CMU (www.cmu.fr).

- Mettre à disposition la plaquette d'information CMUC destinée aux assurés et réalisée par la CPAM.

- Pour le bon fonctionnement du partenariat

- Identifier un interlocuteur privilégié chargé de suivre ce partenariat.
- Mettre à disposition toute documentation et information sur les dispositifs existants utiles aux formations et informations internes à la CAF. En fonction des besoins de la CAF, une personne habilitée de la CPAM pourra participer à la formation de référents CAF en charge pour leur organisme de la diffusion de l'information.

Article 2 : Les engagements de la CAF

La CAF s'engage à :

- Pour les assurés :

- Remettre à chaque allocataire bénéficiaire du RSA socle, l'ensemble des formulaires de demande de CMUC en précisant le cadre global de cette demande. **La CAF portera le numéro d'allocataire et apposera son tampon sur la demande.**
- Transmettre chaque semaine par voie électronique un fichier des demandes de CMUC à la CPAM ou inciter les assurés à les adresser par courrier à la CPAM.
- Pour les dossiers difficiles, inviter l'assuré à prendre contact avec la CPAM.
- Possibilité d'étendre la remise des imprimés de demande de CMUC à chaque allocataire lorsque l'instruction de sa demande de RSA donnera lieu à l'ouverture d'un droit au RSA, en précisant le cadre de cette demande (leurs droits seront étudiés dans les conditions de droit commun).

- Pour le bon fonctionnement du partenariat

- Identifier un interlocuteur privilégié chargé de suivre ce partenariat
- Relayer en interne auprès de ses techniciens les informations nécessaires au respect de la présente convention.

TITRE II : DUREE DE LA CONVENTION

Article 3 : Durée de la convention

Article 3-1 : La présente convention est conclue pour une durée d'un an

A l'issue de celle-ci un bilan sera établi conjointement par les parties.

Article 3-2 : La convention peut faire l'objet d'avenants et être dénoncée par l'une ou l'autre des parties avec un préavis de 2 mois.

Elle est renouvelable par tacite reconduction.

Article 4 : Evaluation/bilan

Chaque année, la CPAM et les CAF évalueront la pertinence du dispositif.

Fait en 2 exemplaires originaux, à Saint-Etienne, le 13 mai 2013

Le Directeur
de la CPAM de la Loire

Le Directeur
de la CAF de la Loire

Vincent Verlhac

Véronique Henri-Bougreau

PARTENARIAT AVEC LA C.A.F. DE LA LOIRE

▲ COMITE DE PILOTAGE ▲

Objet. Plan de suivi d'actions du partenariat avec la CAF

Mis à jour suite à la réunion du 19/02/2010
 Mis à jour suite à la réunion du 18/11/2010
 Mis à jour suite à la réunion du 07/09/2011
 Mis à jour suite à la réunion du 30/05/2012
 Mis à jour suite à la réunion du 15/11/2012
 Mis à jour suite à la réunion du 23/04/2013
 Mis à jour suite à la réunion du 26/11/2013
 Mis à jour suite à la réunion du 16/10/2014

	Pour action :		Pour information
Destinataires	<ul style="list-style-type: none"> - Anne-Claire Casté - Franck L'Hospital - Corinne Mourgues 	<ul style="list-style-type: none"> - Nadine Dupont - René Oudin - Rémy Kelsen - Philippe Peronnet - Amaury Reynaud 	<ul style="list-style-type: none"> - Marie-Odile Lebrat - Codir

Créé le	24/04/08
Mis à jour le	16/10/2014
Auteur(s)	Nadine DUPONT – Directrice de l'accès aux droits et aux soins Anne Claire CASTE – Directrice du service à l'utilisateur

Annexes :

1. Rappel de contexte

Dans le cadre du développement des échanges inter-organismes, la CAF et la CPAM ont souhaité déterminer les sujets susceptibles de faire l'objet d'une coopération dans le domaine des prestations et de la relation de service afin d'optimiser la qualité du service en direction des assurés / allocataires. Plusieurs pistes ont été retenues dans ces deux domaines d'activité et notamment :

- la compensation entre une prestation CAF et une pension d'invalidité ou un versement FSI : le but est d'améliorer d'une part, la prévention des indus par l'échange d'informations (accès réciproque aux applications métiers, échanges de données, ...) et d'autre part, le recouvrement des indus dans une logique de compensation.
- l'échange de données "adresse" entre la CAF et le pôle Bénéficiaires de la CPAM.
- La mise en place d'actions « facilitatrices » pour les démarches des titulaires du RSA, sociale afin de faciliter l'ouverture de leurs droits à la CMU
- Mettre en œuvre un réseau d'interlocuteurs privilégiés CAF/CPAM pour faciliter les échanges (réseau d'information des deux organismes)
- La promotion et la mise en place coordonnée des parcours clients

Le copil se réunit deux fois par an. Le présent document retrace les échanges tenus lors des réunions de travail et propose un plan de suivi des actions décidées en commun.

Décision du 26 novembre 2013 : Une convention générale chapote l'ensemble des conventions thématiques actuelles, qui deviennent des annexes.

2. Réunion du 16 octobre 2014

Présentation des nouveaux participants et de la nouvelle organisation CPAM :

Anne-Claire Casté est la nouvelle directrice du Service à l'usager de la CAF, en remplacement de Sabine Reynaud.
Nadine Dupont devient directrice de la Direction de l'accès aux droits et aux soins de la CPAM, qui regroupe les activités Gestion du dossier client, activités du front office, prévention et précarité et Centre d'examen de santé (organigramme CPAM joint en annexe).

- Actualisation du plan d'actions
 - Parcours maternité : incertitude liée à l'arrivée de PREPARE
 - Subrogations dans le cadre des attributions de pension d'invalidité
 - Accès à IMAGE
- Actualisation des conventions
 - Echanges dans le cadre du RSA
- Informations diverses
 - Stratégies nationales d'accueil sur rendez-vous : impact sur l'espace libre-service géré en commun au siège.
 - Chantiers immobiliers : perspectives

OBJECTIF	PRECISIONS TECHNIQUES LIBELLE DES ACTIONS A CONDUIRE	ACTEURS	ECHANCE STATUT	RESULTAT DE L'ACTION
2 - Engager les actions nécessaires à la mise en œuvre coordonnée des parcours clients	<p>2.1 Parcours client maternité. Animation conjointe des ateliers proposés aux assurés / allocataires. Formaliser la coopération par la signature d'une convention (modèle national)</p> <p>2.2 Parcours client CMUC Ref : LR 163/2010 du 03/08/2010 sur l'offre de service "CMUC" Formaliser par une convention le partenariat afin de favoriser l'accès à la CMUC des bénéficiaires du RSA socle (ex RMI), et du RSA socle majoré (ex APJ) Créer un module d'information pour les agents de la CAF. Le diffuser. Organisation de la livraison des formulaires et plaquettes</p>	<p>A. REVVAUD</p> <p>R. KELSEN</p> <p>AC, CASTE R. OUDIN</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/></p> <p><input checked="" type="checkbox"/></p>	<p>La participation de la CAF depuis 2013 se poursuivra en 2015.</p> <p>PREPARE : les reports successifs de la loi sur la durée du congé parental et de son partage entre les 2 parents posent des difficultés d'information lors des séances d'information.</p> <p>Projet complété le 4-4-2011 - Validé le 4/4/11</p> <p>Pour 2011, étudier le remplissage automatisé des documents via le fichier des allocataires</p> <p>Formation des agents d'accueil de la CAF en février 2011, par groupes de 8 10, dans la salle des commissions de la CAF</p> <p>Livraisons mensuelles à la CAF des formulaires S 3711 d, 3712 et 3713 selon quantités à préciser</p>

OBJECTIF	N° d'action	PRECISIONS TECHNIQUES LIBELLE DES ACTIONS A CONDUIRE	ACTEURS	ECHEANCE STATUT	RESULTAT DE L'ACTION
		Affiliation automatique à la CMUC des bénéficiaires du RSA	R. KEISEN A. REYNAUD	<input checked="" type="checkbox"/>	<p>L'accord national CNAUTS-CNAF prévoit l'envoi automatique vers la CPAM d'un récépissé de demande de CMUC et du choix de l'OCAM lors de l'attribution du RSA. Le circuit local actuel devra être adapté à l'utilisation du logiciel e-RSA de la CAF.</p> <p>Pour l'instant les CAF ne l'utilisent pas car il génère un travail supplémentaire. L'accord national a abouti en juin 2013 par l'utilisation du récépissé CAF qui permet l'injection directe pour la CPAM : une requête sur les bases CNAF permettrait de contourner le problème (la CAF fait la déclaration à la CNIL) ; il resterait néanmoins à la CPAM de questionner l'assuré sur le choix de l'OC</p> <p>Dans l'attente, la CAF transmet chaque semaine à la CPAM un fichier excel des nouvelles admissions au RSA socle. La CPAM constate l'irrégularité dans l'envoi des fichiers : de plus les NIR sont parfois tronqués (cas des NIR non certifiés CAF). La CPAM souhaite la transmission chaque trimestre d'un fichier des bénéficiaires du RSA activé pour vérification du droit à l'ACS.</p> <p>La même demande concerne les allocataires radiés du RSA, pour lesquels une mise à jour des droits est nécessaire, en fonction des éléments fournis, la CPAM décidera du maintien de cette demande.</p> <p>Fin 2013, certaines CAF utilisent e-RSA (Rhône et Hie Savoie à confirmer) ; des tests effectués localement montrent que le recours à cet applicatif induit des temps d'entretien très longs, ce qui freine la généralisation ; la stratégie nationale s'oriente vers la mise en œuvre d'accueil de rendez-vous des droits, en lieu et place des rendez-vous RSA.</p> <p>La CNAUTS et la CNAF ont prévu un injecteur des droits RSA via FLUX CAF après accord de la CPAM, aboutissant à l'automatisation complète du circuit via e-RSA.</p> <p>La CAF donne son accord pour envoyer le formulaire de choix de mutuelle ; à prévoir : un courrier conjoint et une rafone du circuit.</p>

OBJECTIF	PRECISIONS TECHNIQUES LIBELLE DES ACTIONS A CONDUIRE	ACTEURS	ECHÉANCE STATUT	RESULTAT DE L'ACTION
3- Engager des partenariats en matière de communication et de promotion des nouveaux services clients.	3.1 Actions conjointes de communication entre les deux organismes	A. REYNAUD	Décembre 2008 ■	Situation au 31.12.2008 : la Caf a assuré le relais des actions de promotion de l'outil Ameli assurées auprès de ses salariés. Un relais des informations sur l'ACS a également été assuré. La CAF a réalisé une campagne mails et SMS en direction de ses allocataires fin 2012 ; reconduite fin 2013 compte tenu des bons retours constatés. Une séance publique sur le thème de la maternité a été animée conjointement en septembre 2008. Relais de l'édition 2009 du guide vous et vos droits : mise à disposition dans les antennes CAF non adossées à des permanences CPAM.
	3.2 Assurer la promotion du visioquichet de Noiretable.	A. REYNAUD E. ROUX S. REYNAUD	■	Situation au 31.12.2008 : Une action de présentation aux médias de cet outil a été réalisée dans le cadre d'une intervention sur les nouveaux outils de la relation client. Situation au 16.01.2009 : Une action coordonnée CAF CPAM de communication a été conduite en direction des deux publics. Mailing sur les codes postes postaux concernés. Depuis le changement d'opérateur téléphonique de la CPAM, la connexion n'a pu être rétablie sur son visioquichet. La CAF n'est pas sûre de conserver le sien : en effet d'une part le dispositif est peu efficace, et la prochaine COG prévoit l'installation de visio bornes (pélussin serait privilégié)
	3.3 Créer un espace d'accueil commun au siège dédié aux outils dématérialisés	DIRECTION CPAM DIRECTION CAF	■	Le CODIR de la fédération immobilière a donné son accord pour engager les travaux d'aménagement d'une zone commune consacrée aux télé-services, pour une livraison prévue en juin. Cet espace serait animé à tour de rôle par 3 agents CPAM et 0.5 agent CAF ; Démarrage effectif le 25 novembre 2013 ; quelques ajustements sont encore nécessaires. La CAF prévoit une expérimentation d'accueil sur rendez-vous sur ses sites de Roanne et St-Chamond. Ce dispositif se complète d'une thématique « rendez-vous des droits » qui concerne les bénéficiaires du RSA nécessitant un accompagnement social et les multi-contacts. Elle envisage une généralisation sur fin 2015 voire 2016. La CPAM décrit son projet d'accueil sur rendez-vous basé sur un espace d'animation ou sont mises en avant les résolutions de problèmes par les outils dématérialisés et des rendez-vous ciblés à partir de certaines thématiques. Une première expérimentation aura lieu fin 2014 sur Roanne. Sur le siège des 2 organismes, ces nouvelles organisations peuvent remettre en cause l'actuel espace libre-service. Une réunion sur ce thème est programmée pour le 18 décembre 2014.

OBJECTIF	N° d'action	PRECISIONS TECHNIQUES LIBELLE DES ACTIONS A CONDUIRE	ACTEURS	ECHANCE STATUT	RESULTAT DE L'ACTION
	3.4	Espaces d'accueil croisés	S. REYNAUD PH. PERONNET	<input checked="" type="checkbox"/>	Depuis début janvier 2013, la CPAM a pris en charge l'accueil des allocataires à sa permanence de Chazelles-sur-Lyon ; réciproquement, la CAF reçoit les assurés à sa permanence de Balbigny . La convention n'a pas été élaborée. Service rendu de qualité à Chazelles, car peu de renvois sur la CAF ; faible affluence à Balbigny.
	3.5	Projet immobilier	N. DUPONT C. CASTE	<input type="checkbox"/>	Le départ des 2 organismes de l'avenue Emile Loubet est programmé pour 2017, sans qu'aucune date précise ne soit connue pour l'instant. La destination est, pour les 2 organismes, le quartier de Châteaureux, mais dans des immeubles différents.

**CONVENTION CONSTITUTIVE
DU GROUPEMENT DE COOPERATION SOCIALE
ET MEDICO-SOCIALE
REGION RHONE ALPES**

PREAMBULE

Dans le cadre des orientations nationales inter régimes qui visent à renforcer la légitimité et la visibilité des actions, la CNAV, la CCMSA, et le RSI ont adopté le 26 mai 2011, une délibération commune en faveur d'une politique active de prévention des risques liés au vieillissement à destination des personnes âgées.

Ces orientations sont renforcées par l'appropriation par les Caisses nationales du plan de préservation de l'autonomie des personnes âgées (PAPA) et sa déclinaison en région (Circulaire CNAV/ CNAM du 7 septembre 2010).

Des conventions de coordination ont également été conclues dans le cadre de la déclinaison de la convention MSA-CNAV de Janvier 2008 (développement des échanges d'informations pour accompagner le retraité, déploiement d'actions de prévention coordonnées, partage d'expertise pour l'examen de projets, accompagnement des lieux de vie collectifs).

Si ce constat permet d'asseoir la légitimité des Caisses de retraite en matière de prévention, les actions menées par l'inter régimes doivent s'inscrire en cohérence avec les acteurs régionaux et départementaux dans le cadre de la déclinaison des politiques publiques.

Ainsi les actions des Caisses devront-elles se faire de façon coordonnée et dans un contexte de dialogue renforcé avec :

- l'Agence Régionale de Santé pour une mise en œuvre cohérente et efficiente du Programme Régional de Santé,
- les Conseils Généraux, pour une préparation, un suivi et une évaluation optimale des schémas gérontologiques.

Dans cette perspective, la CARSAT, la MSA, le RSI, la CANSSM¹ et l'ANGDM² ont affirmé leur volonté commune :

- de s'engager dans un processus de coopération et de coordination renforcée pour une plus grande synergie de leurs démarches et actions au service des seniors,

¹ Caisse Autonome Nationale de la Sécurité Sociale dans les Mines

² Agence Nationale pour la Garantie des Droits des Mineurs

- de répondre au mieux aux besoins de la population en matière de prévention en optimisant et en maîtrisant les ressources allouées à cet effet et dans le respect de leurs politiques respectives.

Ainsi, ces organismes ont décidé la création d'un groupement de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS).

Vu le Code de l'action sociale et des familles et notamment les articles L. 312-7 et R. 312-194-1 et suivants ;
Vu les dispositions du Code de la santé publique ;

Vu l'Instruction Ministérielle n°DGAS/5D/2007/309 du 03 août 2007 relative à la mise en œuvre des groupements de coopération sociale et médico-sociale ;
Vu les délibérations des instances des organismes signataires,

Les soussignés sont convenus des stipulations qui suivent :

TITRE I – CONSTITUTION

ARTICLE 1 – LES MEMBRES

Il est constitué entre les soussignés un groupement de coopération sociale et médico-sociale de droit privé régi par les articles L. 312-7 et R. 312-194-1 et suivants du Code de l'action sociale et des familles ainsi que par les dispositions du Code de la santé publique, les textes en vigueur et par la présente convention :

1. La Mutualité Sociale Agricole Alpes du Nord

Dont le siège social est : 106 rue Juiverie, 73016 Chambéry cedex
Représentée par Monsieur Jean-François BOUCHET, Président et Monsieur Denis CHEMINAL, Directeur Général, dûment habilités à l'effet des présentes par délibération du Conseil d'Administration en date du 5 juillet 2013.

2. La Mutualité Sociale Agricole Ain - Rhône

Dont le siège social est : 35/37 rue du Plat, BP 2612, 69232 Lyon cedex 02
Représentée par Monsieur Olivier DE SEYSSEL, Président et Monsieur Ludovic MARTIN, Directeur Général, dûment habilités à l'effet des présentes par délibération du Conseil d'Administration en date du 2 juillet 2013.

3. La Mutualité Sociale Agricole Ardèche Drôme Loire

Dont le siège social est : 29 rue Frédéric CHOPIN, 26000 Valence
Représentée par Monsieur Henry JOUVE, son Président et Madame Dominique GENTIAL son Directeur Général, dûment habilités à l'effet des présentes par délibération du Conseil d'Administration en date du 4 juillet 2013.

4. La Caisse du Régime Social des Indépendants Région Rhône

Dont le siège social est : 55 avenue Maréchal Foch, 69060 Lyon cedex 06
Représentée par Monsieur Claude VILLARD, son Président et Madame Frédérique MINY, sa Directrice Générale, dûment habilités à l'effet des présentes par délibération du Conseil d'Administration en date du 24 juin 2013.

5. La Caisse du Régime Social des Indépendants Alpes

Dont le siège social est : 5 avenue Raymond Chanas, BP 50000, 38327 Eybens Cedex
Représentée par Monsieur Michel GUILLOT, son Président et Madame Françoise DUMAS, sa Directrice Générale, dûment habilités à l'effet des présentes par délibération du Conseil d'Administration en date du 3 juin 2013.

6. L'Agence Nationale pour la Garantie des Droits des Mineurs

Dont le siège social est : 91 avenue Ledru Rollin, 75011 PARIS
Représentée par, Monsieur Jean-Marie SPAETH son Président et Madame Marie BONNET, sa Directrice Générale, dûment habilités à l'effet des présentes par délibération du Conseil d'Administration en date du 27 juin 2013.

7. La Caisse Autonome Nationale de la Sécurité Sociale dans les Mines

Dont le siège social est : 77 avenue de Ségur, 75714 Paris Cedex 15
Représentée par Monsieur Alain VASSELLE, son Président et Monsieur Michel BONIN, son Directeur Général, dûment habilités à l'effet des présentes par délibération en date du 11 juin 2013 de la Commission Nationale de l'offre de santé et de soins par délégation du conseil d'Administration.

8. La Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail

Dont le siège social est : 35 rue Maurice Flandin, 69 436 Lyon Cedex 03
Représentée par Monsieur Richard LOYNET, son Président et Monsieur Yves CORVAISIER, son Directeur général, dûment habilités à l'effet des présentes par délibération de la Commission d'Action Sociale en date du 6 juin 2013.

ARTICLE 2 – DENOMINATION

La dénomination du groupement est arrêtée lors de l'assemblée générale constitutive.

ARTICLE 3 – OBJET ET PRINCIPES DIRECTEURS

Le groupement inter-régimes se structure autour de deux missions complémentaires, l'évaluation et la prévention des risques liés au vieillissement.

Il a plus particulièrement pour objectifs partagés de :

- Rendre lisible la politique d'action sociale en faveur des bénéficiaires des différents organismes et auprès de leurs partenaires,
- Se positionner comme un acteur incontournable dans le champ de la prévention,

- Coordonner et organiser une politique harmonisée de maintien à domicile des personnes âgées ne relevant pas du champ de la dépendance dans les domaines de l'évaluation et de la prévention,
- Apporter à chaque assuré, quel que soit son régime, la plénitude de l'offre,
- Harmoniser les modes d'intervention et les offres de service chaque fois que possible.

Trois principes directeurs fondent l'organisation proposée :

- Le groupement s'appuie sur les compétences existantes au sein des organismes et n'a pas pour objet d'être employeur.
- Le groupement a pour ambition de financer des programmes autres que ceux habituellement réalisés dans l'activité courante de chacun des organismes intégrant le groupement.
- Le groupement est attentif à ne pas générer des coûts de fonctionnement au détriment de l'offre de services qu'il entend intensifier grâce à une coopération optimisée inter régimes en s'appuyant notamment sur des appels d'offre.

ARTICLE 4 – MISSIONS ET ORGANISATION

Les missions portées par le groupement inter-régimes porteront sur :

- **L'organisation et la coordination de l'évaluation globale des besoins**

L'évaluation recouvre l'étude des besoins à domicile des personnes retraitées relevant de chacun des régimes, déposant une demande d'accompagnement du maintien à domicile ou de retour à domicile et la proposition, si le besoin est avéré, d'un plan d'aide diversifié dans le strict respect des politiques définies par chacun des organismes.

Pour la CARSAT, il convient d'intégrer en plus des retraités du régime général, ceux relevant de la fonction publique d'état confiés, en septembre 2012, par délégation du ministère à la CNAV via son réseau de CARSAT.

Pour le RSI, le dispositif d'évaluation inter-régimes pourra concerner ponctuellement des personnes non retraitées présentant avant l'âge de la retraite un risque de perte d'autonomie.

S'agissant de l'ANGDM, celle-ci poursuivra, dans le cadre de sa participation au groupement inter régimes, les évaluations pour le compte de l'ensemble des régimes, moyennant rémunération sur les territoires couverts par cette dernière.

Le groupement inter régimes assure l'interface entre les évaluateurs et les différents régimes, anime le réseau des évaluateurs, établit des conventions de délégation de services avec les structures retenues pour réaliser les évaluations pour le compte de l'ensemble des régimes.

- **L'organisation, la coordination et la communication de l'offre de prévention inter régimes des risques liés au vieillissement**

L'offre à destination de l'ensemble des retraités est orientée sur des actions de prévention primaire déclinées en trois niveaux :

- l'information et le conseil qui couvrent les différentes dimensions du Bien Vieillir,
- l'organisation d'actions collectives de prévention et d'ateliers collectifs portant sur des thématiques liées au Bien Vieillir (mémoire, nutrition, prévention des chutes, sommeil, etc.),
- l'accompagnement des retraités les plus fragiles de façon personnalisée, au moyen de l'évaluation des besoins et l'octroi d'aides individuelles au maintien à domicile, de

fy le

manière à prendre en compte l'ensemble des besoins liés au vivre chez soi : aide ménagère, portage de repas, adaptation du logement etc.

Les membres ne sont pas tenus de participer à chacune des missions confiées au groupement.

Chaque activité fait l'objet de règles particulières de fonctionnement définies dans le règlement intérieur en tant que de besoin.

Le groupement dispose des moyens organisationnels, logistiques et financiers permettant la mise en œuvre de ses missions.

Conformément au principe de spécialité opposable aux personnes morales tant de droit privé que de droit public, toute compétence que les membres n'auraient pas expressément confiée au groupement relève exclusivement de la responsabilité respective de chacun des membres.

L'objet du groupement peut être modifié par l'assemblée générale.
Le groupement ne poursuit aucun but lucratif.

ARTICLE 5 – SIEGE

Le groupement a son siège au sein des locaux de la CARSAT.
Une boîte postale est créée à cet effet.

Il pourra être transféré en tout autre lieu par décision de l'assemblée générale.

ARTICLE 6 – DUREE

Le groupement est constitué pour une durée de trois ans à compter de la date de l'assemblée générale constitutive et reconductible sur décision de cette dernière.

ARTICLE 7 – CAPITAL

Le groupement est constitué avec un capital dont le montant sera déterminé par l'assemblée générale constitutive, sur proposition du comité stratégique.
La répartition des contributions est effectuée en fonction des droits sociaux.

Ce capital est réputé définitivement acquis par le groupement.

Ces sommes sont versées sur le compte bancaire du groupement sur appel du délégué général, dans les ~~trente~~ ⁴⁰ jours de cet appel.

Tout apport en nature apporté par un des membres doit être mentionné dans un inventaire mis à disposition du groupement.



TITRE II - DROITS ET OBLIGATIONS DES MEMBRES

ARTICLE 8 - ADMISSION D'UN NOUVEAU MEMBRE

Le groupement peut admettre de nouveaux membres. Cependant, cette admission est limitée aux personnes morales.

L'admission est requise à l'égard de toute nouvelle structure constituée par absorption, par fusion ou par scission d'un ou plusieurs membres du groupement.

Les candidatures sont soumises à l'assemblée générale qui délibère sur l'admission du nouveau membre.

La décision de l'assemblée générale, prise à l'unanimité des membres présents ou représentés, porte avenant à la convention constitutive.

Tout nouveau membre est réputé adhérer de plein droit aux stipulations de la présente convention, ainsi qu'à toute décision applicable aux membres du groupement. Le nouveau membre est tenu des dettes du groupement au jour de son admission au prorata de ses droits sociaux, telle qu'elle aura été arrêtée par décision de l'assemblée générale.

ARTICLE 9 - RETRAIT D'UN MEMBRE

En cours d'exécution de la convention, tout membre peut se retirer du groupement.

Ce retrait ne peut toutefois intervenir qu'à l'expiration de chaque année civile.

Le membre du groupement désirant se retirer doit notifier son intention au délégué général du groupement par courrier recommandé avec demande d'avis de réception, moyennant un préavis minimum de six mois.

Par exception, à l'occasion de la procédure du vote du budget, le membre qui estime ne pouvoir supporter raisonnablement la charge financière de sa participation, doit en avertir, par lettre motivée, en recommandé avec accusé de réception dans un délai de un mois à compter de la notification du budget prévisionnel, le délégué général du groupement.

L'assemblée générale constate par délibération le retrait du membre, détermine les conditions dans lesquelles l'activité menée en commun pour le compte des membres peut être continuée, et dans lesquelles les éventuels équipements communs peuvent être utilisés par les membres restants, arrête la date effective du retrait.

A défaut de reprise par un tiers de tout ou partie de ses droits et obligations dans le groupement, le retrayant doit supporter les conséquences financières de son retrait à proportion des droits et obligations qui n'ont pu être repris.

Le retrayant devra indemniser le groupement de sa quote-part des dettes éventuelles du groupement à la date du retrait, incluant les dettes échues et les dettes à échoir constatées en comptabilité ainsi que les annuités à échoir des emprunts, crédits-baux ou locations en cours à la date du retrait.

La quote-part de l'actif disponible (valeur nette comptable) revenant éventuellement au retrayant est déduite de sa quote-part des dettes éventuelles du groupement à la date du retrait.

6 sur 18

SK

Dans le cas où l'arrêté des comptes fait apparaître un solde positif en faveur du retrayant, le groupement lui verse les sommes dues dans les 60 jours suivant l'assemblée générale qui approuve les comptes de l'exercice à la clôture duquel le retrait a été prononcé.

Dans le cas contraire où il apparaît un solde négatif, le retrayant procède au remboursement des sommes dues dans le même délai. Pour tout retrait, l'avenant à la présente convention fait l'objet de la publication prévue par les textes en vigueur. Le membre retrayant ne dispose d'aucun droit sur les autorisations et agréments administratifs détenus par le groupement.

ARTICLE 10 - EXCLUSION D'UN MEMBRE

L'exclusion d'un membre ne peut être prononcée qu'en cas de non-respect grave de ses obligations résultant de la présente convention ou du règlement intérieur, et à défaut de régularisation, dans le mois après une mise en demeure adressée par le délégué général, et demeurée sans effet.

La procédure de conciliation prévue à l'article 18 des présentes doit être engagée par le délégué général dans le mois qui suit la mise en demeure.

A défaut de régularisation ou si la conciliation n'aboutit pas, l'exclusion est décidée par l'assemblée générale saisie par le délégué général, dans les conditions visées à l'article 15 des présentes.

Le membre exclu doit supporter les conséquences financières de son exclusion à proportion des droits et obligations selon les modalités déterminées à l'article 9.

Le membre dont l'exclusion est demandée est obligatoirement entendu par l'assemblée générale, convoquée au minimum 15 jours à l'avance. Il ne prend pas part au vote et ses voix ne sont pas décomptées pour les règles de quorum et de majorité.

La répartition des droits statutaires telle que définie à l'article 11 donne lieu à régularisation qui est effective à compter de l'exclusion ; jusqu'à cette date, les voix de l'exclu ne sont pas décomptées pour l'application des règles de quorum et de majorité.

Pour toute exclusion, un avenant à la présente convention doit être établi et faire l'objet d'une publication dans les conditions prévues par les textes en vigueur.

Le membre exclu ne dispose d'aucun droit sur les autorisations et agréments administratifs détenus par le groupement.

ARTICLE 11 - DROITS SOCIAUX ET OBLIGATIONS DES MEMBRES

11.1 Détermination des droits sociaux

L'attribution des droits sociaux au jour de la signature des présentes est la suivante :

- CARSAT : 50 %
- MSA : 24 %
- RSI : 20 %
- ANGDM et CANSSM : 6 %



La répartition des droits sociaux entre les membres pourra évoluer en cas d'admission de nouveaux membres comme en cas de retrait ou d'exclusion d'un membre. La régularisation qui en découle est effectuée au 1er janvier suivant la date de ces mouvements éventuels. Elle donne lieu à un avenant aux présentes.

En cas d'admission de nouveaux membres, l'assemblée générale des membres fondateurs du groupement déterminera la nouvelle répartition des droits sociaux.

11.2 Droits et obligations

Les membres du groupement ont les droits et obligations qui résultent des dispositions légales ou réglementaires, de la présente convention constitutive et du règlement intérieur.

Chaque membre du groupement a le droit, dans la proportion du nombre de ses droits sociaux rapportés au nombre total attribué à l'ensemble des membres, de participer avec voix délibérative aux assemblées générales du groupement.

Chaque membre de l'assemblée générale a le droit d'être tenu informé de la marche des affaires dans les conditions statutaires. En sus des informations données lors des assemblées générales, chaque membre a le droit d'être informé à tout moment sur l'activité du groupement, sauf à ce que ce droit dégénère en abus par sa fréquence ou l'importance disproportionnée des renseignements ou informations demandés.

Chaque membre est tenu de communiquer aux autres, dans les conditions définies par l'assemblée générale, toutes les informations nécessaires à la réalisation de l'objet du groupement. Dans les rapports entre eux, les membres du groupement sont tenus des obligations de celui-ci.

Les membres du groupement sont responsables des dettes du groupement dans la proportion de leurs droits sociaux définis à l'article 11.1.

TITRE III - FONCTIONNEMENT

ARTICLE 12 - PERSONNEL

Le groupement s'appuie sur les compétences existantes au sein des organismes et n'a pas pour objet d'être employeur.

L'équipe opérationnelle sera constituée d'un coordonnateur, d'un chargé de mission, d'une assistante issus des effectifs des organismes, membres du groupement.

Les personnels mis à disposition du groupement par les organismes constitutifs restent rattachés à la convention collective de leur organisme d'appartenance et sous l'autorité hiérarchique de leur direction. Ils restent également couverts par les assurances de leur employeur.

ARTICLE 13 - TENUE DES COMPTES ET BUDGET

13.1 Tenue des comptes

La comptabilité du groupement est tenue selon les règles du droit privé dans les conditions visées à l'article R. 312-194-16 du code de l'action sociale et des familles.

En fin d'exercice, il sera dressé :

- un bilan,
- un compte de résultat et son annexe,
- un rapport d'activité faisant apparaître les indicateurs d'activité en fonction des objectifs définis. Ce rapport d'activité est préparé chaque année par le délégué général et adopté par l'assemblée générale.

Les comptes sont supervisés par l'agent comptable en tant que contrôleur aux comptes, désigné par les organismes membres du groupement, et certifiés annuellement par un commissaire aux comptes dans les conditions précisées par le Code de l'action sociale et des familles.

13.2 Budget

L'exercice budgétaire commence le 1er janvier et finit le 31 décembre de chaque année.

Par exception, le premier exercice du groupement commence au jour de la prise d'effet de la présente convention et se termine au 31 décembre de l'année N+1.

Le budget approuvé chaque année par l'assemblée générale inclut l'ensemble des opérations de recettes et de dépenses prévues pour l'exercice.

Le budget doit être voté en équilibre. Si nécessaire, un budget rectificatif peut être adopté en cours d'année.

Le budget fixe le montant des crédits nécessaires à la réalisation des objectifs du groupement en distinguant :

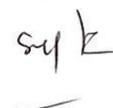
- Les dépenses et les recettes de fonctionnement
- Les dépenses et les recettes d'investissement

Le programme d'investissement et son financement font l'objet d'une délibération de l'assemblée générale du groupement.

Le financement du groupement peut être assuré par :

- les participations des membres :
 - soit en numéraire sous forme de contribution financière;
 - soit en nature sous forme de mise à disposition de locaux ou de matériels ou par l'intervention de professionnels dans les cas prévus aux articles précédents de la convention constitutive. Ces mises à la disposition du groupement sont valorisées conformément aux modalités arrêtées par l'assemblée générale et sont remboursées à l'euro près à l'exception des mises à disposition gratuites. Les locaux et matériels mis à disposition du groupement par un membre restent la propriété de celui-ci.
- des financements publics notamment de l'Etat, de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie, de l'Agence Régionale de Santé ou des collectivités territoriales ;
- de subventions et participations de ses partenaires ;
- de participations des bénéficiaires des actions menées par le groupement ;

9 sur 18



- de dons et legs.

La participation de chaque membre au fonctionnement du groupement est déterminée sur la base des droits sociaux pré définis. S'agissant de l'ANGDM et de la CANSSM, l'intégralité de la contribution relative aux droits sociaux (6%) devra être intégralement à charge de l'ANGDM.

Concernant les charges de fonctionnement, elles se répartissent entre les membres selon les droits sociaux à l'exception des charges relatives aux programmes de prévention, lesquelles seront déterminées dans le règlement intérieur.
Les charges de fonctionnement sont le cas échéant révisées lors de l'adoption du budget annuel.

Le groupement ne donne pas lieu à la réalisation et au partage de bénéfices.

Lors de la clôture de l'exercice, le résultat excédentaire est affecté en tout ou partie à la constitution de réserves, à la couverture des charges de fonctionnement de l'exercice suivant et notamment au financement d'actions nouvelles ou au financement des dépenses d'investissement. Le résultat déficitaire est reporté ou prélevé sur les réserves.

TITRE IV - INSTANCES

ARTICLE 14 - TENUE ET DÉROULEMENT DES ASSEMBLÉES GÉNÉRALES

L'assemblée générale se compose de 16 membres à savoir

- 8 présidents des conseils d'administration titulaires avec un suppléant désigné.
- 8 directeurs représentant chaque caisse membre du groupement ou leurs représentants agents de direction, ayant délégation.

Les représentants de chacun des membres sont désignés ès qualités. Si l'un des représentants à l'assemblée générale perd la qualité lui permettant de siéger, le membre qu'il représente pourvoit dans les meilleurs délais à son remplacement et en informe immédiatement le délégué général du groupement. Les fonctions de représentant à l'assemblée générale sont gratuites. Les représentants des membres participent librement aux débats.

Cependant, chaque organisme, membre du groupement dispose d'un seul votant à l'assemblée générale qui est le représentant légal ou son mandataire selon la règle des droits sociaux à l'exception de l'ANGDM et de la CANSSM qui disposent d'une seule voix. L'ANGDM délibérera sur le volet évaluation et les coûts de fonctionnement du groupement. La CANSSM délibérera sur le volet prévention sauf à ce qu'un mandat spécifique entre l'ANGDM et la CANSSM ait été donné. Ces points devront être clairement précisés dans les statuts.

Chaque membre informe au plus tard lors de la tenue de l'assemblée générale le délégué général de l'identité et de la qualité de la personne habilitée à s'exprimer en son nom.

L'assemblée générale se réunit aussi souvent que l'intérêt du groupement l'exige et au moins une fois par an.

Se / 3

Elle se réunit également de droit à la demande d'au moins l'un de ses membres sur un ordre du jour déterminé. L'assemblée générale est convoquée par écrit 15 jours au moins à l'avance par Le délégué général, et en cas d'urgence, 48 heures au moins à l'avance.

La convocation fixe l'ordre du jour et le lieu de réunion.

Sont joints à la convocation tous les documents nécessaires aux membres pour exercer normalement leur mandat et plus particulièrement leurs missions d'orientation et de contrôle. En outre, sont joints à la convocation en vue de l'assemblée générale annuelle statuant sur les comptes, les documents financiers de l'exercice écoulé. Si l'administrateur ne défère pas, dans un délai de 15 jours, à la demande de convocation présentée par l'un de ses membres sur un ordre du jour déterminé, celui-ci convoque lui-même l'assemblée générale au siège du groupement. En cas d'urgence et si tous les membres sont présents, l'assemblée générale peut être tenue sur le champ sur un ordre du jour déterminé par les membres. L'assemblée générale est présidée par l'administrateur du groupement. L'assemblée générale désigne, en son sein ou non, un secrétaire de séance. L'assemblée générale peut entendre toutes personnes de son choix. Celles-ci ont voix consultative. Le délégué général, président de l'assemblée, assure notamment le bon déroulement de la séance, la tenue de l'émargement de la feuille de présence, veille à la désignation du secrétaire par l'assemblée générale, à la vérification du quorum et à la rédaction du procès-verbal qui est porté sur un registre coté et paraphé par l'administrateur, tenu au siège du groupement.

Le procès-verbal est signé par le délégué général.

ARTICLE 15 - DELIBERATIONS DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

L'assemblée délibère sur les questions relevant de sa compétence selon les termes de la présente convention et notamment :

- Le budget annuel,
- L'approbation des comptes de chaque exercice et l'affectation des résultats,
- La nomination et la révocation du délégué général du groupement et de son vice délégué,
- Toute modification de la convention constitutive,
- L'admission de nouveaux membres,
- L'exclusion d'un membre,
- La prorogation du groupement ainsi que les mesures nécessaires à sa prolongation,
- La désignation du commissaire aux comptes,
- La dissolution du groupement ainsi que les mesures nécessaires à sa liquidation,
- Le règlement intérieur du groupement.

Dans les autres matières, l'assemblée générale donne délégation au délégué général.

L'assemblée générale du groupement ne délibère valablement que si les membres présents ou représentés représentent la totalité des droits sociaux.

A défaut, l'assemblée est à nouveau convoquée dans un délai de quinze jours. En cas d'urgence, ce délai est ramené à huit jours.

Toutes les délibérations de l'assemblée sont prises à la majorité qualifiée des 2/3 des membres présents ou représentés

Les délibérations de l'assemblée générale, consignées dans le procès-verbal de réunion, obligent tous les membres du groupement. Afin d'assurer un fonctionnement harmonieux du

groupement dans le respect des principes de coopération, les membres conviennent des dispositions suivantes :

- Il ne sera pas fait un usage tel du droit de convocation de l'assemblée générale qui se révélerait abusif au regard de son objet, de sa disproportion ou de sa fréquence.
- Les membres s'engagent, sauf dans le cas où leurs intérêts, obligations, responsabilités et droits propres sont en cause, à ne pas user du droit de vote de façon telle qu'il constituerait un blocage institutionnel mettant en péril l'existence ou le bon fonctionnement du groupement. Le non respect de ces clauses peut entraîner un vote d'exclusion du membre qui, agissant de la sorte, ne démontre pas que son action est dictée par la protection et la défense de ces mêmes intérêts, obligations, responsabilités et droits propres.

ARTICLE 16 – ADMINISTRATION

Le principe est posé par les membres fondateurs que chaque organisme doit avoir au sein du groupement une représentation stratégique.

16.1 Le délégué général

Le groupement est administré par un délégué général désigné parmi les directeurs des organismes adhérant au groupement, au sein de l'assemblée générale pour une durée de trois ans, renouvelable.

Si le délégué général perd en cours de mandat sa qualité de représentant à l'assemblée générale d'une personne morale membre, son mandat prend fin à compter du jour où il cesse de représenter ce membre. Une assemblée générale est réunie afin de désigner un nouveau délégué général.

Le délégué général est révocable à tout moment par l'assemblée générale. Le vote relatif à sa révocation se fait à la majorité des 2/3.

Son mandat est exercé gratuitement.

Il assure plus particulièrement dans le cadre de l'administration du groupement, les missions suivantes :

- Convocation et Présidence des assemblées générales,
- Préparation et exécution des décisions de l'assemblée générale et du comité stratégique,
- Représentation du groupement dans tous les actes de la vie civile et en justice,
- Garantie de la gestion courante du groupement dont le contenu est précisé dans le règlement intérieur,
- Coordination des comités et commissions spécifiques éventuellement mis en place,
- Préparation et élaboration de protocoles de fonctionnement.

Dans les rapports avec les tiers, le délégué général engage le groupement pour tout acte entrant dans l'objet de ce dernier.

Il peut en outre recevoir délégation de l'assemblée générale.

Il travaillera en étroite collaboration avec l'équipe (coordonnateur, chargé de mission et assistante technique) mise à la disposition du groupement.

Le comité stratégique et le comité opérationnel viennent en appui du délégué général.

12 sur 18

16-2 Le vice-délégué

Un vice-délégué est désigné par l'assemblée générale parmi les membres directeurs des organismes représentés au groupement, appartenant à un régime autre que celui dont relève le délégué général.

Il assure la suppléance du délégué général, en tant que de besoin, sur les champs définis à l'article 16-1 de la convention constitutive.

16-3 Le contrôleur aux comptes

Un agent comptable est mis à disposition par un des membres fondateurs sur décision du comité stratégique afin d'assurer la fonction de contrôleur aux comptes.

L'agent comptable désigné devra assurer cette fonction au moins sur un exercice complet.

ARTICLE 17 – INSTANCES DU GROUPEMENT

Aux fins d'assister le délégué général dans sa gestion du groupement, les membres du groupement ont décidé la mise en place d'un comité stratégique et d'un comité opérationnel.

17-1 Le comité stratégique

Ce comité stratégique est chargé notamment de :

- Définir les orientations stratégiques en matière d'évaluation et de prévention,
- Mandater le comité opérationnel sur des travaux à conduire et en examiner les propositions pour décision,
- Assister le délégué général dans le cadre du fonctionnement du groupement,
- Arrêter le budget afférent au groupement tant pour les dépenses de fonctionnement que les dépenses afférentes à des programmes d'action de prévention à mettre en œuvre, à partir des propositions émises par le comité opérationnel,
- Assister le délégué général chaque fois que nécessaire, dans les conventions à contractualiser avec d'autres organismes.

Le comité stratégique est composé des directeurs des organismes membres du groupement. Il peut être élargi à d'autres intervenants, en tant que de besoin, en regard des sujets traités.

17-2 Le comité opérationnel

Il est composé des membres du groupe de travail constitué pour la phase de configuration dudit groupement et sur les modalités de déclinaison des activités évaluation et prévention. Il aura à examiner les règles d'organisation et de mise en œuvre opérationnelle des dites activités.

Ce comité formule des propositions au comité stratégique.



CONVENTION DE PARTENARIAT
Pour l'offre de service aux femmes enceintes

ENTRE :

La Caisse Primaire d'Assurance Maladie de la Loire, dont le siège social est situé 3 avenue du Président Emile-Loubet 42000 SAINT-ETIENNE et représentée par son Directeur, M. Vincent VERLHAC.
Ci-après la CPAM,

d'une part

ET :

Les Caisses d'Allocations Familiales de la Loire, dont le siège est situé 3 avenue du Président Emile-Loubet 42000 SAINT-ETIENNE
et représentée par son Directeur, Mme. Véronique HENRI-BOUGREAU.
Ci-après la CAF,

d'autre part

Il a été convenu ce qui suit :

Préambule :

Dans le cadre de la COG 2006-2009, l'Assurance Maladie s'est engagée à développer des offres de services attentionnés auprès de publics ciblés.

Une offre de service globale a été élaborée pour le suivi et l'accompagnement des futures mamans en partenariat avec la CAF et l'ordre des sages-femmes.

Cette offre doit permettre à la future maman de bénéficier pleinement de tous ses droits et de tous les soins médicaux nécessaires ainsi que de toutes les informations utiles à son état (prévention, santé et réglementation).

Dans ce cadre, les parties ont convenu de la signature de la présente convention qui a pour objet d'organiser leur partenariat.

Article 1 – Durée

La présente convention est conclue pour une durée de 12 mois. A l'issue de ce terme, elle est tacitement renouvelable sauf dénonciation par l'une ou l'autre des parties, 6 mois avant l'issue du terme de 12 mois.

Article 2 – Périodicité des réunions proposées aux femmes enceintes

La périodicité des réunions organisées par la CPAM est d'une réunion par mois sur le site de Saint Etienne, sauf au mois d'août où aucune réunion n'est programmée.

De plus une réunion est organisée un mois sur deux sur le site de Roanne.

Le planning des réunions figure en annexe ci-joint à la présente convention.

Article 3 – Déroulement des ateliers

Le déroulement de l'atelier est le suivant :

☒ **Intervention de la CPAM** : 30 minutes environ

Thème : les conditions de prise en charge de la maternité par la CPAM et les démarches à entreprendre par les futurs parents (examens obligatoires, prise en charge des soins, congés maternité et paternité...)

☒ **Intervention de la CAF** : 30 minutes environ

Thème : les aides pour accueillir et élever les enfants (PAJE, allocations familiales, complément familial, allocation de soutien familial, RSA, les aides pour la garde des enfants)

☒ **Intervention de l'Ordre des Sages-Femmes** : 30 minutes environ

Thème : présentation du réseau Hélène et des maternités ligériennes, les différents acteurs tout au long de la grossesse, le suivi de la grossesse, la préparation à la parentalité

Article 4 – Supports d'information / Supports de communication

Plusieurs supports d'animation et d'information sont conçus pour ces ateliers par chacune des parties respectivement sur leurs domaines d'intervention :

- un diaporama pour permettre de suivre les exposés,
- des brochures reprenant les informations de façon plus détaillée, qui sont remises à chaque participante à l'issue de la réunion

Le contenu de ces supports et l'animation des soirées seront retravaillés et validés en cas de besoin par les parties à l'occasion de séances de travail prévues à cet effet.

Article 5 – Organisation des ateliers

- **La CPAM** se charge de l'organisation générale de chacune des réunions :
 - Réservation de la salle de spectacles du Foyer de Jeunes Travailleurs « Le Pax », 27 rue Elisée-Reclus à Saint-Etienne et salle de réunion au 6^{ème} étage de l'immeuble de la CPAM à Roanne
 - Installation du matériel, fléchage
 - Invitation des femmes enceintes
 - Elaboration et remise d'un support d'évaluation aux participantes et traitement des réponses
 - Co-animation avec les représentants des CAF et les sages-femmes
 - Organisation de réunions de travail et d'évaluation avec les partenaires

- **La CAF** :
 - co-anime les ateliers avec la CPAM
 - participe aux réunions de travail et d'évaluation

Chaque organisme s'engage à mettre à disposition, pour l'animation de ces ateliers, au minimum une personne compétente pour répondre aux différentes questions qui pourraient être posées sur les prestations servies aux femmes enceintes et leurs droits.

Article 6 – Frais / Coûts

Les frais afférents à l'organisation des réunions (locations de salles, supports de communication, invitation des femmes enceintes...) sont à la charge de la CPAM. Les brochures remises aux participantes visées à l'article 4 sont à la charge exclusive de chaque organisme.

Chaque organisme prend entièrement à sa charge les frais de déplacement de ses intervenants.



Article 7 – Evaluation / Bilans

Un questionnaire d'évaluation est remis à chaque future maman en fin d'atelier. Les participantes y répondent directement et le remettent aux intervenants avant de quitter la réunion.

Le traitement et l'analyse sont effectués par la CPAM et adressés à la CAF chaque semestre.

Une réunion bilan associant tous les partenaires est organisée chaque année.

Fait en 2 exemplaires, à Saint-Etienne, le 5 décembre 2013

Le Directeur de la CPAM de la Loire

Le Directeur de la CAF de La Loire

Vincent VERLHAC

Véronique HENRI-BOUGREAU



Journée Portes ouvertes à Saint-Etienne – Vendredi 27 novembre 2015

Programme détaillé de la journée.



La caisse primaire d'Assurance Maladie vous propose de mieux comprendre le traitement d'un arrêt de travail pour maladie et de découvrir ses services en ligne.

Comment s'effectue le versement des indemnités journalières ?
Savez-vous comment est traitée votre demande de prestation ?

Visites sur inscription : de 10h15 à 11h15 et de 14h30 à 15h30



En visitant les services de la Caf de la Loire vous pourrez découvrir l'envers du décor et le circuit de traitement d'un dossier allocataire. Vous pourrez aussi mieux comprendre le fonctionnement des téléservices mis à votre disposition pour vous simplifier la vie : caf.fr, monenfant.fr.

Visites sur inscription : de 9h15 à 10h15 et de 15h00 à 16h00



Comment bien préparer votre retraite tout au long de la vie ?
La Carsat Rhône-Alpes y répond en vous proposant 3 ateliers animés par des experts : Une simulation d'un entretien d'information sur vos droits à la retraite / Une découverte des offres de services proposées à chaque étape de votre vie / Un focus sur les services en lignes sur smartphone, facebook ...

Visites sur inscription : de 9h00 à 10h00 et de 15h30 à 16h30



Quelles sont les démarches à effectuer pour lancer son activité indépendante ?

Le Régime social des Indépendants vous accompagne dans toutes vos démarches de création d'entreprise. Venez découvrir les services qu'il vous propose pour créer et lancer votre activité indépendante.

Visites sur inscription : de 9h00 à 10h00 et de 15h00 à 16h00



Diabète : un dépistage sur le bout des doigts !

La Mutualité Sociale Agricole, guichet unique de la Protection sociale pour le monde agricole, vous reçoit pour un dépistage de la glycémie gratuit.

Une occasion de recevoir des conseils et de se sensibiliser au plus tôt sur cette maladie.

Accueil libre de 9h00 à 11h00



Est-ce que vous voyez bien ?

Le centre de santé FILIERIS vous propose un atelier spécifique gratuit de dépistage de l'acuité visuelle (vérification vision de loin et de près, couleur, astigmatisme...).

Accueil libre de 9h00 à 16h00



Information - Prévention - Santé

Prévention, dépistage, examen périodique de santé, qui peut vous aider ?

Le Centre technique d'appui et de formation des Centres d'examen de santé vous fera visiter ses locaux et présentera ses missions de prévention en santé en présence de médecins et d'infirmiers du centre de santé de St-Etienne.

Visites libres toutes les heures de 9h00 à 12h00 et de 14h00 à 16h00



Maîtriser les dépenses de santé, cela veut dire quoi ?

Les médecins conseils du Service médical de l'Assurance Maladie vous accueilleront pour vous expliquer leur rôle d'autorisation et de contrôle (prise en charge des soins à 100 %, contrôle des arrêts maladie ou de travail). Ils vous présenteront leurs actions de prévention et d'accompagnement quotidien des patients atteints de diabète et d'asthme à travers le programme SOPHIA.

Visites sur inscription : de 10h00 à 11h00



Besoin d'aide au quotidien ?

Le Centre national Cesu vous propose de découvrir comment il facilite la vie des particuliers employeurs et des salariés du secteur de l'emploi à domicile.

Traitement des déclarations, édition des fiches de paie... voici quelques-unes des opérations qui vous seront présentées.

Accueil libre de 9h00 à 12h00 et de 14h00 à 16h00



Village sécu à Roanne – Vendredi 27 novembre 2015

Un accueil (libre et gratuit) est prévu durant la journée de 9H à 12H et de 14H à 16H pour découvrir l'univers de la Sécurité sociale, ses organismes et venir rencontrer leurs agents.

La CAF, la CPAM, l'URSSAF et le Centre national CESU vous donnent rendez-vous tous ensemble à l'URSSAF, 22-24 rue de la Berge 42300 Roanne

La journée est également consacrée à l'accueil des groupes d'élèves et étudiants d'établissements du département. Ils seront accueillis également dans les locaux de la Cnam à Roanne en plus du parcours de découverte au sein du Village Sécu.

Animations proposées au sein du Village Sécu

- **Espace « Services de la Sécurité sociale ».**

Autour de stands, les professionnels de la Cnam, de la Caf, et du Centre National CESU vous présenteront :

- les services en santé pour rester en forme toute l'année et mieux vivre avec une maladie chronique
- les téléservices qui simplifient vos démarches sur ameli.fr, caf.fr, mon.enfant.fr
- le chèque emploi- service qui vous facilite l'emploi d'une personne à domicile.

Créneaux horaires : de 9h à 12h et de 14h à 16h

- **Vidéotheque de découverte de la Sécurité sociale**

Un stand en accès libre pour visionner des films et vidéos pédagogiques afin de découvrir autrement la Sécurité sociale.

Créneaux horaires : de 9h à 12h et de 14h à 16h

- **Exposition commentée sur les 70 ans de la Sécurité sociale.**

Cette exposition sera animée par les élèves de l'École nationale supérieure de Sécurité sociale (EN3S).

Créneaux horaires : de 10h à 11 h et de 15 h à 16 h

- **Conférences sur le financement de la Sécurité sociale et la lutte contre les fraudes.**

Les échanges et débats seront animés par des professionnels de l'URSSAF Rhône-Alpes

Créneaux horaires : de 11 h à 12 h et de 14 h à 15 h

Adresse :

Urssaf Rhône-Alpes - accueil de la Loire
22-24, rue de la Berge - 42300 Roanne

Direction nationale de l'action sociale

Le Directeur de la CNAV

à

Mesdames et Messieurs les Directeurs des caisses
régionales et générales

Document consultable dans la base commune
retraite de DORIS.

CIRCULAIRE CNAV N° 2011-86
CIRCULAIRE CNAMTS N° 26-2011

LE 19 décembre 2011

Mots clés : ACTION SOCIALE/ SERVICE SOCIAL/ MISSION/

Objet : Missions et priorités du Service Social des CARSAT/CRAM/CGSS

RÉSUMÉ :

Les fondements de la circulaire du 21 juin 2007 sur les missions et priorités du service social restent inchangés, notamment avec la démarche de programmation. Toutefois, compte tenu de l'évolution du contexte, des précisions et des amendements sont apportés pour leur mise en œuvre.

CIRCULAIRE :

Date :

Objet : Missions et priorités du Service Social des CARSAT/CRAM/CGSS
Circulaire commune CNAM/CNAV

Affaire suivie par :

Régine CONSTANT : 01 72 60 13 44 " regine.constant@cnamts.fr pour la CNAM

Albert LAUTMAN : 01 55 45 76 42 "albert.lautman@cnav.fr pour la CNAV

Michel NOGUES : 04 67 12 97 44 " michel.nogues@carsat-lr pour la mission CARSAT

La circulaire conjointe CNAM/CNAV en date du 21 juin 2007 précisait les dispositions relatives aux orientations du service social.

Depuis lors, l'action du service social s'inscrit bien dans la continuité des priorités définies en terme de mission générale et de domaines d'intervention et partant, de publics cibles. Toutefois, le contexte et les différents facteurs d'environnement ont connu des évolutions qu'il convient d'acter pour renforcer la dynamique sociale et favoriser la compétence collective.

Ainsi, la loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires en date du 21 juillet 2009, a affirmé le rôle dévolu aux CARSAT en matière de service social à destination des assurés sociaux, légitimant sur le plan de la gestion et du pilotage du service social, sa place dans le paysage médico-social et social. Elle a également confirmé le rôle des CARSAT dans la mise en œuvre des politiques d'action sanitaire et sociale de la CNAV et de la CNAM.

De même, l'évolution de la politique de prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées a conduit à revoir le périmètre du champ conjoint d'exercice des deux organismes nationaux, dans le cadre de la circulaire commune du 7 septembre 2010 sur le plan de la Préservation de l'Autonomie des Personnes Agées (PAPA) qu'il s'agisse :

- du ciblage des personnes retraitées confrontées à des difficultés sociales particulières ou se trouvant dans une période sensible de leur existence,
- de la proposition d'offres de service adaptées répondant à ces besoins identifiés.

Par ailleurs, la Convention d'Objectifs et de Gestion (COG) conclue entre la CNAV et l'Etat pour la période 2009-2013 a maintenu les orientations engagées lors de la précédente COG en amplifiant la politique de prévention de la perte d'autonomie et en consolidant les dispositifs d'évaluation des besoins et de Plan d'Actions Personnalisé (PAP).

Enfin, la COG conclue entre la CNAM et l'Etat pour la période 2010-2013 a conforté le positionnement du service social,

1) en termes de professionnalisation avec deux principes fondateurs :

- un service expert, spécialisé sur l'accompagnement des assurés vulnérabilisés par des problèmes de santé, de handicap et de vieillissement,

- un acteur de prévention et de traitement social avec trois leviers majeurs :

- la possibilité de repérer les besoins et les risques de fragilisation et d'exclusion très en amont, de par son ancrage institutionnel, les politiques de signalements systématisés et l'interfaçage entre les partenaires externes dans le cadre des stratégies locales et régionales,
- la mise en oeuvre d'offres de service homogènes et généralisées sur l'ensemble du territoire dans la logique opérationnelle de la démarche de programmation pluriannuelle,
- le développement du concept de proactivité avec l'élaboration d'offres de service systématiques, qu'il s'agisse d'actions individuelles s'appuyant sur des objectifs contractualisés avec les assurés et/ou d'interventions collectives.

2) en tant qu'opérateur de la gestion du risque, dans le sens d'assureur solidaire en santé, principalement sous l'axe "*favoriser l'accès aux soins et limiter la fragilité sociale*".

3) en tant qu'opérateur de la "*dynamique service*" avec :

- des offres de services spécifiques de parcours d'accompagnement attentionné pour certains publics,

- la conduite de démarches évaluatives pour mieux appréhender la qualité de service,

- l'amélioration des outils de suivi et de pilotage,

- le développement de la fonction de veille sociale institutionnelle et d'observation sociale partagée.

Ces évolutions qui s'inscrivent dans la finalité globale d'optimiser le parcours social de l'assuré et de mieux répondre aux enjeux sociétaux de réduction des inégalités de santé, de prévention des situations de fragilisation sociale et sanitaire et de régulation du système sanitaire et social ont apporté des modifications substantielles aux axes d'intervention du service social. Il n'en demeure pas moins que les fondements inscrits dans la circulaire commune du 21/06/2007 restent inchangés. C'est la raison pour laquelle la présente circulaire n'a pas vocation à redéfinir les missions du service social. Cependant sur le plan opérationnel elle vise à apporter des précisions nouvelles et des amendements par rapport à la précédente.

A cet égard, quatre programmes nationaux continuent de structurer les interventions du service social dont un programme nouveau sur la prévention de la désinsertion professionnelle. Au delà de ceux-ci, demeure l'ouverture sur des actions régionales et locales qui, sous un mode concerté, doivent être fondées sur le plan PAPA et sur des initiatives régionales coordonnées avec les acteurs institutionnels du champ social.

En dehors des offres ciblées, l'accessibilité du service social, en termes d'accueil, d'informations, d'orientation et de conseil des assurés devra être préservée.

Document consultable dans Médi@m

Date :
 31/03/2009
Domaine(s) :
 gestion de la relation clients
 gestion revenus de substitution

Nouveau	<input checked="" type="checkbox"/>
Modificatif	<input type="checkbox"/>
Complémentaire	<input type="checkbox"/>
Suivi	<input type="checkbox"/>
Provisoire	<input type="checkbox"/>

Objet :
 Création d'une offre de service
 pour les personnes entrant en
 invalidité

Liens :

Plan de classement :
 P09 P07-04

Emetteur(s) :
 DDO/DOCQ/DOP
Pièces jointes : 3

à Mesdames et Messieurs les			
<input checked="" type="checkbox"/> Directeurs	<input checked="" type="checkbox"/> CPAM	<input checked="" type="checkbox"/> CRAM	<input type="checkbox"/> URCAM
<input type="checkbox"/> Agents Comptables	<input type="checkbox"/> UGECAM	<input checked="" type="checkbox"/> CGSS	<input type="checkbox"/> CTI
<input checked="" type="checkbox"/> Médecins Conseils	<input checked="" type="checkbox"/> Régionaux	<input checked="" type="checkbox"/> Chef de service	

Pour mise en oeuvre immédiate

Résumé :
 Dans la cadre de la nouvelle COG 2006/2009, l'Assurance Maladie s'est engagée à développer des offres de services attentionnés. Une offre de service destinée aux personnes entrant en invalidité a été conçue en collaboration avec le service social et le service médical. Vous trouverez une présentation synthétique de cette offre de service dans le diaporama en annexe ainsi qu'un schéma des différents acteurs entrant en relation avec l'assuré. Sont concernés par la mise en oeuvre de cette offre les services de la relation client, les services médicaux, les services de gestion des pensions d'invalidité, les services sociaux et les services de prévention.

Mots clés :
 offre de service, relation clients, invalidité

**Le Directeur Délégué
 aux Opérations**



Olivier de Cadeville

LETTRE-RESEAU : LR/DDO/50/2009

Date : 31/03/2009

Objet : Création d'une offre de service pour les personnes entrant en invalidité

Affaire suivie par :

Françoise MASSIEN - DDO francoise.massien@cnamts.fr 01.72.60.21.05

Solange POVEDA - DDO solange.poveda@cnamts.fr 01 72 60 24 58

Chantal HELLE – DDO (service social) chantal.helle@cnamts.fr 01 72 60 16 92

Une offre de services attentionnés a été élaborée pour faciliter l'accès aux droits et l'accès aux soins des populations en situation de fragilité. Cette offre s'inscrit dans les orientations « service » adoptées dans la Convention d'Objectifs et de Gestion 2006-2009 pour l'axe de développement de parcours clients et de services dédiés à certaines populations ou segments de publics.

Afin d'accompagner un public spécifique à un moment difficile de sa vie, l'Assurance Maladie a créé une offre de service spécifique à l'attention des assurés lors du passage en invalidité. Cette offre est le résultat d'un travail de groupe piloté par la Cnamts, composé de différentes caisses (*CPAM de Foix, CPAM de Macon, CPAM de Creil, CPAM d'Amiens, CPAM de Saint Brieuc et CPAM du Mans*) et en collaboration avec le service social. Elle s'appuie sur une analyse du processus menée dans le cadre des travaux de l'Action Pilote Régionale Midi Pyrénées et répond à l'engagement du programme national du service social « accompagner le passage en invalidité ».

1 – Le contexte

Chaque année, 73 000 assurés se voient accorder une pension d'invalidité, le nombre total des invalides se situant autour de 600.000 personnes (chiffres de 2007). Les dépenses en invalidité sont impactées par :

- l'évolution de la structure d'âge de la population active
- l'accélération du passage des indemnités journalières maladie à l'invalidité (le pourcentage des pensions attribuées moins de deux ans après le début de l'arrêt maladie est passé de 44 % en 2002 à 57% en 2007).

Le profil des invalides bénéficiaires d'une pension d'invalidité est le suivant :

- l'âge moyen d'entrée en invalidité est de 49 ans,
- la plupart des bénéficiaires vivent en couple (environ 80%),
- la CSP des personnes et le salaire précédant l'arrêt de travail sont plutôt modestes.
- la pension moyenne de base est de 550€ par mois.

Il existe trois catégories selon l'état de santé et la capacité professionnelle :

- 23 % des invalides sont capables d'exercer une activité rémunérée et bénéficient d'une pension de niveau 1
- 74 % ne peuvent plus exercer une activité professionnelle et bénéficient d'une pension de niveau 2
- 3 % des invalides ont besoin du concours d'une tierce personne pour effectuer les actes de la vie courante et bénéficient d'une pension de niveau 3.

Le passage à la retraite représente 83% des motifs de suppression des pensions.

Les 3 premières infections à l'origine de l'invalidité sont : les affections psychiatriques (28,1%), les maladies du système ostéo-articulaire (23,8%) et les tumeurs (13,2%).

Le processus de mise en invalidité est long, complexe administrativement et médicalement, parfois déstabilisant face à une certaine incertitude sur l'avenir et au «deuil» d'une situation passée.

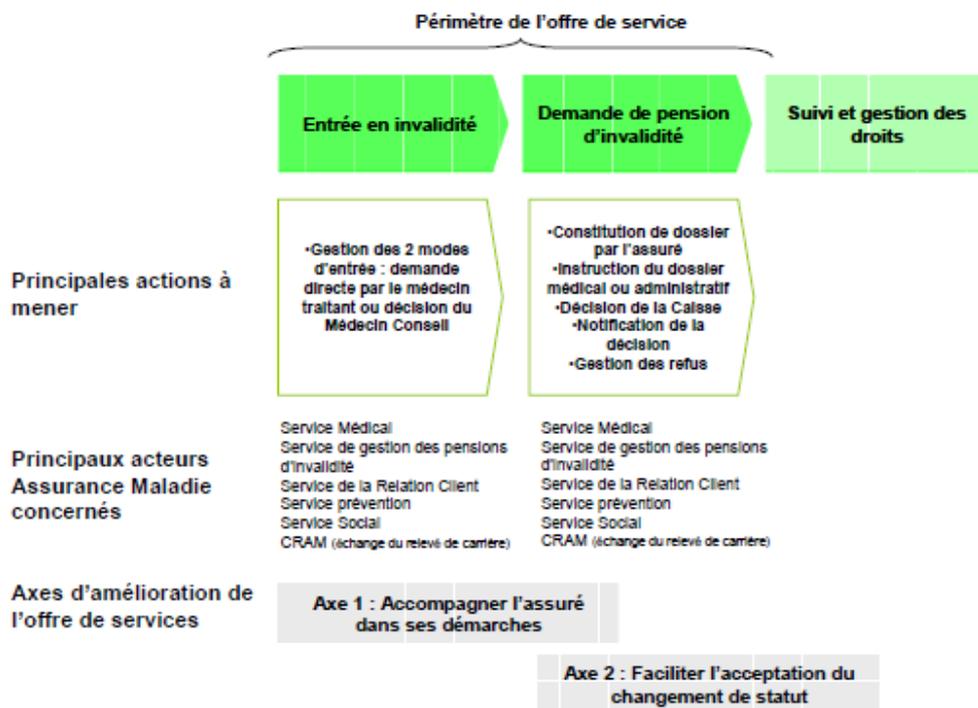
Des difficultés peuvent survenir tout au long de la démarche de demande de pension d'invalidité (au moment de la consultation médicale, pour compléter les documents administratifs, pour gérer un projet de vie notamment lorsque le montant de la pension est faible).

Ces situations génèrent un nombre de contacts important au téléphone et à l'accueil physique. Les principaux motifs répertoriés dans l'outil de gestion de la relation client Médialog sont par ordre décroissant : études des droits, constitution du dossier, délai de paiement, attestation de décomptes, information sur le montant et le calcul de la pension.

Il s'agit d'une population qui n'hésite pas à se déplacer ou à téléphoner : un invalide contacte les services de la caisse 2.4 fois plus que la moyenne et adresse 3.2 fois plus de réclamations (absence de paiement, compréhension du remboursement des prestations en nature...). Le taux de réitération des contacts s'établit en moyenne à 12 %

2 - L'offre de services de l'Assurance Maladie

- **Procédure globale de gestion des personnes entrant en invalidité**



Devant le constat d'un parcours complexe pour l'assuré et face au besoin important d'informations au regard d'une situation de vie particulièrement difficile, l'Assurance Maladie a décidé de développer une offre de service globale avec pour objectifs de fournir :

- une information complète sur le dispositif = plaquette d'information
- une aide personnalisée à la constitution du dossier = aide téléphonique, rendez-vous individuel
- un accompagnement spécifique et global au moment du passage en invalidité = réunion d'information collective.

Deux axes d'amélioration ont été identifiés :

- axe 1 : accompagner l'assuré dans ses démarches
- axe 2 : faciliter l'acceptation du changement de statut

Ces deux axes sont intégrés dans le PMS du processus invalidité en cours de refonte actuellement.

Cette période particulière pour accompagner ce public est l'occasion de construire une offre multidimensionnelle avec les différentes composantes de l'Assurance Maladie : services administratifs, service médical, service social, Cram pour l'échange du relevé de carrière. Sont concernés par la mise en œuvre de cette offre les services de la relation client, les services médicaux, les services de gestion des pensions d'invalidité et les services sociaux.

- Détail des actions à mener

Axe 1 : accompagner l'assuré dans ses démarches

Deux situations sont initiatrices d'un passage en invalidité :

- a – Demande directe : l'assuré demande par l'intermédiaire de son médecin traitant ou du médecin du travail à bénéficier d'une pension d'invalidité. Celui-ci établit un certificat médical qu'il adresse à la Cnam. Le médecin conseil convoque alors l'assuré et transmet son avis au service administratif par l'intermédiaire d'Hippocrate. Dans quelques cas, le médecin-conseil peut prendre une décision au vu des pièces transmises par le médecin traitant.
- B – Décision par le médecin-conseil : l'assuré est en arrêt de travail de longue durée. Avant l'expiration du délai de 3 ans de versement d'indemnités journalières, ou lorsque l'état de santé est jugé stabilisé, le médecin conseil convoque l'assuré et transmet son avis au service administratif par l'intermédiaire d'Hippocrate.

L'offre de service débute à l'issue de l'entretien que l'assuré aura eu avec le médecin-conseil.

Action 1 : présentation de l'offre de service en interne

Afin d'informer l'ensemble des acteurs concernés, un diaporama de présentation de l'offre de service a été réalisé. Ce diaporama pourra notamment être présenté aux services médicaux lors de réunions de service et facilitera la mise en œuvre de l'action n°2.

Support mis à disposition sur Médiam : diaporama présentant l'offre de service.

Action 2 : délivrer une information claire

Les supports diffusés dans le cadre de l'offre client doivent répondre aux interrogations des invalides et de leur entourage. En effet, le passage en invalidité est complexe et l'assuré a besoin rapidement d'information sur ce nouveau statut et sur les démarches qu'il doit accomplir. Dans un souci d'anticipation de la demande sur les lignes de contact, et donc de gains en terme de volume de contacts, une plaquette destinée à apporter une information écrite, claire, précise sur le statut d'invalidé et l'offre de service a été élaborée.

Elle se présente sous forme de fiches insérées dans une pochette et rédigées par thèmes pour répondre aux questions les plus fréquemment posées tant au moment de la constitution du dossier que suite au passage en invalidité. Le choix de réalisation de fiches a été fait pour une mise à jour rapide et seules des informations à caractère pérenne ont été privilégiées. Un modèle de cette plaquette est en ligne sur Médiam pour impression par les organismes.

D'après l'étude menée en Midi Pyrénées auprès de 100 assurés, 2/3 des assurés se souviennent avoir reçu une plaquette et 95 % d'entre eux l'ont lue et gardée dans leur dossier. Les assurés jugent rassurant de disposer d'un document qu'ils peuvent conserver.

Deux moyens sont envisagés pour la diffusion de la plaquette d'information :

- Remise de la plaquette d'information et de la demande de pension d'invalidité par le service médical.

Il est considéré qu'à l'issue de l'entretien avec le médecin conseil, le secrétariat du service médical remettra systématiquement à l'assuré pour lequel une pension d'invalidité aura été proposée :

- l'imprimé de demande de pension d'invalidité,
- la plaquette d'information.

Il l'informer brièvement sur la suite des démarches à effectuer et l'invitera à contacter la plate forme de service en cas de difficultés pour remplir cet imprimé.

Cependant, l'avis Hippocrate transmis par le médecin conseil ne permet pas de mentionner si l'imprimé de demande de pension et la plaquette d'information ont été remis ou non à l'assuré. Aussi, en cas de non remise des documents, le secrétariat médical devra signaler le nom de l'assuré au service administratif afin que ce dernier procède à l'envoi des documents par courrier.

Par ailleurs, une requête issue de l'outil Hippocrate permettra d'extraire mensuellement la liste des avis donnés sur pièces (assurés non convoqués par le médecin-conseil). Cette liste sera transmise au service administratif qui vérifiera dans l'application Scapin si l'envoi des documents à l'assuré a été fait ou procédera éventuellement à cet envoi.

La procédure nationale métier du service médical concernant les modalités de remise de la plaquette par le service médical et la transmission mensuelle de la liste des avis sur pièces au service administratif sera mise à jour en tenant compte de ces éléments.

- Courriers personnalisés pour envoi des documents non remis à l'assuré

Afin d'accompagner l'envoi de ces documents, deux courriers ont été rédigés et sont mis à disposition des organismes. Ces courriers sont en cours d'étude pour intégration dans une prochaine version de Scapin prévue fin 2009. Dans l'attente de cette intégration, le texte de ces courriers pourra être inséré dans un courrier libre de Scapin pour envoi de l'imprimé et de la plaquette ou utilisé en courrier individuel.

Un courrier de relance a été prévu lorsque l'assuré n'aura pas répondu dans un délai fixé. En effet, son dossier ne peut être étudié et traité que si la demande de pension d'invalidité est remplie, signée et accompagnée des pièces justificatives demandées.

Supports mis à disposition sur Médiam : 1 plaquette d'information et 3 types de courriers d'accompagnement.

Action 3 : apporter une aide à la constitution du dossier

Lors de la remise ou de l'envoi des documents, l'assuré est informé qu'une aide peut lui être apportée pour la constitution de son dossier sur appel téléphonique de sa part. L'objectif de cette aide est de favoriser un retour rapide de la demande de pension d'invalidité pour instruction du dossier administratif.

Il s'agit d'inciter l'assuré en difficulté dans le remplissage de sa demande d'invalidité à contacter la plate forme de services qui lui apportera en première intention une réponse directement par téléphone. Si la demande ne peut être résolue par téléphone, un rendez-vous individuel pourra alors être proposé. Le rendez-vous sera suivi dans le module de gestion de rendez-vous de Médialog et devra être fixé dans la mesure du possible dans les 72 h ouvrées suivant l'appel de l'assuré.

Le rendez-vous proposé aux personnes les plus en difficulté sera, outre l'aide à la constitution du dossier, une occasion d'assurer la prise en charge globale du client. La réception sur rendez-vous est à adapter en fonction du contexte local.

L'objectif de cet entretien est d'optimiser l'instruction du dossier. L'agent aide l'assuré à remplir l'imprimé de demande de pension d'invalidité, récupère les pièces justificatives et recueille le maximum d'informations afin d'obtenir quand cela est possible des pièces manquantes auprès des tiers concernés (employeurs, pôle emploi...). Il informe l'assuré sur les suites données à son dossier et répond à ses questions.

Cette rencontre est également l'occasion pour l'Assurance Maladie de faire le point sur la situation personnelle et familiale de l'assuré et de l'orienter le cas échéant vers le service social qui prendra en charge la personne en situation de fragilisation sociale.

Support mis à disposition sur Médiam : script d'entretien téléphonique.

Axe 2 : faciliter l'acceptation du changement de statut

Action 4 : Accompagner la notification de décision

Après étude du dossier, la décision d'accord ou de refus est adressée à l'assuré. Des courriers d'accompagnement des notifications générées par Scapin ont été créés :

- deux courriers pour le refus (administratif ou médical)
- un courrier pour l'accord de la pension accompagné d'une invitation à une réunion d'information collective.

Comme pour l'envoi de la demande de pension d'invalidité, ces courriers sont en cours d'intégration dans une prochaine version de Scapin. Dans cette attente, les courriers peuvent être utilisés par les organismes en courrier individuel ou en courrier libre dans Scapin.

L'invitation sera pour le moment traitée en courrier individuel en collaboration avec le service social.

Après notification de la décision, des recours sont possibles. Une information sur les recours est fournie au dos des notifications et dans une des fiches de la plaquette d'information. Cependant, la complexité des démarches génère souvent un contact avec l'Assurance Maladie et peut demander un accompagnement ou une orientation vers le service social.

Support mis à disposition sur Médiam : 3 types de courriers d'accompagnement et 1 courrier d'invitation.

Action 5 : Informer sur le statut d'invalidité

Dès lors que la pension d'invalidité est notifiée à l'assuré, il peut s'interroger sur son nouveau statut et sur les incidences de ce changement. Il est également dans l'attente du versement de sa pension au minimum pendant un mois ce qui génère souvent de l'inquiétude (délai entre la date de fin de versement des indemnités journalières et le paiement de la pension d'invalidité à terme échu).

Pour obtenir des réponses sur leur dossier, les assurés peuvent contacter leur caisse d'Assurance Maladie dont les coordonnées figurent sur la notification de pension. Cependant, afin d'apporter au moment du passage en invalidité, des informations essentielles détaillées, tous les assurés invalides, au maximum dans un délai de deux mois suivant la réception de l'accord, sont invités à participer à une réunion d'information collective. Cette réunion est co-construite par le service invalidité, le service social et dans la mesure du possible le service prévention.

La fréquence des réunions sera à minima d'une par mois mais pourra être adaptée en fonction du contexte local. Pour un bon déroulement de la réunion, le nombre d'assurés invités devra être d'environ 25 personnes, cependant le nombre de participants pourra être supérieur, les assurés invalides étant le plus souvent accompagnés. Le temps de réunion à prévoir est compris entre 2 h et 2 h 30.

Cette réunion présente dans un premier temps les conséquences du passage en invalidité, les droits et obligations administratives et sociales. Dans un second temps, le service social traite des incidences de l'invalidité sur le plan social et professionnel et propose un accompagnement social aux personnes les plus en difficulté. Cette action s'inscrit dans le programme national du service social « accompagner le passage en invalidité ». Les documents présentés, ainsi que des informations locales pourront être remis aux assurés dans une pochette réalisée à cet effet.

Un questionnaire d'évaluation sera distribué à la fin de la réunion. Le modèle de questionnaire présenté a été réalisé par le service social afin de recueillir l'avis des participants aux réunions collectives d'information.

L'objectif de la réunion est d'apporter un maximum de réponses aux questions que se posent les personnes au moment où la pension d'invalidité est effective. Les informations apportées doivent permettre de diminuer les contacts et d'anticiper au maximum les situations de rupture administrative, sociale et/ou professionnelle. Par ailleurs, il conviendra d'orienter les assurés vers les structures mises en place pour éviter la désinsertion professionnelle et de se rapprocher notamment de la Maison Départementale des Personnes Handicapées et des autres structures existantes pour organiser des actions communes en ce sens.

Cette réunion d'information qui privilégie les échanges entre participants, sera également l'occasion de sensibiliser les invalides à des messages de gestion du risque : respect du parcours de soins, bon usage du médicament (antibiotiques, génériques...), et à des messages de prévention (importance d'un suivi médical, vaccination, alimentation...).

Au cours de la réunion, l'attention sera attirée sur la déclaration de ressources adressée par les caisses aux assurés. Il est ainsi préconisé d'expliquer la périodicité d'envoi, d'insister sur les informations à fournir et sur l'importance du retour de la déclaration pour le suivi de la pension d'invalidité. Dans le cadre de la lutte contre les fraudes, les assurés sont informés que des contrôles seront effectués par l'Assurance Maladie.

Supports mis à disposition sur Médiam : un diaporama du déroulé de la réunion, une pochette d'accompagnement des documents et un modèle de questionnaire d'évaluation.

Un tableau récapitulatif des actions de l'offre de service et des outils afférents à chaque action est repris en annexe pour plus de lisibilité.

3 – Les livrables

Sont disponibles sur Médiam (Domaine service – services dédiés – parcours clients – l'invalidité) les différents supports et livrables de l'offre de service présentés par action.

4 – Evaluation

Afin d'évaluer la mise en place de ce nouveau service, une première évaluation sera réalisée au second semestre 2009. Des indicateurs objectifs sont identifiés. Ils s'articulent autour notamment de 100 % des assurés pour la diffusion de la plaquette d'information et 100 % des assurés invités à la réunion collective.

▼ Objectif

L'objectif de ce sondage visait à recueillir la vision qu'avait les élèves, tant internes qu'externes, des projets de coordination inter-branches et inter-régimes. En effet, en qualité de futur cadre dirigeant de la Sécurité sociale, les élèves de la 54^e promotion seront amenés au cours de leurs carrières à impulser, mettre en œuvre de tels partenariats.

Aussi, nous a-t-il paru intéressant de connaître leur opinion sur l'objet de notre étude. Afin de la visualiser clairement, les termes les plus employés apparaissent en taille de police plus élevée que les autres, les termes les moins usités s'affichent a contrario en taille de police moins élevée.

▼ Principes méthodologiques

Les entretiens se sont déroulés en face à face afin que les réponses de chaque élève de la promotion n'influence pas un autre membre du groupe.

L'élève en charge d'interroger un camarade devait inviter à répondre à la question dans un laps de temps de 15 secondes pour garder une certaine spontanéité dans les réponses formulées.

Les élèves membres de la recherche-action ne pouvaient pas participer au sondage.

Les 51 élèves de la promotion ont été répartis en cinq groupes de 10 ou 11 individus. Chaque membre de la recherche-action a été chargé d'interroger un groupe.

La série d'entretiens s'est déroulé du 2 au 25 septembre 2015.

Le logiciel utilisé pour réaliser le nuage de mots présenté en page de garde est *Abcya*. Il est disponible sur : http://www.abcya.com/word_clouds.htm

▼ Question posée

Lors de ces courts entretiens, la question suivante était formulée :

« En tant qu'élève de l'EN3S, qu'évoque pour vous en un mot le terme de coopération inter-organisme/inter-branche ? »

▼ Résultat brut

Sur les 50 élèves interrogés, 49 ont répondu par un mot ou un groupe de mots. 1 élève n'a pas émis de réponse à la question posée (matérialisé par la réponse « rien »).

Voici, ci-dessous, les résultats du sondage :

ucanss

un objectif

partenariat

insuffisant

mobilité inexistante

communication

co-construction

qualité de service

insuffisamment développé

mutualisation

mutualisation

difficulté

entraide

évidence

lutte contre la fraude

mutualisation

partenariat

groupement

bien vieillir

nécessité

mythe

accès au droit

inexistant

expérience

changement

cibler les besoins des plus fragiles

mutualisation

complexité

mutualisation

entraide

échange de bonnes pratiques

mauvaise communication entre les branches

complexité

entente

équipe

mythe

liens

difficile

équipe

solidarité

entente

entente

partenariat

communication

difficile

insuffisant

échec

sous-traitance

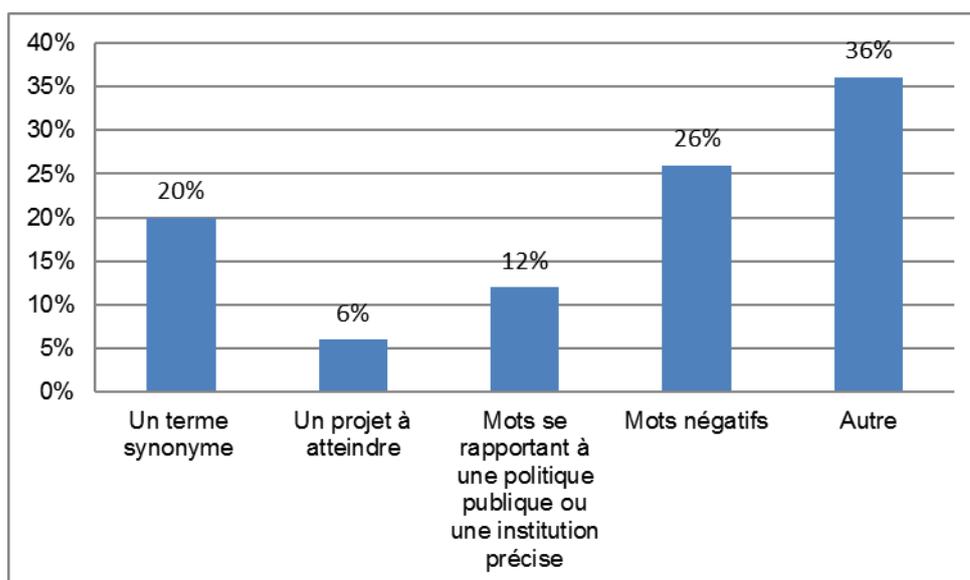
coopération

rien

▼ Analyse quantitative

Mots employés	Nombre d'occurrences
communication	3
complexité	4
entente	3
insuffisant	3
mutualisation	5
partenariat/coopération/co-construction	5
autres termes prononcés qu'une fois	23

▼ Analyse qualitative



On peut constater que les élèves ont globalement une vision assez approximative de la notion de coopération inter-régimes et inter-branches et ont une appréhension négative ou défensive de la mise en œuvre d'un tel projet.

En s'appuyant sur le pilotage et la gouvernance de ces organismes multi-branches et multi régimes de type CGSS/CSS, le constat est fait qu'ils se trouvent confrontés à la multiplication de problématiques identiques dans les domaines communs ou partagés par les branches et/ou régimes. Il s'avère en effet que les CGSS/CSS gèrent aujourd'hui jusqu'à 5 CPG différents sous la tutelle de 4 Caisses Nationales pour certaines : pour les risques Maladie, pour la Retraite, d'Accident du travail et Maladies Professionnelles (AT/MP), le Recouvrement et le Régime Agricole. Elles multiplient les objectifs, quelques fois divergents, notamment sur les politiques clients ou de sécurité informatique, les outils, les reportings, les négociations.

Consciente des enjeux de simplification de gouvernance offerts par un tel projet, la Mission de Coordination des CGSS (la MICOR) mène actuellement une réflexion sur un projet de CPG transverse qui leur serait spécifique. Ce dernier s'inscrit dans la logique des COG des quatre Caisses Nationales, CNAMTS, ACOSS, CNAV, et CCMSA. Il s'agit de faire converger les objectifs contractés avec les Caisses Nationales dans un but d'optimisation de l'emploi des ressources communes, de cohérence et de convergence des politiques.

On s'aperçoit en effet que les CPG des différentes branches s'organisent généralement de façon schématique autour :

- **D'une dimension métier**, qui repose dans chaque CPG sur les mêmes axes : la gestion du risque, la prévention, la nécessaire amélioration de la qualité, le développement des partenariats
- **D'un service de qualité homogène** sur : les délais de traitement, le développement de la fonction conseil, la relation téléphonique, la gestion des réclamations, la mesure de la satisfaction, le développement de la pro activité
- **D'une dimension maîtrise des risques** : la réduction des anomalies, des erreurs, les indicateurs de fiabilité, la gestion des indus, le contrôle, la sécurité du système d'information, la lutte contre la fraude, la validation des comptes
- **D'une amélioration constante de l'efficacité** : le développement de la dématérialisation, le contrôle de gestion, le suivi budgétaire et la comptabilité analytique, le suivi de la productivité et des coûts, la réduction des effectifs par la gestion des taux de remplacement
- **D'une dimension développement durable** : l'axe environnemental (économies d'énergie, patrimoine immobilier), l'axe social (les risques psychosociaux, les seniors, les handicapés)

L'objectif est de démontrer qu'un modèle d'organisation fusionnant plusieurs régimes et/ou branches peut contribuer :

- à la fixation de « règles du jeu » communes pour les activités transversales qui se retrouvent dans tous les CPG, pour un pilotage plus homogène des organismes de sécurité sociale plus globalement, et donc plus de cohérence et de lisibilité des actions pour les clients, les partenaires et les agents,

- à l'harmonisation des politiques notamment d'accueil (multi-canal), d'engagements clients sur le traitement des réclamations ou des indus, de gestion du risque voire de pilotage,
- au développement des synergies inter branches avec tous les organismes partenaires,
- au décloisonnement entre les branches et la capitalisation des expériences et des compétences.

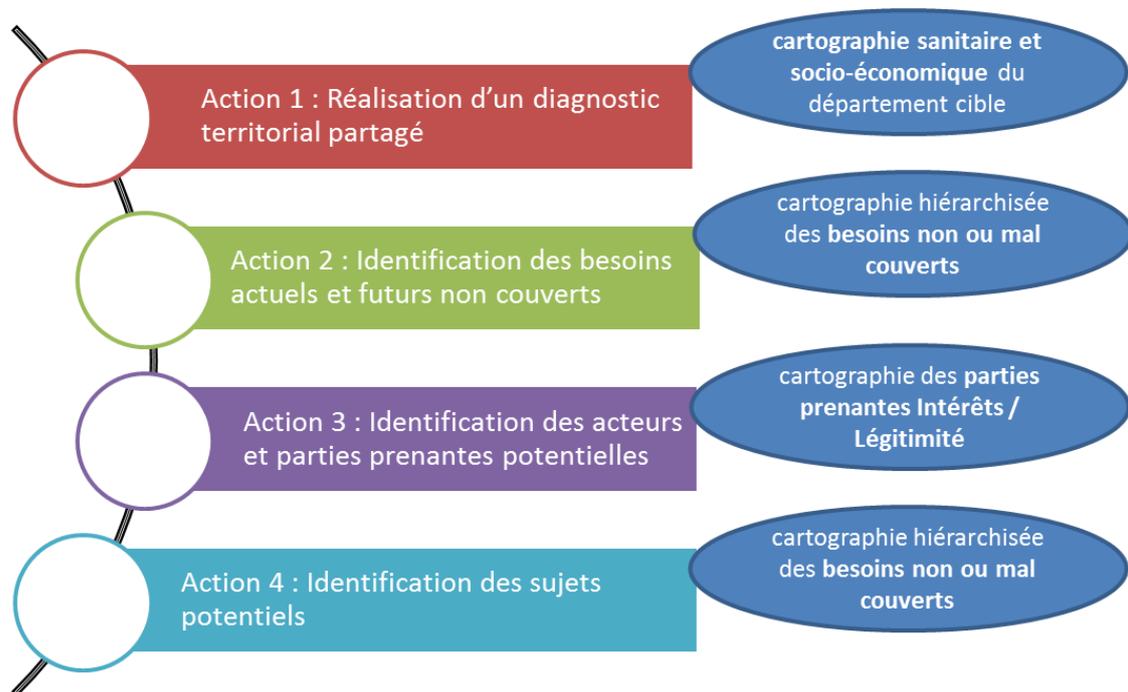
ANNEXE 6 : DÉMARCHE-TYPE PERMETTANT D'IDENTIFIER LE SUJET DE LA COOPÉRATION DANS LE DOMAINE DE LA PROTECTION SOCIALE ET LES CONDITIONS DE RÉUSSITE

La présente démarche a pour objet de lister et hiérarchiser les étapes de la réflexion et des actions à développer pour s'assurer de la réussite d'une coopération initiée dans le champ de la protection sociale.

Elle repose sur l'existence d'un besoin réel, exprimé des populations et répond à une volonté politique affichée. Potentiellement, elle n'en n'exclut aucune catégorie car le champ de la protection sociale est suffisamment large pour toucher la quasi-totalité des populations, acteurs économiques, groupes d'intérêts, etc au titre de bénéficiaires, contributeurs ou parties prenantes.

Fiche d'Identification du sujet : *Comment choisir le sujet / thème de coopération dans le domaine de la protection sociale ?*

Objectif général : Le choix du projet doit répondre à un besoin identifié à partir d'outils éprouvés, suffisamment important pour les parties prenantes et corrélé à leurs missions.



▼ Action 1 : Réalisation d'un diagnostic territorial partagé

Outils / Conditions de réussite / Indicateurs de réussite :

- ☞ Réalisation d'un état des lieux statistiques du territoire circonscrit (échelle du département) sur la présence des typologies de publics potentiellement bénéficiaires de prestations et services sanitaires et sociaux, des opérateurs publics et privés existants, des projets et appels à projet en cours
- ☞ Exploiter les données actualisées de l'Observatoire régional des fragilités, de l'INSEE, des services sociaux des collectivités territoriales



Livrable : **cartographie sanitaire et socio-économique** du département cible

▼ Action 2 : Identification des besoins actuels et futurs non couverts

Outils / Conditions de réussite / Indicateurs de réussite :

- Comparer l'état des lieux avec des territoires à typologie similaire
- Recueillir l'avis des usagers par la création et l'animation de comité d'usagers, d'enquêtes, d'entretiens avec les professionnels (travailleurs sociaux, animateurs, représentants d'association, et)
- Prioriser les actions potentiellement éligibles à partir des critères suivants : taille de la population couverte, existence ou non d'une réponse sur le territoire, existence ou non d'action similaire ayant réussie sur un autre territoire, existence ou non de bases de données exploitables, densité des acteurs et opérateurs



Livrable : cartographie hiérarchisée des **besoins non ou mal couverts**

▼ Action 3 : Identification des acteurs et parties prenantes potentielles

Outils / Conditions de réussite / Indicateurs de réussite :

- Mesurer la volonté et la capacité à agir des parties intéressées (matrice veut / peut / en a les moyens et la légitimité)
- Mesurer la connaissance réciproque des missions des acteurs
- Identifier les intérêts communs (partage de valeurs fondatrices, valorisation de la présence sur le territoire et au-delà, conformité à la mission, gains financiers ou retour sur investissement à court ou moyen terme)



Livrable : cartographie des **parties prenantes**
Intérêts / Légimité

▼ Action 4 : Identification des sujets potentiels

Outils / Conditions de réussite / Indicateurs de réussite :

- Analyser les politiques affichées et les orientations stratégiques des parties prenantes identifiées
- Identifier leurs enjeux à court et moyen termes
- Identifier leurs zones de convergence
- Hiérarchiser en fonction du retour sur investissement et mesurer l'impact de la coopération pour les principales parties prenantes en termes financiers, de maîtrise des risques, d'image, de notoriété, de bénéfices pour leurs agents, leurs clients et la collectivité : que gagnent-elles à agir / que perdent-elles à ne pas agir ?
- Pour chacun des sujets à fort enjeu commun, déterminer la possibilité de déclinaison en actions opérationnelles sur le terrain (faisabilité / opportunité) mesure de la valeur ajoutée (pour les clients, pour les organismes, pour la collectivité, grâce à l'identification d'indicateurs)



Livrable : **radar ou matrice de décision**

▼ **Ouvrages spécialisés**

Observatoire des non-recours aux droits et services, *L'envers de la « fraude sociale ». Le scandale du non-recours aux droits sociaux*, Paris, La Découverte, coll. « Cahiers libres », 2012, 180 p.

BEC Colette, *La Sécurité sociale, une institution de la démocratie*, Paris, Gallimard, Bibliothèque des sciences humaines, 2014, 336 p.

▼ **Rapports**

ALVES DOS SANTOS Siham, FAU Rémi, HEZZAM Mohamed, LE DANTEC Charline, MINKER Alizée, *Le guichet unique, voie d'avenir pour les organismes de sécurité sociale ?*, (sous la direction de Sylviane FARGEON), Recherche-action, 2015, Saint-Etienne, 55 p.

Disponible sur :

<http://www.en3s.fr/articles-regards/react/2015/GUICHET.pdf>

BLOT Yvan et FROMION Jean-Michel, Rapport sur les « Relais Services Publics » en milieu rural, Inspection générale de l'Administration, Paris, Ministère de l'intérieur, sur : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/064000312/0000.pdf>

BOUVIER Quentin, Anne CINNA-PIERRE-CHARLES, MICHEL Aurélie, NEVEU Déborah, *L'intégration des collaborateurs au sein du service public de la sécurité sociale*, (sous la direction de Jean-Luc IZARD), Saint-Etienne, 2014, 39 p.

Disponible sur :

<http://www.en3s.fr/articles-regards/react/INTEGRATION-COLLABORATEUR.pdf>

DOOR Jean-Michel, *L'organisation et le coût de gestion des branches de la sécurité sociale*, Rapport d'information de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée nationale, conclusion des travaux de la MECSS, , 2005, 238p.

Disponible sur :

<http://www.assemblee-nationale.fr/12/pdf/rap-info/i2680.pdf>

DYEVRE Alexis, ERGAND Pierre, KOUROUGHLI Lyesse, RIEU Amélie, VIGIER Lucie, *Territoires et protection sociale : les pratiques partenariales*, (sous la direction de François HIEBEL), 2015, Saint-Etienne, 78 p.

Disponible sur :

<http://www.en3s.fr/articles-regards/react/2015/TERRITOIRES.pdf>

PALLIER Bruno, La stratégie d'investissement social, avis et rapport du Conseil économique, social et environnemental, Paris, Journaux officiels, 2014, Paris, 74p. Disponible sur : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/144000152/0000.pdf>

UCANSS, *Rapport sur l'emploi*, novembre 2014, 100p.

Disponible sur :

http://extranet.ucanss.fr/contenu/public/EspaceRessourcesHumaines/InstancesParitaires/CP/NEFP/2014_rapport_emploi/pdf/141104_RAPPORT_EMPLOI_2014.pdf

▼ Revues et articles de revues

BASSO-FATTORI Agnès, « Les métamorphoses du pilotage de la « Production » dans les organismes de Sécurité sociale » in *Les métamorphoses de la protection sociale*, EN3S, Revue *Regards*, n°43, janvier 2013, Saint-Etienne, p.135.

Disponible sur :

http://en3s.fr/spip.php?action=accéder_document&arg=3056&cle=c8443c54fe29e2f2283b9fd9bd379f8cc8f16cb2&file=pdf%2F43.pdf

BRAULT Michel, « MSA et territoires » in Revue *Regards* (sous la coordination de Alain CHAILLAND et Claude BIGOT), n°41, janvier 2012, Saint-Etienne, p.166-181.

CASANO Jean Yves, FATOUX Christian, MAGINOT Vincent, SERRANO Charles, « PLANIR, une démarche concrète de l'Assurance Maladie pour favoriser l'accès aux droits et aux soins et mieux accompagner les situations à risques », in *Regards* (sous la direction de Dominique LIBAULT, novembre 2014, Saint-Etienne, septembre 2014, p.99-106.

CHAILLAND Alain et BIGOT Claude (sous la coordination de), *Quels territoires pour la protection sociale ?*, EN3S, Revue *Regards*, n°41, janvier 2012, Saint-Etienne, 298p. Disponible sur :

http://en3s.fr/spip.php?action=accéder_document&arg=3058&cle=9ee467b2dfbfbb6ca33288a1cbccf6b37040063f&file=pdf%2FRegards_41_janvier_2012.pdf

CLAIR David, « La coopération inter-régimes et inter-branches dans le domaine de l'accès aux droits à retraite » in Revue *Regards* (sous la direction de Dominique LIBAULT, n°46, septembre 2014, Saint-Etienne, p.123-128. Disponible sur : <http://www.en3s.fr/articles-regards/46/Clair.pdf>

DUMOULIN Rodolphe, « La question sociale : l'oubliée du débat sur la réforme territoriale », in Revue *Regards*, (sous la direction de Dominique LIBAULT), n°47, mars 2015, Saint-Etienne, p.259-266.

Disponible sur :

http://www.en3s.fr/spip.php?action=accéder_document&arg=3609&cle=0dc613e1dae44665f91ce8fa6a9e5c77bf7196c2&file=pdf%2Fregards_47_en_ligne-2.pdf

CNAF, Politiques sociales locales : enjeux et gouvernance, Revue Informations sociales, n°179, septembre-octobre 2013, Paris, CNAF, 166p. Disponible sur : <http://www.cairn.info/revue-informations-sociales-2013-5.htm>

GEORGE Jean-Marc, « La CCSS de Lozère : une expérience originale de gouvernance », in Revue *Regards* (sous la coordination de Gilles ARZEL et Claude BIGOT), n°36, juillet 2009, Saint-Etienne, p.110-123.

LAFORE Robert, « Les territoires de la protection sociale » in Revue *Regards* (sous la coordination de Alain CHAILLAND et Claude BIGOT), n°41, janvier 2012, p.9-18.

LIBAULT Dominique (sous la direction de), Les métamorphoses de la protection sociale, EN3S, Revue *Regards*, n°43, janvier 2013, Saint-Etienne, 226p. Disponible sur : http://en3s.fr/spip.php?action=accéder_document&arg=3056&cle=c8443c54fe29e2f2283b9fd9bd379f8cc8f16cb2&file=pdf%2F43.pdf

NEZOSI Gilles (sous la direction de), La gouvernance de la Sécurité sociale, une institution en quête de régulation, La documentation française, Collection Problèmes politiques et sociaux, n°979-980, décembre 2010-Janvier 2011, Paris, 192p.

▼ Communications institutionnelles

CARSAT Rhône-Alpes, Rapport d'activité 2014, 64p.
Disponible sur: http://www.carsat-ra.fr/images/pdf/decouvrir/rapport_activite_carsat.pdf

CCSS de Lozère, Bilan de l'expérimentation CCSS de Lozère 2009-2013, 30p.

EN3S, Direction des relations institutionnelles, Dossier de presse Journée portes ouvertes de la Sécurité sociale 2015, 30p.

Disponible sur : http://www.en3s.fr/spip.php?action=accéder_document&arg=3759&cle=c33c9903847c2c36eb0d5c825dff5cc8f993c37&file=pdf%2F2015_dp_jpo_vf.pdf

L'assurance retraite, La retraite pour le Bien vieillir : l'offre commune de la CNAV, de la MSA, et du RSI pour prévenir et préserver l'autonomie des personnes âgées, 14 janvier 2014, dossier de presse, Paris, 16p. Disponible sur : <https://www.lassuranceretraite.fr/cs/Satellite/dp-adaptation-au-vieillessement-offre-inter-regimes.pdf?blobkey=id&blobwhere=5288892134549&blobcol=urldata&blobtable=MungoBlobs&ssbinary=true&blobheader=applicationFpdf>

Ministère des Affaires sociales et de la Santé, Lancement des schémas territoriaux des services aux familles, 2014, Dossier de presse, Paris, 13p. Disponible sur : http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/070214_DP_Lancement_des_schemas_territoriaux.pdf

▼ Communication interne

CARSAT Rhône-Alpes, Partenariat et Action sociale : les principaux axes directeurs de la CARSAT Rhône-Alpes, Annexe D de la COG de la CARSAT Rhône-Alpes.

CNAMTS, Lettre-réseau *Déploiement du Parcours Assuré en accueil physique*, LR/DDO/205/2014, 22 décembre 2014, 28p.

CNAMTS, Annexe de la LR/DDO/205/2014, Descriptif de l'offre d'accueil physique, format *powerpoint*, CNAMTS/DDO/D2OM/DOM, 4p.

CNAMTS, Lettre-réseau *Création d'une offre de service pour les personnes entrant en invalidité*, LR-DDO-50/2009, 31 mars 2009, 8p.

CNAMTS, Lettre réseau *Évaluation globale des parcours attentionnés à fin 2011*, LR-DDO-6/2013, 4 janvier 2013, 14p.

CNAMTS, Annexe « Fiche invalidité » de la LR-DDO-6/2013, fichier *excel*.

CNAMTS, Mission déléguée 17, Présentation du CNG du 5 mars 2015, support *powerpoint*, .

▼ Textes normatifs

Décret n° 2015-390 et 392 du 3 avril 2015 autorisant les traitements de données à caractère personnel par les organismes gestionnaires des régimes obligatoires de base de l'assurance maladie pour l'accomplissement de leurs missions d'affiliation, d'immatriculation, d'instruction des droits aux prestations et de prise en charge des soins, produits et services, et des missions de leurs services sociaux.

Loi de financement de la Sécurité sociale pour 2012, article 110. Disponible sur <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000025005833>

▼ Conventions

- Inter-régimes et inter-branches

CCMSA, CNAV et RSI, Convention –type, « La Retraite pour le Bien Vieillir. L'offre commune inter-régimes pour la prévention et la préservation de l'autonomie », 10p.

Circulaire commune CNAV n° 2011-86, circulaire CNAMTS n° 26-2011, Missions et priorités du Service Social des CARSAT, CRAM et des CGSS, 19 décembre 2011, 25p.

- Au niveau local

Convention relative à l'accès à la CMUc des bénéficiaires de RSA entre la CPAM et la CAF de la Loire, rédigée le 13 mai 2013.

Convention de partenariat pour l'offre de service aux femmes enceintes signée entre la CPAM et la CAF de la Loire, rédigée le 5 décembre 2013.

Synthèse des partenariats entre la CPAM et la CAF de la Loire, Comité de pilotage, mise à jour du 16 octobre 2014.

▼ Sites internet

Atouts prévention, Disponible sur : <http://atoutsprevention-ra.fr/gouvernance>

Observatoire régional des fragilités, Grand Sud.

Disponible sur : www.observatoires-fragilites-grand-sud.fr/

ACOSS : agence centrale des organismes de sécurité sociale

ARSEPT : association régionale santé éducation et prévention sur les territoires

CAF : caisse d'allocations familiale

CARSAT : caisse d'assurance retraite et de santé au travail

CMU-C : complémentaire maladie universelle complémentaire

CNAF : caisse nationale des allocations familiales

CNAV : caisse nationale de l'assurance vieillesse

COG : convention d'objectif et de gestion

CPAM : caisse primaire d'assurance maladie

CPG : contrat pluriannuel de gestion

ETP : équivalent temps plein

GCSMS : groupement de coopération sociale et médico-social

GIE : groupement d'intérêt économique

MSA : mutualité sociale agricole

OSS : organisme de sécurité social

RA : recherche-action

RH : ressources humaines

RSI : régime social des indépendants

UCANSS : union des caisses de sécurité sociale

URSSAF : union de recouvrement des cotisations de sécurité sociales et d'allocations familiales

Ecole nationale supérieure de Sécurité sociale

Thème de l'étude :

**La coopération territoriale entre organismes de sécurité sociale : quelles réalités?
Freins et facteurs de succès territoires d'observation : Loire / Rhône**

Membres du groupe de travail (n° 7)

- ▼ Capucine LAMAU - chef de projet
- ▼ Agnès JOURDAN
- ▼ Catherine MANIETTE
- ▼ Cynthia PLATON-MORTEAU
- ▼ Jeanne TELLEZ

Directeur de recherche-action (n° 7) :

- ▼ Michel BAUER, Consultant cabinet MBC

Mots-clés : coopération, partenariat, inter-branches, inter-régimes

La présente recherche-action a pour objet de recenser les exemples de coopérations inter-régimes ou inter-branches dans les départements du Rhône et de la Loire et de les analyser. Cette étude vise à mettre en évidence les conditions dans lesquelles la Sécurité sociale en tant qu'institution pourrait davantage valoriser la proximité géographique et son expertise à travers la mise en place de coopération.

Notre stratégie d'analyse a consisté, à côté d'une analyse documentaire, en une enquête de terrain fondée sur la réalisation d'entretiens semi-directifs sur la base de guides d'entretiens communs.

De notre étude, cinq éléments sont apparus comme des facteurs de réussite d'une coopération inter-organismes : un objet et un intérêt commun, le portage du projet, les conditions matérielles de la coopération, sa formalisation et l'enjeu de son accompagnement par les politiques RH.

Une démarche-type est proposée afin d'aiguiller à court terme toute caisse souhaitant réaliser une coopération. Celle-ci comporte 8 étapes :

1. Identifier les pré-requis : un projet clair, l'identification et la connaissance des acteurs voire des parties prenantes et intéressées, une volonté et des valeurs partagées exprimées ;
2. identifier les points de vigilance ;
3. expérimenter en mettant en œuvre les outils idoines ;
4. ajuster en fonction des résultats, de la faisabilité de la déclinaison opérationnelle des objectifs de départ ;
5. évaluer par la mesure de la valeur ajoutée (pour les clients, pour les organismes, pour la collectivité, grâce à l'identification d'indicateurs) ;
6. officialiser par la contractualisation ;
7. communiquer ;
8. étendre la couverture de la coopération avec le soutien des caisses nationales concernées.